UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NIÑOS(AS) DESNUTRIDOS. FUNDACION CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL SAN FRANCISCO DE ASIS (FUNDACRENSA), CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO – MARZO 2009.

Asesora:
Prof. Aliria Meza
Co-asesora:
Lcda. Silvia Orienti

Trabajo de grado presentado por:
Br. García Dos Santos, Lisett
C.I 16.221.891
Br. Palma Rodríguez, Liliana María
C.I. 18.014.829

Como requisito parcial para optar al titulo de LICENCIADA EN ENFERMERIA

Ciudad Bolívar Junio 2009

ÍNDICE

ÍNDICE ..... **ii**
DEDICATORIA ..... **iv**
DEDICATORIA ..... **vi**
AGRADECIMIENTO ..... **viii**
RESUMEN ..... **x**
INTRODUCCIÓN **1**
JUSTIFICACIÓN **23**
OBJETIVOS **24**
Objetivo General 24
Objetivos Específicos 24
METODOLOGIA **25**
Tipo de investigación: 25
Lugar de la investigación: 25
Universo: 25
Muestra: 25
Recolección de Datos: 25
Materiales: 26
Instrumental: 26
Procedimiento 27
Plan de tabulación y análisis: 28
RESULTADOS **29**
Tabla 1 32
Tabla 2 34
Tabla 3 36
Tabla 4 39
Tabla 5 41
Tabla 6 43

Tabla 7 45
Tabla 8 47
Tabla 9 49
Tabla 10 51
Tabla 11 53
Tabla 12 55
Tabla 13 57
Tabla 14 59
Tabla 15 61
DISCUSIÓN 63
CONCLUSIONES 67
RECOMENDACIONES 68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 69
ANEXOS 76
APENDICES 85

DEDICATORIA

Ante todo a Dios, por regalarme la dicha de poder compartir mi esfuerzo, con los seres que mas amo, por darme la fortaleza, protegerme y encaminarme hacia la culminación de esta bonita etapa de mi vida.

A mi adorada Virgen de Fátima, quien me da la fuerza necesaria cuando algo no resulta como lo quiero, me acompaña en mis momentos de soledad y me orienta por el camino correcto.

A mi madre, Lucett Dos Santos porque gracias a su amor, esfuerzo, apoyo, comprensión y sacrificio, me impulsa cada día a conseguir todo lo propuesto. Solo una madre como tu es capaz de regalar todo aquello que tiene y aun lo que no tiene por sus hijas.

A mis abuelos, Adelino Dos Santos y Judith de Dos Santos quien con su tolerancia, comprensión, apoyo y entrega, dejan en mi el regalo y la dicha de ser quien hoy en día soy.

A mi esposo, Oscar Marin quien gracias a su amor y apoyo incondicional contribuye al logro de esta esplendida meta.

A mi hermana, Génesis quien ha sido cómplice de muchos gratos episodios de mi vida.

A mis compañeros y amigos; Liliana Palma, Yulia Pérez, Terry Albilla, Carlos Díaz, Jhulnys Córdova, Aurimar Lugo, Carla Cordero quienes a lo largo de este recorrido han estado conmigo brindándome su apoyo y compañía.

A mis tíos, primos, sobrinos, suegros, cuñados (as) y a todos los demás familiares y amigos que de una u otra forma han tenido algo que ver con este maravilloso logro.

Lisett García Dos Santos

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, que cada día me da la fuerza y la entereza para levantarme y continuar.

A mi mami, que ha sido la persona que me ha dado el mejor ejemplo de lucha, constancia y dedicación, enseñándome y demostrándome que nunca es tarde para comenzar; a esa mujer que cada día me llena de orgullo y a quien debo lo que soy hoy, mil gracias. Cuando sea grande me gustaría ser tan valiente como tú, este logro y los que vienen serán siempre para ti y por ti.

A mi papa, esto es para ti, donde quiera que estés.

A mi tío José y mi Tía estrella, que han hecho por mí lo que muy poca gente es capaz de hacer, ayudar sin pedir nada a cambio, por ustedes porque me han apoyado en todo momento y se han convertido en pilar fundamental de mi vida.

A mi abuela y mi tía Leo, que estuvieron siempre presentes y sin sus consejos nada sería igual.

A mis hermanos (as); Emily, Karina, Dayana, Leidys, Freddy, Christian, Dennis y Harold que fueron mis cómplices en esta aventura.

A mis amigas; Lisett, Yoane, Greys, Karlita, Yulia, Andrea, Virma, Yusi y Firu sin ustedes no hubiese podido hacer en este largo viaje.

A mis profesores, que enseñaron a sembrar conocimientos para cosechar éxitos.

A todas esas personas que formaron parte de este sueño les dedico este logro que también es de ustedes.

Liliana María Palma Rodríguez.

AGRADECIMIENTO

A Dios, primordialmente puesto que ha sido nuestro guía en la consecución de esta meta.

A nuestra casa de estudios, no por nada llamada la casa más alta.

Al cuerpo de facilitadores de la (UDO), Núcleo Bolívar, en especial a aquellos que laboran en el Departamento de Enfermería.

A las licenciadas Odalys Reyes y Yusmelys Caraballo quienes constituyen un digno ejemplo a seguir y quienes nos regalaron parte de si mismas para ser quienes hoy por hoy somos.

A nuestra asesora profesora Aliria Meza quien con empeño y dedicación nos orientó en el desarrollo y culminación de esta investigación.

A la licenciada Angélica Farrera quien nos orientó y esclareció todas las dudas referentes a la metodología de la investigación.

A la Fundación Centro de Recuperación Nutricional San Francisco de Asís (FUNDACRENSA), por permitirnos desarrollar nuestra investigaciones este espacio. En especial a la Dra. Aura Marina de Goya y al Dr. José Gregorio Salazar, directora y pediatra respectivamente de este centro.

A nuestros compañeros; Carlos Díaz, Yulia Pérez, Carla Cordero, Jhulnys Córdova, Terry Albilla y Aurimar Lugo, quienes nos hemos ayudado y apoyado hasta el final.

Lisett García Dos Santos

Liliana María Palma Rodríguez

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NIÑOS(AS) DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.

Br. Lisett García Dos Santos; Br. Liliana María Palma Rodríguez

RESUMEN

A través del presente estudio se pudo arribar a una estimación de Características Epidemiológicas de los niños (as) desnutridos. FUNDACRENSA, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Enero - Marzo 2009. Los trastornos de la nutrición frecuentemente observados y las patologías asociadas a la misma. Metodología: Estudio descriptivo en el cual fueron estudiados en total 26 infantes. La población estuvo constituida por 26 niños, de los cuales 16 eran hembras y 10 varones. Evaluación Antropométrica: Variables: peso, talla, edad. Índices: Índice de peso para la edad, peso para la talla, talla para la edad. Diagnóstico Nutricional: Por combinación de indicadores. Basados en la revisión clínica se determinó el estado nutricional de la muestra y los factores a las que viene asociada la desnutrición. Resultados: La frecuencia del diagnóstico de desnutrición resultó leve y moderada. El grupo de edad de los niños de 1 a 2 años fue el más afectado. La desnutrición cronica y la baja talla de origen social expresa afectación del potencial de crecimiento y suele significar bajo ingreso monetario, alimentación inadecuada, marginal inserción laboral de los padres, bajo nivel de instrucción, salubridad deficiente y prevalencia de enfermedades infectocontagiosas. La curva talla/ edad fue la que clasifico a mayor número de niños como desnutrido leve, por eso la necesidad de emplear las tres curvas para dar un diagnostico certero de la verdadera situación nutricional del niño.

Palabras Claves: Evaluación nutricional, desnutrición, características antropométricas, curvas de crecimiento, alimentación inadecuada.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial existen 480 millones de personas que sufren desnutrición crónica; de acuerdo a un informe estadístico publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), esta cifra sufre un incremento a 1200 millones de personas, en los últimos 20 años, reflejándose este en una escala porcentual donde 1 de cada 5 individuos, incluidos unos 600 millones de niños viven en la pobreza (1).

En África, la prevalencia de retraso en el crecimiento ha descendido del 40,5% en 1980 al 35,2% en el año 2000, lo que refleja un descenso de solo 0,26 puntos porcentuales al año. El mayor nivel de retraso en el crecimiento corresponde a África oriental, donde como promedio un 48% de los niños en edad preescolar se encuentran actualmente afectados; en esta región se encontró un crecimiento de 0,08 puntos porcentuales al año, lo que refleja un aumento de retraso en el crecimiento de la población preescolar de 12,9 millones a 22 millones. En Asia la prevalencia de retraso en el crecimiento para el año 2000 se ubicó en un 43,7%, lo cual representa un descenso considerable de 0,86 puntos porcentuales al año, en comparación con la prevalencia del año 1980 que fue de un 60,8% (2).

La malnutrición sigue siendo un serio problema de salud pública en los países en desarrollo donde un tercio de todos los niños menores de 5 años sufren un retraso en el crecimiento; el 70% de ellos vive en Asia, principalmente en Asia meridional y central, el 26% en África y alrededor del 4% en América latina y el Caribe. En América Latina, casi el 40 % de las familias vive en pobreza extrema, aproximadamente 60 millones de niños pertenecen a esas familias y el 20% de las familias, vive en un estado de carencia absoluta (1,2).

La desnutrición infantil se reconoce como uno de los principales problemas de salud y bienestar social de América Latina. La mayor parte de las muertes evitables en la niñez latinoamericana están relacionadas con la desnutrición infantil, acentuándose por el ambiente hostil característico de la pobreza extrema. En países en desarrollo la escasez de alimentos parece reflejarse rápidamente por cambios en el patrón de crecimiento en los niños, más del 50 % de los niños menores de 6 años presentan algún grado de desnutrición. El 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento (1,3,4).

La situación de pobreza y de crisis económica ha sido similar en la mayoría de los países latinoamericanos, en México desde la década de los años 50 se han realizado esfuerzos para evaluar el problema de la desnutrición, estos estudios epidemiológicos se han limitado al análisis de prevalencia, medidas de tendencia central y dispersión de algunos indicadores del estado nutricional. A su vez Cuba, presentó un 0,3% de desnutrición en niños menores de 4 años para 1990, esto debido a un consumo que superaba las 3000 calorías percápita, situación satisfactoria hasta que finalizó el apoyo económico de la Unión Soviética y la intensificación del bloqueo económico de los Estados Unidos, lo que ocasionó una disminución del consumo a 1863 calorías en el año 1994 (3,4).

En Argentina al inicio de los 90, el 36% de los hogares no satisfacían las necesidades básicas y la mitad de la población dedicaba el 33% de sus ingresos a la compra de alimentos; mientras que Bolivia con una población cercana a los 8 millones de habitantes sufre desnutrición en un 46,5% de la población infantil, siendo esta una de las principales causas de mortalidad en menores de 5 años, ocupando así el puesto número cincuenta y siete a nivel mundial y el segundo en América Latina, de acuerdo a un boletín publicado por la UNICEF para el año 2000 (1,4).

En Santiago de Chile entre los años 1975 y 1991, la prevalencia de desnutrición en menores de 6 años disminuyó de un 16% a un 7,1%, clasificando el 90% de los casos en desnutrición Grado I; esto como resultado de políticas sociales adecuadas, integrales, estables y dirigidas a la población vulnerable, sin embargo un 35% de la población se encontraba en pobreza extrema para el año de 1992. Actualmente países como Chile, Cuba y Costa Rica han podido disminuir su prevalencia de desnutrición en la medida que han logrado articular sistemas de atención y de vigilancia epidemiológica, lo cual les ha permitido combatir de manera eficiente a la desnutrición infantil (3,4).

En Costa Rica para 1986, se encontró un incremento en el déficit nutricional, donde *el* 30% de los niños presentaban un retardo en el crecimiento; situación que se explica por los ajustes económicos realizados a finales de la década del 80. En 1996, los niños entre 1 y 6 años tenían una prevalencia de desnutrición de 22,4%, de esto un 5,1% con desnutrición moderada o grave; un 21,4% con talla baja y un 4,2% con sobrepeso.(4).

Para el año 2000 los datos de la Encuesta de Demografía y Salud de Colombia (EDS) indican que la Costa Pacífica Colombiana presenta la prevalencia más baja de desnutrición crónica en preescolares (9,8%), con los promedios más altos de duración de la lactancia materna (14 meses) y de lactancia exclusiva (3meses). Estos datos indican que dichas prácticas de alimentación podrían estar afectando de manera positiva el estado nutricional en menores de 2 años (5).

Durante el periodo 2000-2002, la prevalencia de desnutrición para América Latina y el Caribe fue del 10%, un 3% menos que su prevalencia 1990-1992; Venezuela, por el contrario experimentó un aumentó de un 6% en la prevalencia de desnutrición, al pasar de 11% en el periodo 1990-1992 a 17% en el periodo 2000-2002, la evolución de la situación nutricional ha tenido una relación directa con la

economía del país, con una inflación acelerada y un elevado costo de los alimentos. Todos estos cambios reportados se reflejan directamente en los incrementos en la tasa de desnutrición infantil por ser estos los grupos más vulnerables. Datos del Sistema de Vigilancia Alimentaría y Nutricional señalan cambios en la prevalencia de desnutrición de 12,7% en menores de 2 años, 23,6% de 2 a 6 años y 25,1% de 7 a 14 años en el año 2001; a 13,6%, 25,4% y 26,7%, respectivamente, para el 2003 (4,6,7).

Entre 1984 y 1995 la pobreza se duplicó, pasando de un 36% a un 76% para ubicarse en 1997 en un 81,5%. La adecuación calórica disminuyó a partir del año 1982, llegando hasta un 88% en 1995 en los estratos IV y V de acuerdo al método graffar modificado por Méndez Castellano; demostrando así un mayor deterioro en el consumo de los alimentos. Reportes del INN (1996), indican que el déficit nutricional en los menores de 15 años, para el indicador peso/talla (P/T), había disminuido a partir de 1991 hasta 1994, para tener un ligero incremento de 0,2% en el año 1995 y situarse el déficit nutricional en 11,6% (4).

Actualmente el acceso a los alimentos en los estratos más pobres de los sectores urbanos, se ha convertido en una preocupación nacional. Los cambios ocasionados por la inflación impactan la microeconomía de los hogares, teniendo que adoptar estrategias de ajustes internos, sobre todo en los hogares más pobres donde han visto disminuir en forma progresiva la disponibilidad de recursos para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud y educación. Estos cambios han influido tanto en la disponibilidad de energía en el hogar consumiendo una dieta monótona que favorece la deficiencia de macro y micronutrientes, especialmente hierro, vitamina A y zinc (7).

La mortalidad por deficiencias nutricionales representa un problema importante de salud pública, puesto que en la mortalidad general ocupó el puesto 17 entre las 25 primeras causas de muerte durante el período 2000-2002 y durante el período 2003-2004 ocupó los lugares 15 y 17 respectivamente. En lo que respecta a la mortalidad

infantil, la mortalidad por deficiencias nutricionales ocupó el puesto 6 durante el período 2000-2002 y para el período 2003-2004 ocupó los lugares 5 y 6 respectivamente. Los niños continúan siendo el "pasto" de este flagelo en Venezuela; así durante el quinquenio 2000-2004 de las 5155 muertes por desnutrición, 3114 ocurrieron en menores de 15 años y de estas 2946 (94,6%), fueron en menores de 5 años (6).

Todo esto conlleva a un incremento en cuanto a los ingresos hospitalarios por desnutrición grave, los cuales siguen representando un porcentaje importante en relación al total de ingresos hospitalarios, en especial en los menores de 2 años y en el grupo de preescolares. La mortalidad por deficiencias de la nutrición refleja igualmente un comportamiento estable para todos los grupos de edad. Dada las consecuencias directas e indirectas, tempranas y tardías sobre las condiciones físicas y mentales del individuo, es relevante el cuidado y protección que el estado debe dar a la población infantil (7,8).

En su mayoría los niños venezolanos sufren de múltiples y graves agresiones de su entorno, la mayoría de ellas asociadas con una insuficiente alimentación, alojamiento inadecuado y falta de educación. Entre estos factores a la alimentación se le da la mayor influencia en el crecimiento y desarrollo, ya que una alimentación deficiente conduce a un deterioro progresivo del individuo (9).

El mejor indicador global de la salud de los niños es el crecimiento, porque las infecciones y las prácticas alimentarías inadecuadas, o más a menudo la combinación de ambos, son factores que tienen una importante influencia en su crecimiento físico y su desarrollo mental. Se han realizado muchos estudios sobre los niños desde los años setenta, y la imposibilidad de compararlos ha dificultado la vigilancia de la evolución de la malnutrición infantil (10).

Para el primer semestre del 2007 existían 1.709.757 de personas pobres en el país; lo que constituye un 27,5%. Mientras que la categoría de pobreza no extrema se ubicaba en un 18,8% lo que equivale a 1.234.438 personas, y si se habla de la pobreza extrema, ésta se ubicó en 7,6% lo que enmarca una cifra de 475.319 habitantes. Es importante destacar que para el 2005 de acuerdo a la combinación de indicadores peso/talla (P/T); peso/edad (P/E); talla/edad (T/E), se encontraron un total de 39.402 niños menores de 2 años en situación de déficit nutricional lo que equivale a un 22,48%, de los cuales 20.713 (11.82%) presentaron déficit nutricional agudo y 18.689 (10,66%) un déficit nutricional crónico. Para la categoría de 2 a 6 años el déficit nutricional se ubicó en 43.776 lo que equivale a 24,19%, de los cuales 22.858 (12,63%) presentaba un déficit nutricional agudo y 20.918 (11,56%) un déficit nutricional crónico (11,12).

En el Estado Bolívar para el año 2005 fueron evaluados un total de 28.751 niños menores de 15 años, según los organismos de salud del INN. La prevalencia de déficit antropométrico en el estado se encontraba en 13,2% por encima de los valores nacionales que para ese mismo año, fue de 12,03% en la población de menores de 2 años. Los municipios geopolíticos de atención prioritaria para los menores de 2 años según los tipos de déficit nutricional son el Municipio El Callao con 51,4%; Municipio Gran Sabana con 27,7% y Municipio Cedeño con 27,6%. Si se habla de la población con edades comprendidas de 2 a 14 años se observó que el municipio con déficit nutricional de atención prioritaria es Gran Sabana con un 42,7% seguido por el Municipio Sucre con 33,7% y por último el Municipio Cedeño con 33,3% (12).

En el rango de niños menores de 2 años un 28,19% se encuentra en situación de déficit nutricional, lo que lo sitúa en una escala prioritaria de atención, ya que este se encontraba en 5,71% por encima de la media nacional que es de 22,48%. Siguiendo con la escala de 2 a 6 años de edad se encontró que existe un 27,51% con déficit

nutricional, lo que nuevamente lo coloca por encima de la media nacional con 3,32% (12).

El estado nutricional es la condición del organismo que resulta de la absorción y utilización de los alimentos ingeridos y de los factores de índole biopsicosocial, que intervienen como condicionantes en ese estado cuya valoración se hace en forma directa mediante el uso de indicadores antropométricos, clínico-nutricionales, bioquímicos, hematológicos y parasicológicos. Este puede ser bueno, regular o malo, según la ingestión de los elementos dietéticos esenciales, la necesidad relativa de ellos y la capacidad corporal para utilizarlos. Todos los aspectos antes mencionados, a su vez están influidos por una serie de factores socioambientales tales como: el abastecimiento de agua, la disposición de excretas, los materiales para la construcción de la vivienda, el nivel educativo de la madre y la principal fuente de ingreso en el hogar (13,14).

El estado nutricional tiene un gran impacto en la respuesta individual a la enfermedad; las deficiencias deben ser detectadas precozmente con adecuadas técnicas de valoración para corregirlas lo antes posible. Por lo tanto, la valoración del estado nutricional debe formar parte integral del cuidado en un individuo enfermo, sobre todo durante la edad pediátrica (15).

La malnutrición se ha definido como un estado patológico de diversos niveles de gravedad y con diversas manifestaciones clínicas, resultante de una asimilación deficiente de los componentes de los nutrientes. Esta enfermedad afecta a la estructura físico-química de los tejidos, reduce la capacidad defensiva frente a las agresiones ambientales, disminuye la eficiencia y la capacidad de trabajo y acorta la vida (16).

La malnutrición bien por déficit o por exceso se refleja en las variaciones de la masa corporal y de los componentes que conforman el físico de los individuos. En el primer caso y en situaciones consideradas como extremas, se acompaña de una depleción del tejido magro, el cual está formado por la masa celular activa (músculo y víscera) y la proteína estructural o tejido de sostén, siendo la primera la que más se modifica en presencia de una reducción significativa de nutrientes. En situaciones de restricción calórica más leve, se observa una disminución variable del tejido graso (17).

La desnutrición es definida como la condición patológica derivada de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo, esta constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia en todo el mundo. Por lo general la incidencia de la desnutrición es mayor en los niños pertenecientes a las familias de escaso poder adquisitivo (1,18).

La valoración del estado nutricional puede definirse como la evaluación del estado de nutrición de un individuo o comunidad, que se efectúa mediante una serie de indicadores socio-demográficos, educacionales, sociales, económicos, culturales, dietéticos, clínicos, antropométricos, bioquímicos y biofísicos cuyo objetivo es diagnosticar desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad. Esta incluye la historia médica y nutricional del paciente incluyendo la ingesta alimentaría y la exploración física en la que se deben recalcar los signos clínicos de deficiencia y el estadio puberal (19,20).

La evaluación nutricional del niño consiste en reunir información sobre los alimentos que recibe; la cantidad, el intervalo de tiempo y el lugar donde se alimenta. Es importante entender el motivo por el cual ingiere o rehúsa algunos alimentos, así como llevar a cabo una historia dietética del niño desde el nacimiento. Otra parte importante de los antecedentes dietéticos se refiere a la investigación de la frecuencia

de consumo de diferentes alimentos al día, semana o mes, a esto se le llama encuesta de la frecuencia de consumo de alimentos. Este tipo de encuestas proporciona información descriptiva de la alimentación de un niño en el pasado reciente. En algunos casos es valioso contar con información más precisa sobre el alimento y la cantidad de este que el niño ingiere durante el dia. Esta es obtenida a partir de estudios dietéticos, bioquímicos, clínicos y antropométricos, siendo esta última una de las formas más simples para diagnosticar la malnutrición (8,13,17,21).

En la evaluación de los pacientes con déficit nutricional, las pruebas de laboratorio son utilizadas rutinariamente y junto con el examen físico, la evaluación antropométrica, dietética, psico-social-económica y otras paraclínicas en el estudio de la desnutrición, se consideran buenas metodologías, pero tienen limitaciones en sensibilidad y especificidad. Aun así, son de gran utilidad, porque inclusive la alteración de algunas de ellas, puede señalar la deficiencia de un nutriente de una manera precoz. Están sujetas a una serie de factores internos al individuo (estado de hidratación, ritmo cardiaco, postura, estrés, interferencia con drogas, ayuno) y externos (contaminación de la muestra, dilución, calidad de reactivo, anticoagulante, hemólisis, control de calidad y calibración de los equipos y entrenamiento del personal técnico) que influyen en los resultados (21).

La desnutrición según su duración se clasifica en; Aguda que se debe a la restricción de alimentos y se manifiesta por la perdida de peso y quizá detención del crecimiento. Cuando el niño es atendido adecuada y oportunamente, se recupera y vuelve a crecer normal. La desnutrición crónica, se origina cuando la privación de alimentos se prolonga, acentuándose la perdida de peso, originando que el organismo disminuya sus requerimientos y deje de crecer, en este caso la recuperación es más difícil.(21).

La desnutrición se puede clasificar según su intensidad en leve, moderada y severa. Se afirma que la desnutrición leve es la mas frecuente en la infancia, esta influye en la disminución del tamaño corporal, afecta el desarrollo y propicia la frecuencia y gravedad de enfermedades. La alimentación que reciba el niño con desnutrición leve, debe tener las características de una dieta normal, pero fraccionadas en mayor número de comidas al día. Es fundamental que el personal de salud y las personas que lo atienden tengan conocimientos de que los alimentos y una atención especial son los que hacen posibles la recuperación (22,13).

La desnutrición moderada se caracteriza por pérdidas de peso, cuando esta se torna crónica, los niños muestran un retardo en el crecimiento en términos de altura. El cambio mas común en la composición corporal es una reducción en la adiposidad entre un 12% en los hombres y 20 % en las mujeres, mientras que la capacidad para el trabajo físico prolongado se reduce (23).

La desnutrición severa es representada por dos entidades clínicas como lo son el Kwashiorkor y el Marasmo, aunque también es de importancia mencionar que esta puede presentarse en la forma mixta Marasmo – Kwashiorkor, puede ser medida por antropometría basada en los patrones de peso-altura y records de edad, para calcular dos índices: peso por altura que es el índice del estado de la nutrición actual y el índice altura por edad como índice de la historia de la pasada nutrición. Está usualmente asociada con severos problemas en la alimentación, constituyendo una alimentación pobre en proteínas. En estos casos existen diarreas e infecciones como consecuencia (23).

El Kwashiorkor es un síndrome clínico secundario a un déficit grave de proteínas y de una ingesta inadecuada. Es la forma de desnutrición más grave y prevalente en el mundo hoy en día, especialmente en las zonas industrialmente infradesarrolladas. Clínicamente se manifiesta por alteraciones universales,

circunstanciales y los agregados. Las universales están presentes en todos los desnutridos. Son de naturaleza bioquímica (hipoalbúmina, hipocolesterol, hipoglucemia, etc.) y se traducen en tres procesos fundamentales de la desnutrición; estos son la dilución bioquímica, la disfunción o en el desenvolvimiento neuromotor y la depleción o distrofia con atraso en el crecimiento, este proceso lleva a una desaceleración del crecimiento en casos leves de desnutrición, interrupción en casos moderados e involución en los casos graves (1,22).

En cuanto a las alteraciones circunstanciales, se dice que son de naturaleza clínica (edema, alteración de cabellos y de piel), estas se combinan de diferente manera dando como resultado un cuadro clínico bien definido Kwashiorkor. Mientras que los agregados pueden depender de la dolencia primaria que provoca la desnutrición, Ej.-. Vómitos en estenosis hipertrófica del píloro o de las complicaciones de la desnutrición como infección intercurrente, neumonía, trastornos hidroeléctricos y deshidratación. La desnutrición pluricarencial o primaria facilita la instalación de infecciones, que la agravan, cerrando un circulo vicioso (desnutrición mas infección y mayor desnutrición) y es causa de fondo de la alta morbi-mortalidad infantil en países subdesarrollados (1,24).

El marasmo no presenta alteraciones hematológicas, ni de las proteínas sanguíneas; mientras que el Kwashiorkor presenta síntomas de carencias vitamínicas, anemia, hipoproteinemia, hígado graso y edema. Estos síntomas se producen a consecuencia de una falta de los transportadores plasmáticos de vitaminas y lipoproteínas producto de una disminución de cortisol plasmático necesario para mantener las proteínas plasmáticas normales a costa de extrapolarlas del músculo durante la etapa aguda de desnutrición. Estos tipos descritos de desnutrición corresponden a los casos extremos, ya que generalmente se da la forma mixta Marasmo – Kwashiorkor, coexistiendo el marasmo como la forma mas frecuente de

presentación. Estas formas de desnutrición constituyen la forma severa de manifestación, siendo las formas moderadas y leves las más frecuentes (25).

Las necesidades proteico-calóricas del ser humano están sometidas a vigilancia regular por comités nacionales y grupos internacionales de expertos; mientras los niveles precisos recomendados cambian en función de nuevas evidencias la magnitud general es corrientemente aceptada. Al comparar el consumo calórico-proteico con el requerimiento y al obtener el porcentaje de adecuación se hace necesario tomar en cuenta la individualidad de los niños a estudiar, ya que, la base de las estimaciones de las necesidades de proteínas continúa siendo el balance nitrogenado. En el caso de los niños las proteínas deben ser capaces de permitir que el organismo mantenga ritmos normales de formación de tejidos nuevos y de crecimiento. La utilización neta de proteínas para la población venezolana se ha estimado en 65%. La ingesta alimentaría del adulto humano resulta de una combinación compleja de factores fisiológicos, psicológicos y sociales, que se origina desde la infancia y que se consolida a lo largo de los primeros años de la vida (26,27).

Durante la fase aguda del tratamiento del niño con desnutrición severa se deben tomar en cuenta factores como: deshidratación, hipoglucemia, hipotermia e Infección bacteriana. En niños y niñas con desnutrición moderada existe la tendencia a diagnosticar en exceso la deshidratación y a sobre estimar su gravedad; esto se explica porque en muchos de los signos que se utilizan normalmente para evaluar la deshidratación también están presentes en la forma de desnutrición severa. La deshidratación constituye la pérdida de agua y sales del organismo y es considerada la complicación mas grave de la diarrea; cuando un niño o niña tiene diarrea presenta un aumento en el número y cantidad de evacuaciones, con disminución de la consistencia, por lo general las heces son liquidas o semilíquidas y adoptan la forma del recipiente que los contiene (28).

La hipoglucemia o disminución de la glucosa plasmática inferior a 54mg/dl, y la hipotermia o disminución de la temperatura rectal igual o inferior a 35.5º C, constituyen la principal causa de defunción durante los dos primeros días de tratamiento. La hipoglucemia puede originarse por una infección grave o cuando el niño o niña no recibe alimento durante 2 a 6 horas, mientras que la hipotermia puede originarse por una infección grave o acompañar a la hipoglucemia. Los signos clínicos de infección bacteriana en niños y niñas con desnutrición severa suelen ser sutiles, la fiebre puede estar ausente, mientras que la hipotermia sugiere infección grave, en ocasiones el único signo es una escasa ganancia de peso con disminución del apetito (28).

En los niños con desnutrición severa la pérdida de tejidos y su reducida capacidad funcional conducen a la pérdida de la reserva de sus funciones. Se vuelven vulnerables a cualquier alteración de su medio externo, lo que generalmente conduce a la deficiencia y desequilibrios nutricionales específicos, infecciones secundarias, disminución de la inmunidad, aumento excesivo de la flora saprofita del intestino y de otras nuevas pérdidas anormales a través del intestino, lesiones traumáticas de la piel y cicatrización alterada, todos estos procesos morbosos conducen a mayor reducción en el consumo de alimentos, agravando la situación nutricional del niño y en consecuencia final se traduce en el deterioro de la homeostasis y fundamentalmente en la mortalidad (13,24).

Los datos clínicos de desnutrición son imprecisos, pero consisten en letárgia, apatía o irritabilidad. Cuando es avanzada, se produce un crecimiento inadecuado, falta de energía, pérdida de tejido muscular, aumento de la sensibilidad a las infecciones y edema. Un método práctico para evaluar el estado clínico – nutricional se basa en la detección de ciertos cambios que se suponen relacionados con una nutrición inadecuada y que pueden verse o palparse en los tejidos epiteliales externos, tales como la piel, los ojos, el cabello y la mucosa bucal o en órganos

próximos a la superficie del cuerpo, como las parótidas, la tiroides y los testículos. En general estos signos a menudo aparecen tardíamente y no son específicos de la falta de un nutriente, aunque suelen ser útiles, ya que alertan sobre la posible existencia de diversas deficiencias vitamínicas (19,22,29).

La dermatitis es habitual en presencia de desnutrición. Hay piel áspera, seca, fría, sin brillo, descamación, melanosis, lesiones pelagroides, eritema, despigmentación con hiperpigmentación de los bordes, queratosis folicular, fisuras lineales en zonas flexoras, acrocianosis, escaras, piodermítis secundarias. La descamación puede ser fría o en laminas, a veces en colgajos. La melanosis, en áreas de la piel expuestas a la luz solar. Petequias o alteraciones purpuritas son de mal pronósticos. Son comunes las lesiones de intertrigo. Los cabellos son finos, secos, quebradizos, fácilmente se caen (alopecia). Si la desnutrición se prolonga con varias recaídas, puede aparecer la señal de la bandera. Las alteraciones del cabello pueden ser de tres tipos; pelo ralo o varias zonas de calvicie, acromotriquia o despigmentación, y cambios de textura: frágil, fino y seco, que se desprende con facilidad a la tracción (1,24).

Los indicadores antropométricos P/T pueden ser analizados en forma conjunta o separada a fin de evaluar el estado nutricional de un individuo o población y se utilizan para construir indicadores de riesgo o daño nutricional, lográndose un nivel adecuado de exactitud y replicabilidad. La talla puede ser particularmente útil como indicador de las condiciones socioeconómicas en los países en desarrollo, debido a que las poblaciones de niños y adolescentes que están pobremente alimentados y son susceptibles a infecciones repetitivas, raramente crecen de forma adecuada, es decir, la longitud refleja mas los efectos acumulativos de las circunstancias desfavorables durante el período de crecimiento. Como indicador del estado nutricional, el peso corporal proporciona una mejor idea de los efectos a corto plazo y de los cambios en los componentes corporales (8,13,21,24).

En cuanto al indicador P/T se dice que es la relación que existe entre el peso obtenido de un individuo de una talla determinada y el valor de referencia para su misma talla y sexo. Es más específico para el diagnóstico de desnutrición actual en niños de 2 a 10 años. Tiene la desventaja de que no permite identificar a los niños desnutridos crónicos adaptados. El indicador P/E es la relación que existe entre el peso de un individuo a una edad determinada y la referencia para su misma edad y sexo. El resultado se compara con una tabla o patrón de referencia y se obtiene la clasificación del estado nutricional. Este indicador es útil para predecir el riesgo de morir en menores de cinco años, por lo cual es de suma utilidad en los programas de vigilancia nutricional en este grupo de edad, ya que evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra (24,30).

La circunferencia del brazo para la edad (CB/E) Se utiliza desde hace muchos años en la evaluación nutricional del niño, dado lo sencillo de la técnica y del instrumento de medición, además de ser un indicador de las reservas proteicas y energéticas del individuo. Mientras que la circunferencia cefálica para la edad (CC/E) es un indicador de gran importancia en niños menores de 3 años y su déficit refleja desnutrición de larga evolución (31,32).

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más común, se encuentra circunscrita a los segmentos de población más vulnerables tales como los niños lactantes y preescolares, mujeres en edades reproductivas y embarazadas. En estos grupos los requerimientos de hierro son particularmente elevados, esta ausencia puede provocar alteraciones en el crecimiento y desarrollo, disminución de las defensas contra las enfermedades, reducción de la capacidad para realizar diferentes actividades, y también puede provocar cansancio, irritabilidad, falta de apetito, disminución de la capacidad de atención, alteraciones en las regulaciones de la temperatura, en el metabolismo energético y en la capacidad física. Este problema es

alto en los niños preescolares de los estratos más bajos, con prevalencia de anemia (53%) y ferropenia (45%) en todo el país (14).

La desnutrición crónica pluricarencial, se ha hecho más evidente en los últimos años. El problema de las deficiencias específicas de micronutrientes como la del hierro, vitamina A y Yodo han constituido un problema de salud pública que ha obligado a planificaciones gubernamentales preventivas, a través de programas de suplementación o fortificación de alimentos a nivel mundial y también a nivel de Venezuela (33).

La deficiencia clínica de vitamina A (DVA) produce retardo en el crecimiento, ceguera nocturna, xeroftalmia, lesiones en la piel, sequedad de las mucosas, trastornos en la respuesta inmunológica e infecciones recurrentes, existiendo evidencias de la relación entre la hipovitaminosis A y la morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias, diarreicas y virales, como el sarampión (33).

Cuando la desnutrición ocurre en los primeros años de vida podría afectar el crecimiento del individuo, pero es posible lograr posteriormente, una mejoría en la adecuación de la talla, a través de una buena alimentación, ya que el niño continúa creciendo hasta los 18 años. Hay, sin embargo, una notable excepción que es el cerebro y, en general, el sistema nervioso. Stoch y Smythe, fueron los primeros en formular la hipótesis relativa que la desnutrición durante los primeros dos años de vida, podría inhibir el crecimiento del cerebro y producir reducción permanente de su tamaño, ocasionando un bajo desarrollo intelectual; al final del primer año de vida, se alcanza el 70% del peso del cerebro adulto, por lo que la malnutrición afectaría el período de crecimiento cerebral y los tempranos procesos organizacionales, como neurogénesis, migración celular y diferenciación (34).

Mientras mayor sea el grado de desnutrición, se espera un grado mayor de deficiencia de nutrientes y es por ello que las pruebas de laboratorio, son consideradas métodos diagnósticos, exploratorios y complementarios de la clínica, porque proveen información para confirmar una hipótesis inicial, o para tomar decisiones en cuanto al manejo y tratamiento de paciente (21).

La desnutrición; durante el primer año de vida es característica de las poblaciones urbanas pobres, en tanto que la desnutrición en la edad escolar es característica de las poblaciones rurales. Las enfermedades nutricionales antes mencionadas se manifiestan principalmente en determinados grupos socioeconómicos y fisiológicos de la población. Se encuentran con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos más bajos que habitan zonas periurbanas en grandes concentraciones y en los poblados rurales (18,14).

La presencia de un perfil epidemiológico donde ocurren enfermedades tanto por déficit nutricional como por exceso, es una de las características que identifican la transición epidemiológica, que viene acompañado a un proceso de globalización cultural, social y económica. Venezuela ha estado durante los dos últimos decenios inmersa en dicho proceso, en medio de una crisis socioeconómica, cultural y familiar que ha ido dañando lentamente estructuras básicas de nuestra sociedad (14).

En México para el año 2002 se evaluaron 775 niños de 12 a 120 meses de edad con el objetivo de valorar el estado nutricional de aquellos que acudieron al Instituto Alteño para el desarrollo de Jalisco y discutir los criterios de clasificación de la desnutrición. Este estudio arrojó los siguientes resultados: Baja escolaridad en ambos padres en la escala de 3 a 6 años, El ingreso familiar fue de 198 dólares mensuales y cada miembro recibió 0,56 dólar/día para las tres comidas. La prevalencia de desnutrición fue mayor en los tres índices con el uso de la Norma Oficial Mexicana (NOM-SSA) que con el criterio de la OMS (P/E 91,7% *vs.* 30,9%; T/E 66,9% *vs.*

17,3%; P/T 62,5% *vs.* 9,5% respectivamente). Esto permitió concluir que el índice P/E de la NOM-SSA sobreestiman la prevalencia de desnutrición y no discriminan entre niños genéticamente pequeños, con desnutrición aguda o desnutrición crónica o pasada, permitiendo afirmar que resulta de mayor fiabilidad el criterio de la OMS (35).

En una investigación realizada en Cuba para el año 1998, se estudiaron 28.790 adultos entre 20 y 59 años para identificar el valor de circunferencia del brazo que poseyera el mayor grado de sensibilidad y especificidad para clasificar el estado nutricional en uno u otro sexo, teniéndose como criterio el índice de masa corporal, el área de grasa y el área de musculo del brazo. Se halló que valores de circunferencia del brazo de 26 cm en el hombre y 24cm en la mujer poseían alta sensibilidad y especificidad (alrededor de 80%) para clasificar la malnutrición por defecto. Se comprobó discordancia de sensibilidad y especificidad entre los valores de circunferencia del brazo para detectar la malnutrición por exceso, lo que la inutiliza para esos fines. Los valores de circunferencia del brazo identificados fueron validados en los adultos de otro estudio en la Ciudad de la Habana (n= 3953) y se comprobó una alta sensibilidad y especificidad para detectar la malnutrición por defecto (31).

Para el año 2005 en un estudio realizado en Argentina, con el propósito de evaluar la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy (48.533), se consideraron dos grupos etáreos, de 4 a 10 años y de 11 a 16 años. Los resultados indicaron un incremento promedio de la prevalencia de sobrepeso y obesidad mayor en el grupo de escolares de 11 a 16 años (6,1%); que en el de 4 a 10 años (2,5%). En ambos grupos de edad los varones presentaron prevalencias mayores que las mujeres; 4 a 10 años: 3,5% contra 1,5% y en el rango de 11 a 16 años: 6,9% contra 5,4% Concomitantemente se observó un incremento de los porcentajes de baja talla y bajo peso para la edad. Mediante estos resultados se

concluyo que hubo aumento de la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición en el período analizado, variando así los porcentajes según el sexo, la edad y el criterio utilizado; lo cual confirma la existencia del paradigma nutricional emergente "obesidad en la pobreza" (23).

En Paraguay se realizó un estudio en el año 2003 con el fin de determinar la prevalencia y características epidemiológicas de la desnutrición tipo kwashiorkor y marasmo kwashiorkor en niños menores de 5 años que ingresaban en un servicio pediátrico durante el periodo marzo-junio 2003 y compararla con el año 1997. De acuerdo a los resultados obtenidos ingresaron al servicio de pediatría durante el año 1997, 506 niños menores de 5 años con desnutrición; 39 presentaron kwashiorkor. Entre marzo y junio de 2003 ingresaron 305 niños menores de 5 años, 120 con marasmo y 46 desnutrición edematosa; de estos 22 presentaron kwashiorkor y 24 marasmo-kwashiorkor, así mismo 20 eran varones; 19 tenían una procedencia rural y 27 urbana; lactancia materna exclusiva: 2,5 m; edad de inicio de alimentos complementarios: 5 m. Peso de Nacimiento: 3080 g. Bajo peso al nacer: 8/46. Ingreso económico de los padres todos por debajo de la línea de pobreza. De esta manera se concluye que hay un aumento en años recientes de la desnutrición severa edematosa en niños menores de 5 años. (36).

Para el año 2006 se realizó un estudio en Perú, el cual tuvo como objetivo determinar el efecto de un programa de seguridad alimentaria (Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria: REDESA) sobre la desnutrición crónica y sus factores causales en 2643 niños menores de tres años. Los resultados indicaron una reducción significativa de la desnutrición crónica, que paso de 34,2% (2001) a 24,3% (2006). Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) redujeron de 35% a 16,4%, la Lactancia Materna Exclusiva (LME) incrementó de 25% a 72,2%, la alimentación durante y después de las EDA incrementó desde 3,3% a 45% y de 15% a 77% respectivamente, en todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas, lo que llevó a

concluir que la desnutrición crónica y sus factores causales tuvieron una mejora sustantiva entre la población beneficiaria del Programa REDESA (37).

En un estudio realizado por investigadores colombianos en el año 2004, con el propósito de estudiar las creencias maternas, las practicas de alimentación y el estado nutricional en niños afrocolombianos, se determinó que la falta de conocimiento básico nutricional y algunos dogmas maternos errados como el uso de lactancia materna frente a episodios de diarreas y la combinación de alimentos y leche materna en los primeros meses de edad entre otras, se vincularon con el hecho de que al menos el 50% de las madres estudiadas tienen practicas de alimentación no acordes con las recomendaciones mundiales debido al desconocimiento de los parámetros básicos nutricionales (38).

Para el año 2005 en un estudio realizado Puerto Cabello-Venezuela, con determinar la frecuencia de desnutrición, edad, sexo, procedencia, estrato social, gravedad, etiopatogenia y características clínicas de 51 niños desnutridos atendidos en el hospital Prince Lara de Puerto Cabello. Los resultados indicaron que del total de niños desnutridos, 55% era de sexo masculino, la mayor incidencia de desnutrición se observó en el grupo de 0-1 año (47%). El estrato social IV fue el predominante con 60,78%. Se diagnosticó desnutrición grave en 47%, moderada 12% y leve 41%. La desnutrición grave fue segmentada de la siguiente forma: marasmo 54%, desnutrición mixta marasmo-kwashiorkor 33% y kwashiorkor 13% (39).

En Caracas-Venezuela en el año 2002 se realizó un estudio concerniente a la relación existente entre las modalidades de atención seminternado y ambulatoria y la recuperación nutricional de niños con desnutrición leve y moderada, donde concluyeron que no existe relación entre la modalidad de atención y la recuperación nutricional, ya que en el grupo de desnutridos leves el porcentaje de pacientes recuperados a los tres meses que mantenía esta condición a los seis meses, fue de

83%, mientras que en la modalidad ambulatoria fue de 82%, lo que permitió concluir que las patologías asociadas, el riesgo dietético de desnutrición, el número de intercurrencias, el nivel educativo y la edad de la madre no mostraron una vinculación significativa con la recuperación nutricional a los seis meses de intervención (29).

Con el fin de establecer concordancia entre el diagnostico nutricional por juicio clínico y el diagnostico nutricional por antropometría se llevó a cabo un estudio en Caracas-Venezuela durante el año 2003 para determinar si existía una concordancia similar entre ambos diagnósticos quienes al momento de clasificar la desnutrición en leve y moderada, obtuvieron resultados con casi o ninguna diferencia, concluyendo que ambas evaluaciones son métodos efectivos para el diagnostico de la desnutrición (40)

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los niños deben alimentarse exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida; la lactancia materna puede mantenerse durante los dos primeros años, al mismo tiempo que se inicia a partir del segundo semestre la alimentación complementaria. La Fundación para un Centro de Estudios sobre el Desarrollo Social (FUNDACREDESA) refiere que las madres de clases marginales, debido la carencia de recursos económicos, falta de tiempo para dedicarlo a sus hijos y la ausencia de instrucción, descuidan la salud y alimentación de sus hijos, propiciando el incremento de los casos de desnutrición (33,38).

En Venezuela la desnutrición en niños menores de 6 años constituye un problema de salud pública que persiste a pesar de las diversas acciones para combatirla, resulta paradójico que con la gran cantidad de conocimientos adquiridos en diferentes campos relacionados con el problema, no ocurra una clara disminución de los niveles de desnutrición, el estado Bolívar no escapa de esta realidad, causa que

motiva esta investigación para así determinar las características epidemiológicas de los niños (as)desnutridos . FUNDACRENSA, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Enero – Marzo 2009.

JUSTIFICACIÓN

Las complicaciones que sufre un niño con desnutrición no solo influyen en su peso y estatura, sino también en el funcionamiento del organismo en general, debido a las consecuencias negativas que trae consigo la deficiencia de vitaminas, minerales y proteínas que están asociadas con la desnutrición. Así, a medida que este mal avanza se originan trastornos en la salud de los pequeños y son más susceptibles a adquirir diversas infecciones, se altera la función de órganos como riñón e hígado, aunado a esto, existe una gran posibilidad de que cese el desarrollo cerebral, lo que ocasiona al niño un bajo rendimiento escolar debido a la disminución del desarrollo intelectual.

En el Estado Bolívar para el año 2005 según cifras del Instituto Nacional de Nutrición se observó lo que se puede denominar una fase de riesgo nutricional, según la categoría de combinación de indicadores (peso, talla. edad) en niños menores de 2 años y niños de 2 a 6 años, este se situaba con un 5,71% y 3,32% por encima de la media nacional respectivamente, es por esto que surge la necesidad de desarrollar un estudio para determinar las características epidemiológicas de los niños desnutridos. FUNDACRENSA, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Enero - Marzo 2009 (36).

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar las características epidemiológicas de los niños (as) desnutridos. FUNDACRENSA, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Enero - Marzo 2009.

Objetivos Específicos

1. Distribuir el número de niños desnutridos según la edad y sexo.
2. Distribuir los niños desnutridos según el estado nutricional.
3. Determinar el estrato socioeconómico de los niños desnutridos.
4. Determinar los antecedentes perinatales asociados a los niños desnutridos.
5. Determinar los antecedentes relacionados con la lactancia de los niños desnutridos.
6. Determinar los antecedentes postnatales de los niños desnutridos.
7. Identificar como se clasifican los niños desnutridos según algunas características clínicas observadas (piel y cabello).

METODOLOGIA

Tipo de investigación:

Se trató de un estudio descriptivo y prospectivo, en el cual se estudiaron las características epidemiológicas de los niños desnutridos. FUNDACRENSA, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Enero – Marzo 2009.

Lugar de la investigación:

FUNDACRENSA es una institución sin fines de lucro que durante 10 años ha funcionado en Ciudad Bolívar encargándose de atender a los niños con problemas de desnutrición, con una capacidad de atención para 60 niños, matricula que se ha visto reducida en un 50% debido a la reducción del subsidio proveniente de entes gubernamentales.

Universo:

Los niños desnutridos menores 6 años de Ciudad Bolívar.

Muestra:

Niños desnutridos menores de 6 años atendidos en FUNDACRENSA, Enero – Marzo 2009. Muestra constituida por 26 niños.

Recolección de Datos:

Se empleó un instrumento donde se reflejo las características epidemiológicas del niño desnutrido (Apéndice A); este constó de cinco partes donde se recopiló:

- ✓ La antropometría en función de los patrones de crecimiento (Anexo 2-9) de la OMS.
- ✓ Las características clínicas de la piel y el cabello fueron determinadas mediante un examen físico y reflejadas en el apéndice A.

También se aplicó una encuesta tipo cuestionario a los padres y/o representantes (Apéndice B), donde se obtuvo; antecedentes familiares y personales relacionados con el estado nutricional de niño, este constó de las siguientes partes:

- ✓ Datos demográficos.
- ✓ Antecedentes peri y post natales.
- ✓ Historia Alimentaria.

Se trató de preguntas cerradas, con respuestas únicas para cada ítem.

Mediante la aplicación del método graffar modificado por Méndez Castellano (Anexo 1), se determinó el estrato económico al cual pertenece el niño objeto de estudio. Este, está estructurado mediante 4 variables, dentro de las cuales se mencionaron: la profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de la vivienda. Cada una de estas variables constó de 5 ítems, y a cada ítem le correspondió una ponderación decreciente del 5 al 1 respectivamente. La suma de los ítems determinó el estrato socioeconómico al cual pertenece la familia investigada.

Materiales:

Instrumental:

- ✓ Infantometro: Detecto HP7044 precisión 20mg utilizado en niños menores de 2 años.
- ✓ Balanza: Health o Meter HDT 408 precisión 100mg utilizada en niños mayores de 2 años.

- ✓ Clasificación socioeconómica en estratos según el método Graffar modificado por Méndez Castellano (Anexo 1).
- ✓ Patrones de crecimiento peso/talla; talla/edad; peso/edad, publicadas en la red por la OMS (Anexo 2-9).

Procedimiento

Se hizo entrega de una comunicación escrita a los directivos de FUNDACRENSA donde se solicitó la autorización para la ejecución y desarrollo de esta investigación. Al momento de la recolección de los datos solicitados en el apéndice b y anexo 1, se les entregó a los padres y/o representantes una copia impresa para su llenado.

Cada niño se pesó y talló de la forma siguiente:
El peso se cuantificó con el niño descalzo, sin ropa o con la mínima posible (ropa interior, pañal o pantalón corto).

- ✓ Los pacientes menores de 2 años fueron pesados y tallados en un infantómetro detecto HP7044, donde un observador sostuvo la cabeza del niño en contacto firme con la porción vertical del infantómetro, un segundo observador deflexionó las rodillas del niño con la mano izquierda y sostuvo los pies con los dedos hacia arriba contra la porción móvil del infantómetro corriendo la tablilla con la mano derecha para así hacer un ángulo de 90°; una vez realizado este procedimiento se anotó la lectura obtenida (Apéndice A), tomando el último centímetro completo.

- ✓ Los pacientes mayores de 2 años fueron pesados y tallados en una balanza Health o meter HDT 408, para esto se colocó al niño de espalda al tallimetro, con la punta de los pies ligeramente separados y los talones juntos. La cabeza,

los hombros, los glúteos y los talones se mantuvieron en contacto con el plano vertical, y al igual que en el caso anterior se realizó la lectura en el último centímetro completo y se anotó en el instrumento correspondiente (Apéndice A)

Se realizó un examen físico a cada niño donde se determinó el estado nutricional y por último se identificó las características clínicas observables en piel y cabello asociadas a una malnutrición por déficit; todo esto se reflejó en el apéndice A.

Plan de tabulación y análisis:

Los resultados fueron representados en tablas de frecuencia absoluta y porcentual.

RESULTADOS

Se evaluaron un total 26 niños desnutridos menores de 6 años, quienes al momento del estudio se encontraban en la modalidad de semi-internado en FUNDACRENSA, por presentar algún grado de déficit nutricional. El 62% (16) se correspondía con el sexo femenino y el 38% (10) con el sexo masculino.

Según la edad 15,4% (04) de los niños atendidos en FUNDACRENSA durante el primer trimestre 2009, corresponden con el rango de menores de 1 año, mientras que el 65,4% (17) se sitúa en el grupo de edad comprendido entre mayor o igual a 1 a 2 años, seguidamente se encuentra el 15,4% (04) en el renglón de 5 a 6 años.

De acuerdo con el indicador P/T el 38,5% (10) de los niños participantes del estudio se encontraban en la zona de déficit nutricional leve, para el sexo femenino se hayo un 30,8% (08) y para el masculino 7,7% (2). 26,9% (7) se situó en la zona critica; 11,5% (3) se correspondía con el sexo femenino y 15,4% (4) del sexo masculino. Conforme al estado nutricional normal un 11,5% (3) pertenecía al sexo femenino, mientras que para el sexo masculino no se encontró ningún caso para este rango.

Para el indicador P/E 42,3% (11) cursaban un déficit nutricional leve, atribuyéndose 34,6% (9) al sexo femenino y 7,7% (2) al sexo masculino. En continuidad con lo mencionado anteriormente se encontró que 34,6% (9) se ubicaba en una situación nutricional normal, siendo que 15,45% (4) y 19,2% (5) correspondían al sexo femenino y masculino respectivamente. De la zona critica se deriva un 15,4 % (4), vinculándose al sexo femenino el 11,5% (3) y al sexo masculino 3,8% (1). Si se habla del déficit moderado se hayo que 7,7% (2) pertenecen al sexo masculino, no presentándose ningún caso en el sexo femenino.

En lo concerniente al indicador T/E se encontró que el 65,4% (17) se situaba en el rango nutricional de zona critica, correspondiendo el 42,3% (11) al sexo femenino y el 23,1% (6) al sexo masculino. Para el estado nutricional normal se tiene que 11,5% (3) pertenecía al sexo femenino y 3,8% (1) al sexo masculino, arrojando un total de 15,4% (4) para este rango nutricional. En el déficit nutricional leve se encontró que 15,4% (4), correspondiéndose un 11,5% (3) al sexo masculino y 3,8% (1) al sexo femenino. En cuanto al déficit nutricional moderado se encontró un único caso de 3,8% (1) para el sexo masculino.

Todos los datos anteriormente expuestos, fueron obtenidos mediante las tablas de medidas antropométricas publicadas por Organización Mundial de la Salud (OMS).

Con respecto a las características clínicas del cabello asociadas al estado nutricional de los niños muestreados, se encontró que en 46% (12) el estado del cabello era normal, 31% (08) presentaba fácil desprendimiento de este (quebradizo), 15,4% (04) presentaba la característica rojizo y por ultimo 8% (2) mostro la modalidad en forma de bandera (negruzco en la punta, rojizo en el medio y claro o amarillento en la base).

En cuanto a las características de la piel, se tiene que 84% (22) presentaba particulares normales y 16% (4) cursaba episodios de aspereza y de alteración en la pigmentación, atribuyéndose un 8% (2) para cada signo.

El 81% (21) de las madres encuestadas afirmo controlar su embarazo, mientras que el 19% (5) restante negó dicho antecedente.

De la población estudiada un 84% (22) presento un eso al nacer superior a 2500grs, ubicándose el 61% (16) en el sexo femenino y el 23% (06) en el sexo

masculino, a diferencia de esto 12% (03) de estos niños presento un peso al nacer inferior a 2500grs; 8% (2) perteneciente al sexo masculino y 4% (1) al sexo femenino, con un peso al nacer igual a 2500grs se encontró un único caso que representa 4%.

De acuerdo a la historia alimentaria de la población estudiada se tiene que 54% (14) tuvo una lactancia materna exclusiva posicionándose en los diferentes grupos de edad de la siguiente manera; 0 a 2 meses 8% (2), de 3 a 4 meses 19% (5) y de 5 a 6 meses 27% (7);

De la misma forma para el 34,5% (9) la lactancia fue de tipo combinada presentándose 11,5% (3) de 0 a 2 meses, 19% (5) de 3 a 4 meses mientras que para el grupo de edad de 5 a 6 meses fue de solo y 4% encontrándose un único caso; con respecto a la alimentación tipo formula se obtuvo 11,5% (3) ubicado en el grupo de 0 a 2 meses.

Según el cumplimiento del esquema ampliado de inmunización de acuerdo a la edad, se obtuvo que 96% (25) cuenta con esquema incompleto, mientras que solo el 4% (1) se encuentra solvente.

En lo referente a la asistencia a consulta por control de niños sanos el 65% (17) de las madres afirmo cumplirlo, de manera contraria el 35% (9) manifiesto no haber recibido dicho control, cabe destacar que estos resultados contradicen lo expresado en el párrafo anterior, ya que comparativamente muestran discrepancias absolutas con respecto a la cantidad de niños que recibieron control de niños sanos (65%) y los que presentan esquema de inmunización incompleto (96%).

De acuerdo a los estratos socioeconómicos según el Método Graffar Modificado, el mayor número de niños estudiados, representados en 15 de ellos

(58%) pertenecen al estrato IV; seguido de 6 niños (23%) en estrato V; y 5 niños en estrato III para el 19%.

Tabla 1

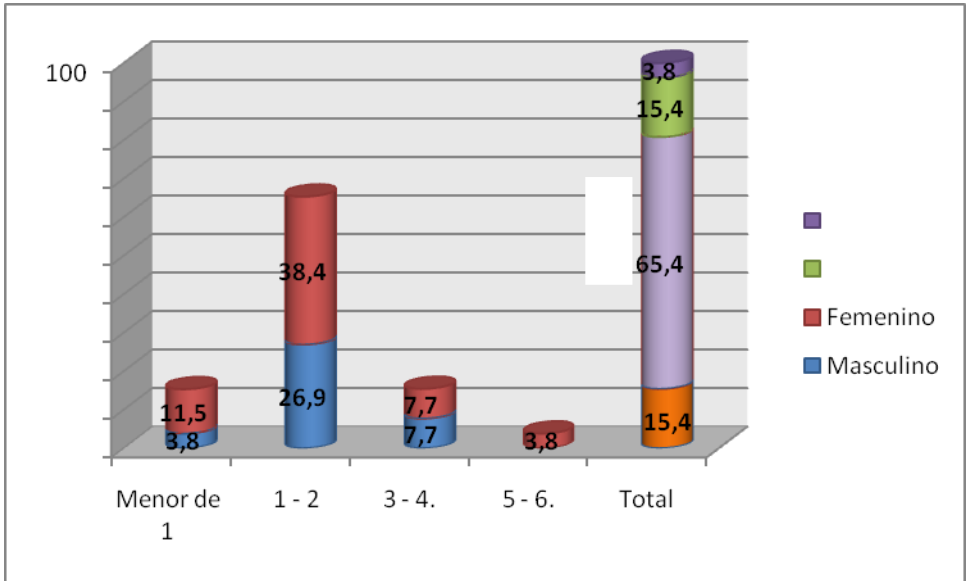
NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN EDAD Y SEXO. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR,

ENERO - MARZO 2009.

Grupos de Edades	Sexo	Masculino	Femenino		Total	
en años	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 1	1	3,8	3	11,5	4	15,4
1 - 2	7	26,9	10	38,4	17	65,4
3 - 4	2	7,7	2	7,7	4	15,4
5 - 6	0	0,0	1	3,8	1	3,8
Total	10	38,4	16	61,6	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN EDAD Y SEXO



De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio 65,4% (17) de la población se ubica en la clasificación de edad ≥ 1 años a 2 años, correspondiendo para el sexo femenino el 38,4% (10), mientras que el sexo masculino se ubica en 26,9% (7). Seguidamente se encuentran los grupos de edades < 1 años y de 3 a 4 años con 15,4% (4) para cada rango; perteneciendo a la primera de estas 11,5% (3) para el sexo femenino y 3,8% (1) para el masculino, continuamente 7,7% (2) para el sexo femenino y masculino.

Tabla 2

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y GRUPO ETAREO DE ACUERDO AL INDICADOR PESO/TALLA. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR,

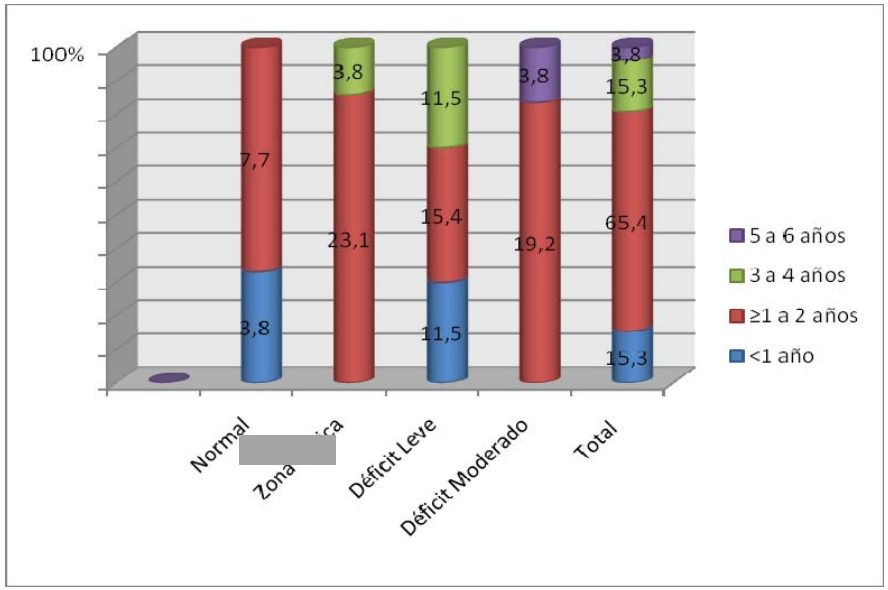
ENERO-MARZO 2009.

Grupo etareo.

Estado	Menor de 1		1 - 2		3 - 4		5 - 6		Total	
Nutricional	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	1	3,8	2	7,7	0	0,0	0	0,0	3	11,5
Zona Critica	0	0,0	6	23,1	1	3,8	0	0,0	7	26,9
Déficit Leve	3	11,5	4	15,4	3	11,5	0	0,0	10	38,5
Déficit Moderado	0	0,0	5	19,2	0	0,0	1	3,8	6	23,1
Total	4	15,3	17	65,4	4	15,3	1	3,8	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y GRUPO ETAREO DE ACUERDO AL INDICADOR PESO/TALLA.



Según el indicador P/T del 100% de la población objeto de estudio 38% se ubica en déficit leve con respecto al estado nutricional, mientras que 27% corresponde al nivel de zona critica que es el indicador que precede la desnutrición por déficit; por ser estas variables de gran importancia deben ser observadas con mucho interés ya que constituyen un signo de alarma que atenta contra la salud infantil.

Tabla 3

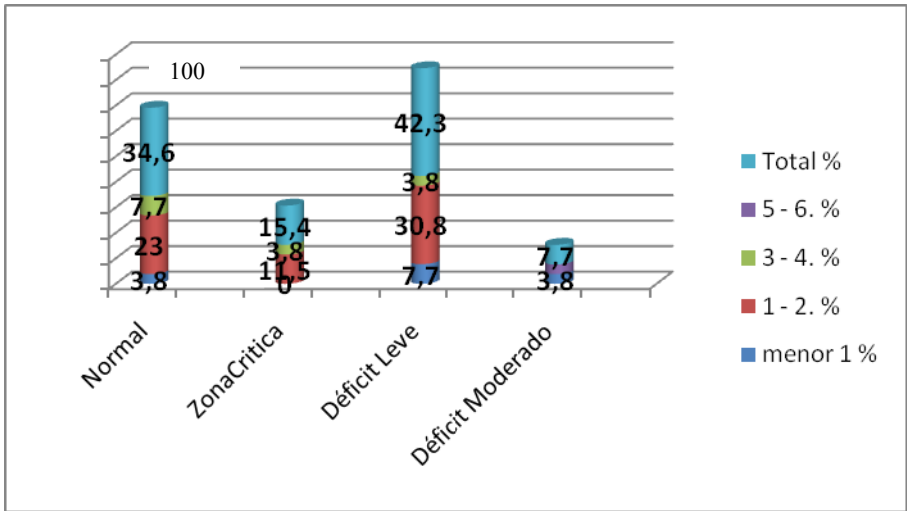
NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y GRUPO ETAREO DE ACUERDO AL INDICADOR PESO/EDAD. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR,

ENERO-MARZO 2009

Estado Nutricional	Grupo etareo									
	Menor de 1		1 - 2		3 - 4		5 - 6		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	1	3,8	6	23	2	7,7	0	0,0	9	34,6
ZonaCritica	0	0,0	3	11,5	1	3,8	0	0,0	4	15,4
Déficit Leve	3	7,7	8	30,8	1	3,8	0	0,0	11	42,3
Déficit Moderado	1	3,8	0	0,0	0	0,0	1	3,8	2	7,7
Total	5	15,3	17	65,3	4	15,3	1	3,8	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y GRUPO ETAREO DE ACUERDO AL INDICADOR PESO/EDAD.



De acuerdo con el indicador P/E el 42% de la población estudiada se ubica en déficit nutricional leve, este se continua en

Estado Nutricional	Grupo etareo									
	Menor de 1		1 - 2		3 - 4		5 - 6		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	3	11,5	0	0,0	0	0,0	1	3,8	4	15,4
ZonaCritica	6	23,1	3	11,5	8	30,8	0	0,0	17	65,4
Déficit Leve	1	3,8	1	3,8	2	7,7	0	0,0	4	15,4
Déficit Moderado	1	3,8	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	3,8
Total	11	42,2	4	15,3	10	38,5	2	3,8	26	100,0

función de importancia con 8% de déficit nutricional moderado, que si bien no es un resultado significativo con respecto a la población objeto de estudio, es una cifra que se debe tomar en consideración, puesto que ningún infante merece padecer de una alteración nutricional, bien sea por déficit en este caso o por exceso que no es tocado en este estudio.

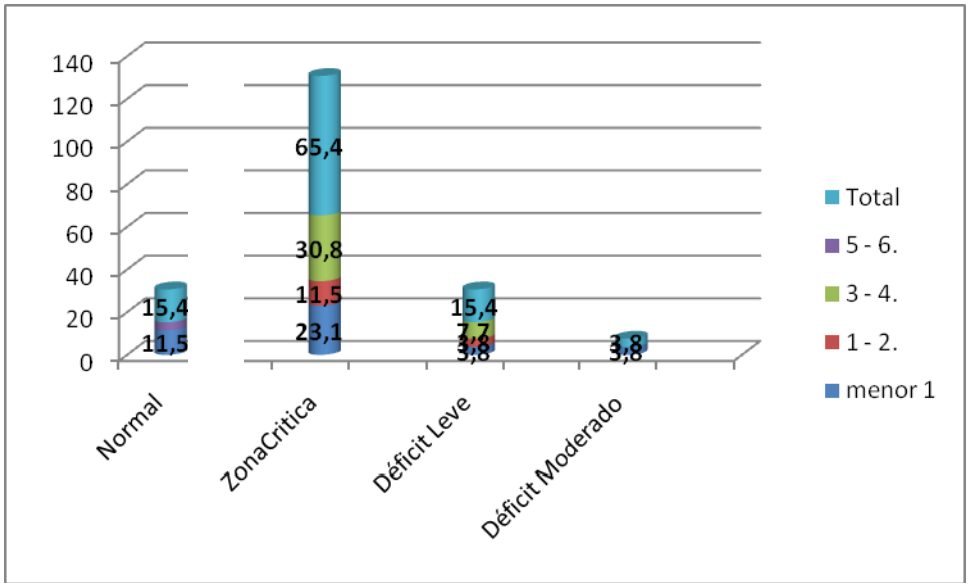
Tabla 4

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y GRUPO ETAREO DE ACUERDO AL INDICADOR TALLA/EDAD. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR,

ENERO – MARZO 2009.

Fuente: Protocolo de Estudio

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y GRUPO ETAREO DE ACUERDO AL INDICADOR TALLA/EDAD.



El Indicador T/E refleja entre otras cosas las secuelas que deja la desnutrición infantil; conforme a los resultados obtenidos el 65,4 % de la población se ubica en zona critica, seguido de déficit leve con 15,4% de la población; estos resultados arrojan cifras importantes de ni niños que se encuentran en peligro de padecer las consecuencias de la desnutrición por déficit

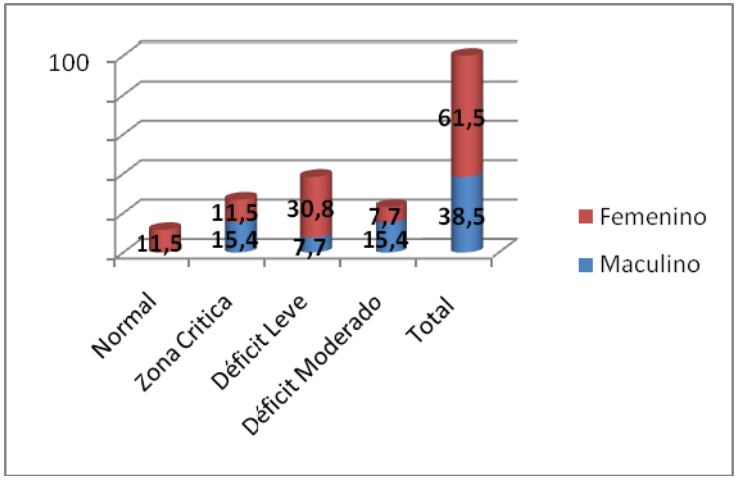
Tabla 5

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO DE ACUERDO AL INDICADOR PESO/TALLA. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO – MARZO 2009.

Estado Nutricional	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	0	0,0	3	11,5	3	11,5
Zona Critica	4	15,4	3	11,5	7	26,9
Déficit Leve	2	7,7	8	30,8	10	38,5
Déficit Moderado	4	15,4	2	7,7	6	23,1
Total	10	38,5	16	61,5	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO DE ACUERDO AL INDICADOR PESO/TALLA.



De acuerdo con el indicador P/T según el sexo, el más afectado es el femenino con 61,5%, continuándose con 38,5% el masculino. Esto permite asegurar que la población más propensa a sufrir un desorden nutricional por déficit es la perteneciente al sexo femenino

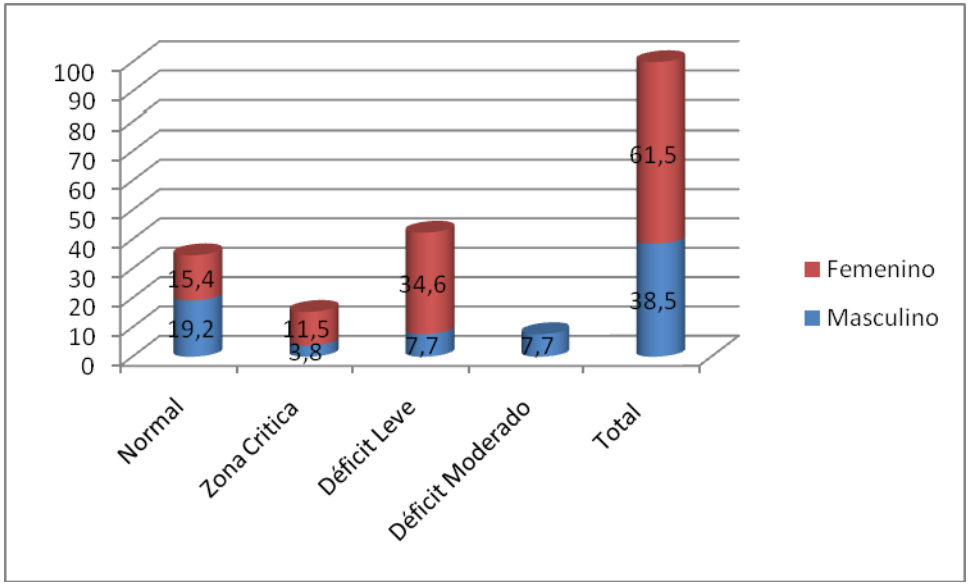
Tabla 6

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO DE ACUERDO AL INDICADOR PESO/EDAD. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009.

Estado Nutricional	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	5	19,2	4	15,4	9	34,6
Zona Critica	1	3,8	3	11,5	4	15,4
Déficit Leve	2	7,7	9	34,6	11	42,3
Déficit Moderado	2	7,7	0	0,0	2	7,7
Total	10	38,5	16	61,5	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO DE ACUERDO AL INDICADOR PESO/EDAD.



De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación el 34,6 de las niñas estudiadas se ubican en rango de déficit leve, mientras que solo el 7,7 corresponden a esta clasificación, ubicándose ambos sexos con un total de 42,3%; seguidamente se sitúa el déficit moderado con 7,7% para sexo masculino; en la zona critica se encuentra 11,5% para el sexo femenino y 3,8% para el masculino constituyendo 15,4% para este ítem; se evidencia que el sexo femenino predomina al relacionarse el estado nutricional con el indicador P/E, sin embargo es el sexo masculino quien se sitúa en mayor peligro con 7,7% de los casos de déficit nutricional moderado.

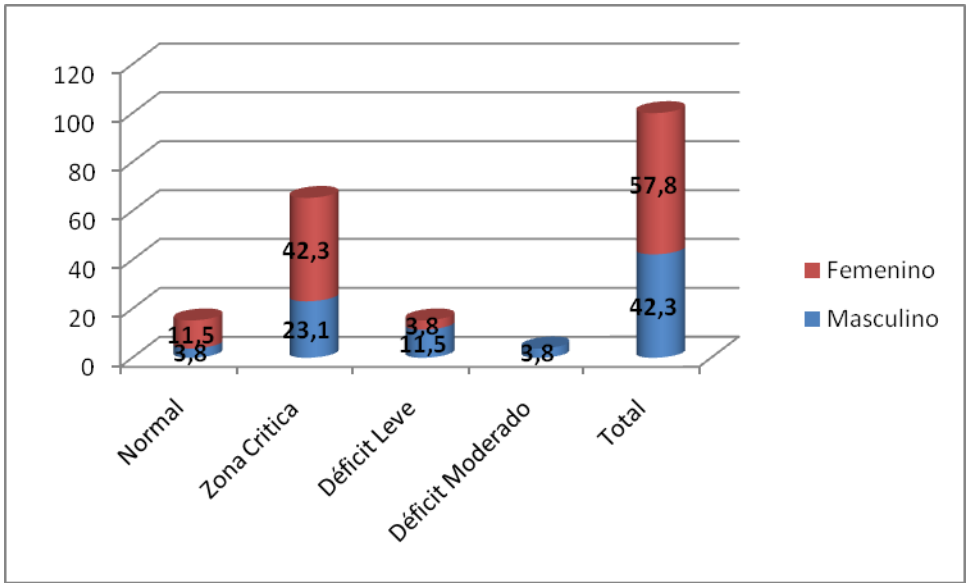
Tabla 7

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO DE ACUERDO AL INDICADOR TALLA/EDAD. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR ENERO - MARZO 2009.

Estado Nutricional	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	1	3,8	3	11,5	4	15,4
Zona Critica	6	23,1	11	42,3	17	65,4
Déficit Leve	3	11,5	1	3,8	4	15,4
Déficit Moderado	1	3,8	0	0,0	1	3,8
Total	11	42,3	15	57,8	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO DE ACUERDO AL INDICADOR TALLA/EDAD.



Conforme al resultado obtenido en esta investigación se encuentra el predominio del sexo femenino con 57,8% de la población y el 42,3% corresponde al sexo masculino, con respecto al estado nutricional el 42,3% de las niñas investigadas se ubican en zona critica, mientras que los niños se sitúan con 23,1%, esto indica que l sexo mas propenso a sufrir enfermedades nutricionales por déficit es el sexo femenino.

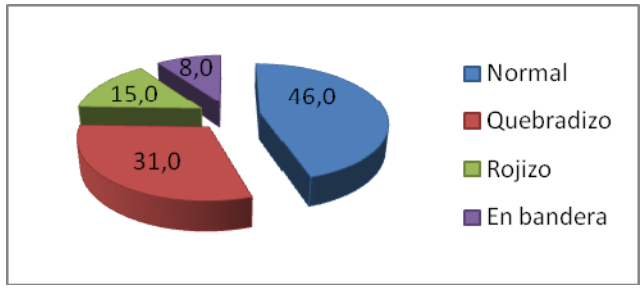
Tabla 8

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL CABELLO DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009.

Características clínicas del cabello	N°	%
Normal	12	46,0
Quebradizo	8	31,0
Rojizo	4	15,0
En bandera	2	8,0
Total	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL CABELLO



En función a las características clínicas que se encuentran relacionadas al estado nutricional de los niños estudiados y que vinculan a aquellos observados en el cabello, se encontró que un 46% no presenta ninguna alteración; mientras que en 31% de estos niños se hacia común el fácil desprendimiento del cabello (Quebradizo). En un porcentaje menos significativo, pero de gran importancia, tenemos que en 8% fueron los casos que presentaron la característica clínica en bandera, la cual constituye un signo que debe llamar la atención ya que solo se observa en estados de desnutrición avanzada.

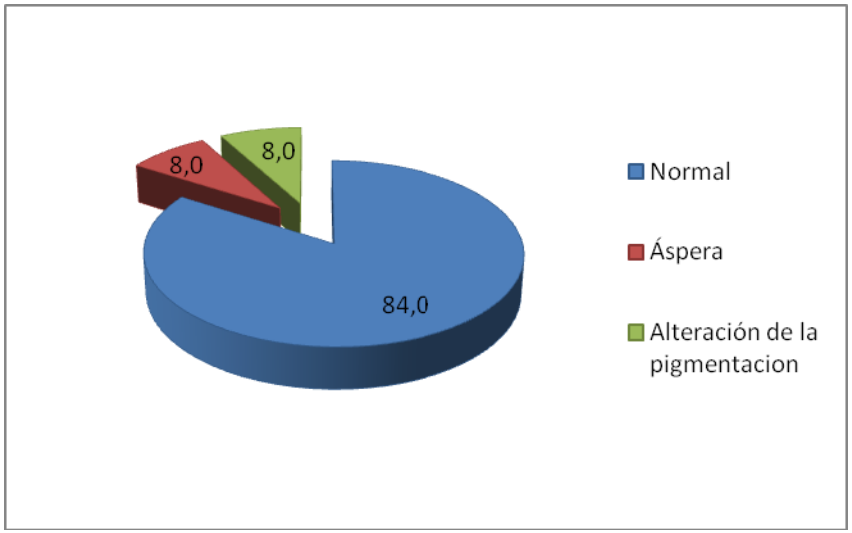
Tabla 9

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PIEL DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009.

Características clínicas de la piel	N°	%
Normal	22	84,0
Áspera	2	8,0
Alteración de la pigmentación	2	8,0
Total	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PIEL.



Conforme a las características clínicas observadas en la piel se encontró que en 84% de los niños el estado era normal; mientas que en igual proporción la alteración de la pigmentación y la piel en condición de aspereza estuvieron presentes en un 8% respectivamente.

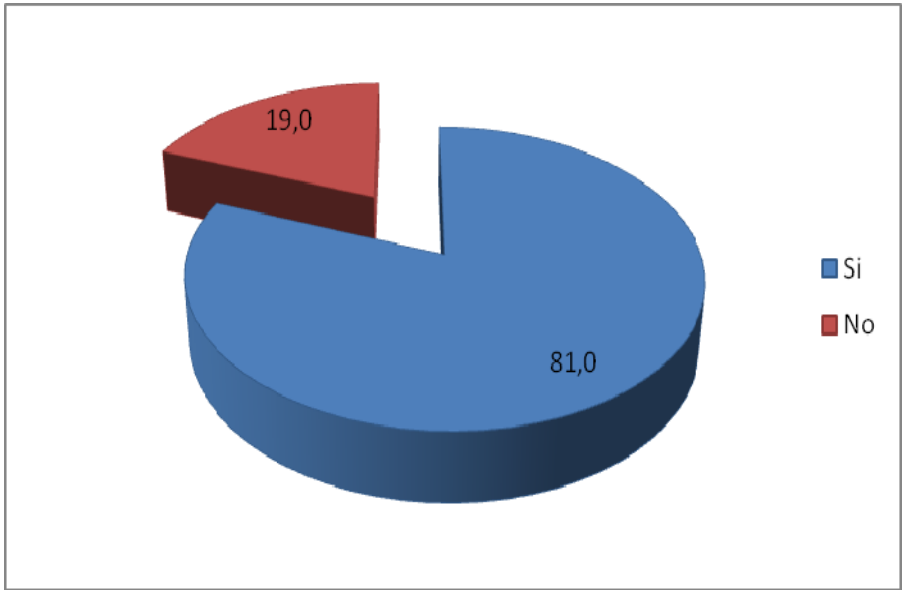
Tabla 10

ANTECEDENTES PERINATALES SEGÚN CONTROL PRENATAL DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009.

Control prenatal	N°	%
Si	21	81,0
No	5	19,0
Total	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

ANTECEDENTES PERINATALES SEGÚN CONTROL PRENATAL



Para el indicador de control prenatal de las madres de los niños que participaron en el estudio, se encuentra que con un significativo 81% estas controlaron su embarazo, tomando como referencia para determinar si un embarazo fue controlado o no, la asistencia a un mínimo de 6 consultas. En contra referencia y en un porcentaje no tan alto (19%) se ubica el grupo de las madres que no controlaron su embarazo, enfocándose hacia este grupo cual recomendación y educación preventiva

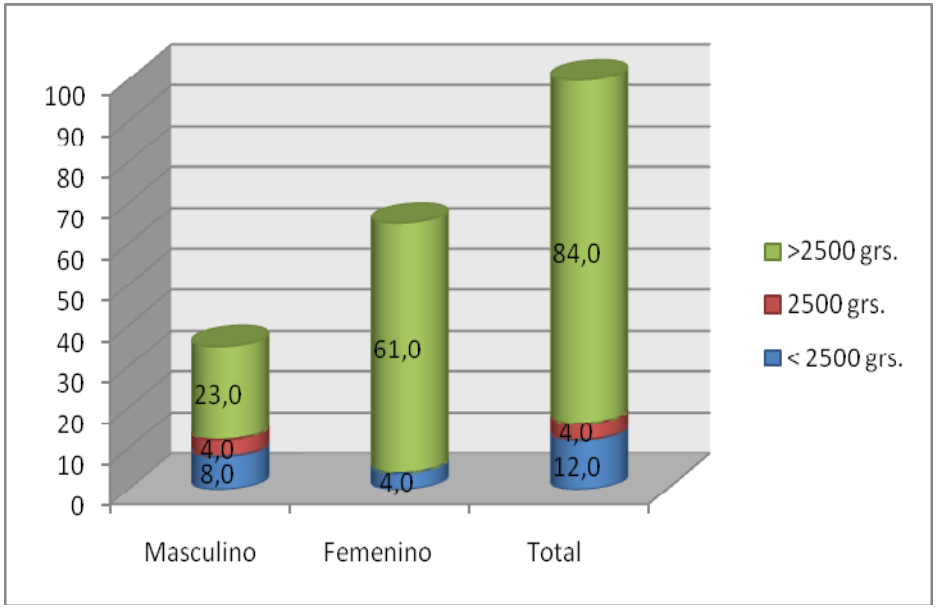
Tabla 11

ANTECEDENTES POSTNATALES SEGÚN SEXO DE ACUERDO AL PESO AL NACER DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009.

Peso al nacer	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mayor 2500 grs.	2	8,0	1	4,0	3	12,0
2500 grs.	1	4,0	0	0,0	1	4,0
Menor 2500 grs.	6	23,0	16	61,0	22	84,0
Total	11	42,3	15	57,8	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

ANTECEDENTES POSTNATALES



Conforme al indicador del peso al nacer se encontró que un 84% los niños tuvieron un peso superior a los 2500gr, mientras que en un 12% el peso de estos fue inferior a los 2500gr si se toma este indicador como signo clínico de importancia para evaluar el estado nutricional, se tiene que 12% no constituye un factor de relevancia, para afirmar que los niños estudiados padecían algún grado de desnutrición desde su nacimiento.

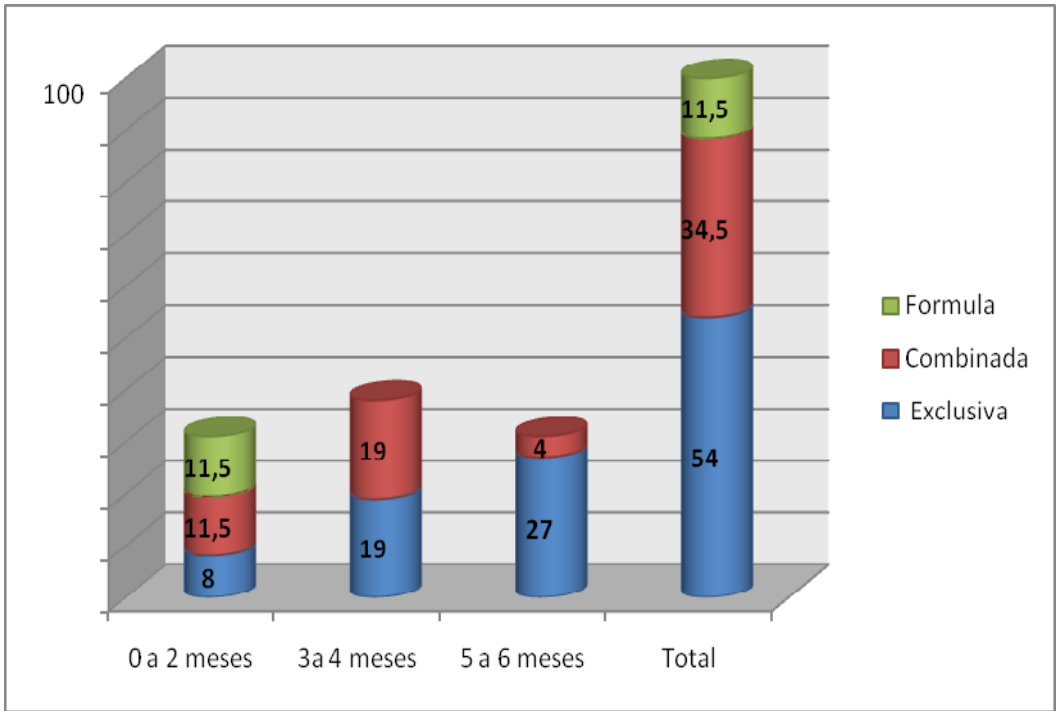
Tabla 12

ANTECEDENTES SEGÚN TIPO DE LACTANCIA DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009

Tipo de Lactancia	Edad en meses							
	0 a 2 meses		3 a 4 meses		5 a 6 meses		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Exclusiva	2	8,0	5	19,0	7	27,0	14	54%
Artificial	3	11,5	0	0,0	0	0,0	3	11,5
Mixta	3	11,5	5	19,0	1	4,0	9	34,5
Total	8	3,8	10	38,5	8	30,8	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

TIPO DE LACTANCIA SEGÚN EDAD EN MESES.



La adecuada alimentación es el aspecto mas relevante cuando se habla de desnutrición y mas importante aun es el tipo de alimentación recibida durante los primeros meses de vida, en esta investigación de acuerdo a los resultados obtenidos el 54% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva en las diferentes clasificaciones de edad que va desde 0 hasta 6 meses, seguido de la lactancia tipo combinada con 34,5 % en los distintos grupos de edad.

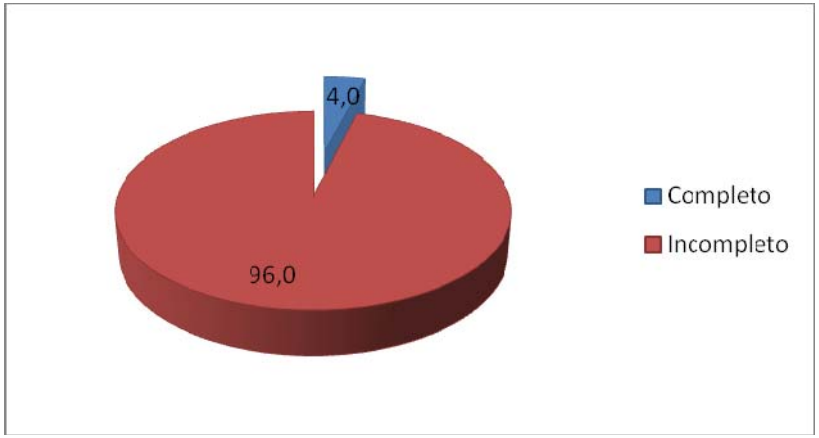
Tabla 13

ANTECEDENTES POSTNATALES SEGÚN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE INMUNIZACION DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009

Esquema de inmunización	N°	%
Completo	**1**	**4,0**
Incompleto	**25**	**96,0**
Total	**26**	**100,0**

Fuente: Protocolo de Estudio

ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS.



Según el cumplimiento del esquema de inmunización de acuerdo a la edad, del 100% de la población estudiada el 96% presenta un esquema incompleto mientras que el 4% restante cuenta con esquema completo de acuerdo a la edad, cifras que son d gran preocupación epidemiológica ya que estos niños son susceptibles a ser blanco de enfermedades inmunoprevenibles y que por desconocimiento o falta de información de sus representantes pueden llegar a ser inevitables.

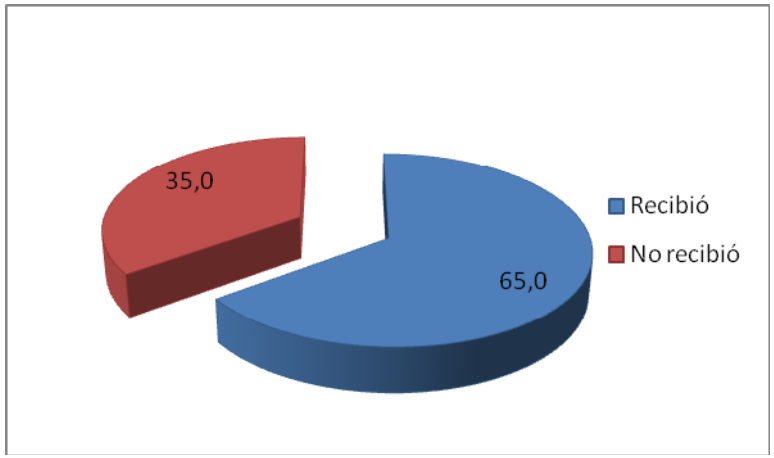
Tabla 14

ANTECEDENTES POSTNATALES SEGÚN LA ASISTENCIA A CONSULTA POR CONTROL DE NIÑOS SANOS DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009.

Control de niños sanos	N°	%
Recibió	17	65,0
No recibió	9	35,0
Total	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

CONSULTA POR CONTROL DE NIÑOS SANOS.



En referencia a la asistencia a consultas por control de niños sanos, se encontró que en un 65% los niños asistieron a consultas con su pediatra. Esta interrogante fue detallada ante las madres y estas fueron informadas con respecto a que estas consultas abarcaban episodios que no necesariamente antecedía alguna patología. Seguidamente se encontró que un 35% no recibió ningún tipo de consultas, a no ser que padecieran alguna enfermedad; y es en función de este grupo a quienes debe dirigirse educación sanitaria preventiva.

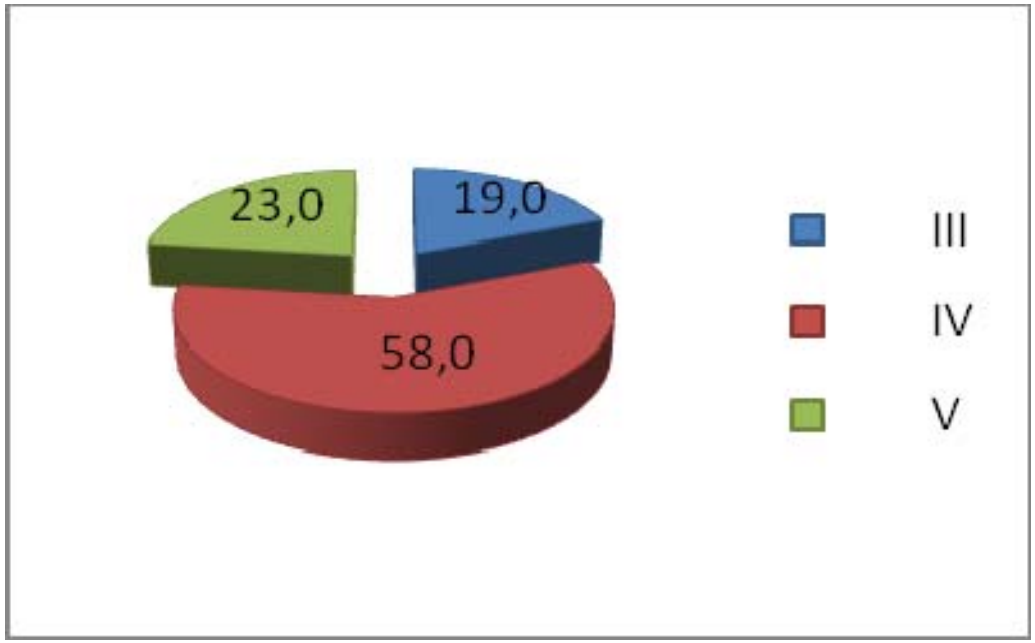
Tabla 15

ESTRATO SOCIOECONOMICO DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS. FUNDACRENSA, CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR, ENERO - MARZO 2009

Estrato Socioeconómico	N°	%
III	5	19,0
IV	15	58,0
V	6	23,0
Total	26	100,0

Fuente: Protocolo de Estudio

ESTRATO SOCIOECONÓMICO.



En conformidad con el estrato socioeconómico se encontró que un 58% de los niños estudiados pertenecían al estrato IV denominado como clase obrera y un 23% al estrato IV clase marginal de acuerdo al Método Graffar modificado por Méndez Castellanos. Estos son los estratos que representan una mayor carencia tanto en el acceso a la educación, como a la principal fuente de ingreso en el hogar y a las condiciones de alojamiento (salubridad en la vivienda). Esto pudiera vincularse al estado nutricional de los niños y constituye un signo de gran importancia a tomar en cuenta por los entes gubernamentales para solventar muchas de estas condiciones.

DISCUSIÓN

Los grupos más expuestos a la inseguridad alimentaria y nutricional, son los que figuran en cualquier lista de desposeídos. Las familias afectadas generalmente son aquellas más vulnerables y cercanas a la degradación del medio ambiente, que viven en malas condiciones sanitarias, de contaminación y superpoblación; cuando esto se asocia a la población infantil la vulnerabilidad se hace aun mayor (8).

Evidenciándose el hecho de que en los países en vías de desarrollo, la escasez de alimentos parece reflejarse rápidamente por cambios del patrón de crecimiento en los niños y que la desnutrición continua siendo un grave problema de salud pública, aunado a un incremento del nivel de pobreza debido al empeoramiento de las condiciones socioeconómicas a nivel mundial; se encontró que los 26 casos estudiados experimentan dichas carencias, resultando mayormente afectados los infantes de los nucleas familiares más desvalidos (36).

El grupo etáreo mas comprometido fue el ubicado en el rango de 1 a 2 años con un 65,4%(17 casos); este fue similar a un estudio realizado en Guatemala para el año 2005, donde se encontró un 69% (113 casos) para la misma clasificación. Al contrario de esto en un estudio realizado en Vargas para el mismo año se encontró con 41,67% (23 casos) ubicados en la escala de 2 a 6 años (41).

Este estudio refleja que un 61,5% (16 casos), se evidencia con más frecuencia para el sexo femenino; difiriendo de los resultados obtenidos en un estudio realizado en Delta Amacuro Venezuela para el año 2004 donde se concluyo que la mayor frecuencia se corresponde con el sexo masculino con un 54% (60 casos); del mismo modo para el año 2005 en un estudio realizado en Guatemala se confirmo el predominio del sexo masculino con un 57% (93 casos) (32,41).

De acuerdo a los indicadores P/T, P/E y T/E se encontró un 38,5% (10 casos), 42,3% (11 casos) y 15,4% (4 casos) respectivamente para el déficit nutricional leve; indicando de este modo que la curva de desnutrición va decreciendo desde el momento del ingreso y con el transcurso de los días; en concordancia con estos resultados para el año 2002 en un estudio realizado en caracas Venezuela se obtuvo que 68,4% (78 casos) presentaba un déficit nutricional leve. A diferencia de esto en un estudio realizado en Guatemala para el año 2005, se obtuvo que el indicador T/E arrojo el estado porcentual más alto correspondiendo al 50% (10 casos), mientras que para los indicadores P/T y P/E los resultados fueron de 25% (5 casos) y 35% (6 casos) correspondientemente (41).

Ser desnutrido y además de menor talla en relación a la dotación genética, implica que en edades tempranas el niño debió hacer adaptaciones que le permitieran sobrevivir ante situaciones carenciales, a costa de sacrificar parcialmente algunas funciones biológicas. Este retraso se asocia con mayor morbilidad, disminución de la actividad del desarrollo psicomotor, del rendimiento escolar y del funcionamiento socioemocional (40).

En función a las características clínicas observables en el cabello se encontró que un 46% (12 casos) de los niños estudiados presentaban una apariencia de tipo normal, a su vez 31% (8 casos) padecían de fácil desprendimiento del cabello, episodio que se ve vinculado a la presencia de algún grado de desnutrición. En concordancia con lo expuesto anteriormente se tiene que 15% (4 casos) de la muestra estudiada presento el cabello de color rojizo y 8% (2 casos) presento la modalidad de en bandera; siendo esta la característica más agresiva que pueda observarse en el cabello y que indica la presencia de una desnutrición severa que afortunadamente para este caso se relaciona a un proceso de paulatina recuperación (40)

De acuerdo a las características de la piel de los niños muestreados se encontró que el 84% (22 casos) de estos presenta una piel de textura y apariencia normal; a su vez se encontró un 8% (2 casos) que se corresponde a cada uno de los casos, manifestándose la característica de piel áspera y alteración de la pigmentación.

Al hablar de control prenatal se tiene que el 81% (21 casos) de las madres encuestadas afirmo mantener un embarazo controlado, actitud que contribuye al desarrollo y crecimiento sano de la vida que está por venir.

En el indicador peso al nacer se obtuvo que un 84% (22 casos) presento un peso superior a los 2500grs. Un 12% (3 casos) estuvo por debajo de los 2500 gr, y un 4% (1 caso) tuvo un peso igual a 2500 gramos. En similitud a estos resultados se tiene que para el año 1991 en una investigación realizada en chile, se concluyo que en una proporción bastante elevada en relación a la población objeto de estudio, presento un peso al nacer superior a los 2500 gramos (42).

En lo que respecta a la historia alimentaria del niño se tiene que posterior al nacimiento la principal fuente de nutrientes, vitaminas y minerales se corresponde con la lactancia materna exclusiva, por lo menos durante los primeros seis meses de vida; es por esto y que habiendo obtenido un resultado de 54% (14 casos) para esta práctica, no cabe vinculación alguna que permita relacionar la malnutrición por déficit con la ausencia de esta destreza. Contrario a esto se tiene que en una investigación llevado a cabo en caracas Venezuela para el año 2001 se encontró que un 65% (137 casos) alimentaba a sus hijos combinando la leche materna con algún tipo de formula, y solo un 16% (34 casos) afirmo mantener una lactancia materna de manera exclusiva (40).

La inmunización es de suma importancia porque ayuda al organismo a generar los anticuerpos necesarios para protegerlo de futuros contactos infecciosos. Por tal

motivo, se debe considerar que alguna de las enfermedades inmuno prevenibles son más graves cuando ocurren en la edad adulta, siendo de vital importancia la cobertura del programa de inmunización durante el crecimiento. En este estudio se encontró cifras alarmantes con respecto a la cobertura de inmunización, habiendo un 96% (25 casos) de los infantes estudiados que no tenían su esquema de vacunación cumplido según su edad.

De acuerdo al estrato socioeconómico encontrado en la investigación, se tiene que el mayor número de niños estudiados se ubico en el estrato IV con un 58% (15 casos), siguiendo el estrato V con 23% (6 casos) y el estrato III con 19% (5 casos); en concordancia con lo expuesto anteriormente se tiene que en un estudio realizado en el Lara - Venezuela en el año 2002, se obtuvo que el 52,9% (37 casos) se ubicaba en el estrato IV, mientras que los estratos III y V se mantenían con un 40% (28 casos) y 7,1% (5 casos) respectivamente (6).

La desnutrición es uno de los problemas más devastadores con que se enfrenta la mayoría de la población pobre del mundo. El objetivo de la erradicación de la desnutrición y del sufrimiento humano que los acompaña está al alcance de la humanidad y sin embargo sigue representando un desafío, por lo que para hacer frente a este reto se hace necesario la acción concertada por parte de todos los interesados: gobiernos, organizaciones no gubernamentales, comunidades locales, el sector privado, la comunidad internacional y las organizaciones internacionales. Las consecuencias de la desnutrición y demás enfermedades nutricionales son variadas y tienen una gran importancia para l bienestar humano y para el desarrollo socioeconómico.

CONCLUSIONES

De los 26 casos muestreados en el estudio de las características epidemiológica de los niños atendidos en FUNDACRENSA menores de 6 años, se pudo observar que todos recibían leche fortificada en el centro de salud, el 61,5% de los niños desnutridos pertenecían al sexo femenino y el mayor número de desnutridos se ubicaba en la franja correspondiente a los mayores de 1 a 2 años de edad.

De acuerdo a la OMS el indicador P/E resulta el mas idóneo al momento de realizar un diagnostico nutricional fiable.

La desnutrición primaria es el resultado de una situación de múltiples carencias, que no hay un niño desnutrido en nuestro país cuya causa sea sólo la falta de alimentos y que un adecuado aporte de nutrientes es necesario, pero no suficiente para garantizar su crecimiento normal.

Los niños desnutridos, con baja talla o con deficiencias de micronutrientes, tienen mayor riesgo de resultar con mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y con menor capacidad intelectual y laboral.

A los niños que presentaron desnutrición no se les realizo análisis sanguíneos que permitieran establecer una relación entre la desnutrición y los valores séricos.

RECOMENDACIONES

Educar a la familia para la adecuada alimentación de todos sus miembros, teniendo en cuenta las necesidades de la edad de cada uno.

Promover la realización de evaluaciones integrales de los niños en las escuelas, barrios y centros asistenciales, que incluyan medidas antropométricas y ampliarlos a parámetros bioquímicos, hematológicos de acuerdo a criterio medico y las necesidades de ellos para establecer un correcto diagnostico nutricional.

Realizar un trabajo de determinación del grado de desnutrición, basándose en otros parámetros como exámenes de laboratorio, que permitan a su vez determinar otras patologías como anemias severas, u otras mencionadas en el presente trabajo, que por lo observado podrían manifestarse en un alto porcentaje.

La valoración médica regular de los niños y niñas, ayudaría a evitar grados severos de desnutrición.

En la práctica el desayuno escolar es de bastante apoyo para estos niños, habría que buscar la posibilidad de realizarlo todos los días en vez de tres veces por semana.

Podrían llevarse a cabo programas de desparasitación y de suplemento de vitaminas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sfeir-B., R. y Aguayo-A., M. 2000. Desnutrición en niños menores de cinco años. Rev. Inst. Med. Sucre. **116:** 43-53.

2. De Onis, M., Fiongillo, E., Blossner, M. 2000. ¿Esta disminuyendo la malnutrición? Análisis de la evolución del nivel de malnutrición infantil desde 1980. Bulletin of the Worl Helth organization. **78** (10): 1222-1233.

3. Ávila-C., A., Shamat, T., Barragán, L., Chávez, A., Ávila, M., Juárez, L. 2004. Índice epidemiológico de nutrición infantil basado en un modelo polinomial de los valores de puntuación Z del peso para la edad. ALAN. **54** (1): 50-57.

4. Oviedo-C., G., Morón-A., R., Solano-R., L. 2001. Estado nutricional en niños de 1 a 7 años en una población suburbana de Valencia. An Venez Nutr. **14** (2): 70-74.

5. Alvarado, B., Tabares, R., Delisle, H., Zunzunegui, M. 2005. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. ALAN. **55** (1): 55-63.

6. Torres-V., M., Dellan-R., G., Papale-C., J., Rodríguez, D., Mendoza, N., Berne, Y. 2007. Estratificación social y antropometría nutricional en menores de 15 años. La Escalera, estado Lara, Venezuela 2002. Invest. Clin. **48** (3): 327-340.

7. Solano, L., Barón, M., Del Real, S. 2005. Situación nutricional de preescolares, escolares, y adolescentes de Valencia, Carabobo, Venezuela. An Venez Nutr. **18** (1): 72-76.

8. García-L., M. 2005. Desnutrición ¿Por qué existe? An Venez Nutr. **18** (1): 69-71.

9. Hernández-H., R., Pérez-G., A., Herrera-M., H. y Hernández., Y. 2007. Estado nutricional de niños en colegios privados y en zonas suburbanas de los Municipios Baruta y el Hatillo de Caracas. An Venez Nutr. **20** (2): 65-70.

10. Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1995. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría (OMS, serie de informes técnicos Nº 854)

11. Instituto Nacional de estadística 2007. Medición de pobreza. Disponible: http://www.ine.gov.ve/pobreza/menupobreza.asp [Noviembre 2007].

12. Instituto Nacional de nutrición. Ministerio de salud y Desarrollo Social 2007. Informe del Componente Menor de 15 años, por Localidades, Parroquias y Municipios del año 2005 en el Estado Bolívar.

13. Abrego-L., I., Escalera-A., E., Escalera-A., J., Ayala-C., C., Rodríguez-C., M. 2003. Grado de desnutrición en niños de un centro educativo en la localidad de Trogas Cochabamba J. Bol Cien [Serie en línea] **11** (5) 40-47 Disponible: http://www.sap.org.ar/publicaciones/ediciones/alim_0a2.pdf [Noviembre 2007].

14. Soto, R., Barahona, F., Corrales, G., Maradiaga, A., O'Connor, G. 1991. Estado Nutricional en Niños Menores de Cinco Años y Algunos Factores Asociados Región Atlántica de Honduras. Rev. Med. Hond. **59** (4): 170-174.

15. Muzzo-B., S. 2003. Crecimiento normal y patológico del niño y del adolescente. Rev. Chil Nutr. **30** (2): 92-100.

16. Gómez, F., Ramos-G., R., Frenk, S., Muñoz, C., Chávez, R., Velásquez, J. 2000. Mortalidad Asociada a la malnutrición de segundo y tercer grado. Bulletin of the Worl Helth organization. **78** (10): 1275-1280.

17. Pérez, B. y Landaeta-J., M. 2002. Índice energía-proteína: relación con indicadores de la composición corporal en niños venezolanos**.** An Venez Nutr. **15** (1): 31-36.

18. Nareja, O., González-T., C., Betancourt, R., Ortiz-M., A. 2001. La desnutrición en México: revisión de los programas gubernamentales y los estudios diagnósticos de alcance nacional. Bol med Hosp. Infant Méx. **58** (2): 120-133.

19. Lama-R., A. 2001. Metodología para Valorar el estado Nutricional. An Esp Pediatr. **55** (3): 256-259.

20. Vásquez, E. y Romero-V., E. 2001. Valoración del estado de nutrición del niño en México. Parte I. Bol Med Hosp. Infant Méx. **58** (7): 476-490

21. Dini-G., E. y Arenas, O. 2002. Pruebas de laboratorio en niños con desnutrición aguda moderada. An Venez Nutr. **15** (2): 67-75.

22. Angarita, C., Machado, D., Morales, G., García, G., Arteaga, F., Silva, T., *et al.* 2001. estado nutricional, antropométrico, bioquímica y clínico en Preescolares de la comunidad rural de Canaguá. Estado Mérida. An Venez Nutr. **14** (2): 75-85.

23. Bejarano, I., Dipierri, J., Alfaro, E. Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. Arch. Argent. Pediatr. **103** (2): 101-109.

24. Curran, J. y Barness, L. 2001. Malnutrición. Vehrman, R. Kliegman, R. Jenson, H. Inc: Nelson Tratado de Pediatría. Tomo I. Edit. McGraw-Hill. 16ª ed. México, D.F. Cap. 42: 183-186.

25. Toussaint-M., G., Yahuitl-G., Y., Chavez-D., R., Garcia-A., J. 2002. comparación entre dos referencias antropométricas para evaluar el estado nutricional en niños hospitalizados. Bol Med Hosp. Infant Méx. **59** (9): 600-604.

26. Instituto Nacional de nutrición. Ministerio de salud y Desarrollo Social 2000. Valores de referencia de energía y nutrientes para la población Venezolana. Ed. Texto. Caracas, Venezuela 53: 13-19.

27. Zarzalejo, Z., García, M., Álvarez-M., L., Millán, A. 2001. Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbano marginal. An Venez Nutr. **14** (2): 60-69.

28. Instituto Nacional de Nutrición. Ministerio de salud y Desarrollo Social 2007. Manejo de niños y niñas con desnutrición grave fase aguda del tratamiento. Serie: manejo de niños o niñas con desnutrición grave manual de facilitadores para enfermeras y cuidadoras. Modulo 1. Caracas – Venezuela, 2007.

29. Mariño-E., M., Martínez-L., J., Aguaje, A. 2003. Recuperación nutricional de niños con desnutrición leve y moderada según dos modalidades de atención: seminternado y ambulatoria. ALAN. **53** (3): 258-266.

30. Castillo, J. y Zenteno, R. 2006. Valoración del Estado Nutricional, Julio - Diciembre 2004. Facultad de Nutrición Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública Universidad Veracruzana. México. Rev. Med UV. **4** (2): 193-8.

31. Berdasco, A. y Romero, J. 1996. Circunferencia del brazo como evaluadora del estado nutricional del adulto 1998. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López". Cuba. Rev. Cub. Aliment Nutr. **12** (2): 86-90.

32. Chumpitaz-C., D., Russo-D., A., Del Nogal, B., Case, C., Larez, M. 2006. Evaluación nutricional de la población infantil warao en la comunidad de Yakariyene, estado Delta Amacuro, agosto - octubre 2004. AVFT. **25** (1): 26-31. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07980264200600 0100004& lng=pt&nrm=iso>.ISSN 0798-0264 [Enero 2008].

33. Amaya-C., D., Viloria-C., H., Ortega, P., Gómez, G., Urrieta, J., Lobo, P., *et al.* 2002. Deficiencia de Vitamina A y Estado Nutricional Antropométrico en niños Marginales Urbanos y Rurales en el Estado Zulia, Venezuela. Invest. clín. **43** (2): 89-106.

34. Leiva-P., B., Inzunza-B., N., Pérez-T., H., Castro-G., V., Jansana-M., J., Doro-D., T., *et al.* 2001. Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar. ALAN. [Serie en línea]. **51** (1): 64-71 Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222001000100009 &lng=es&nrm=iso>.ISSN0004-0622 [Noviembre 2007].

35. Vásquez, E., Romero, E., Nápoles, F., Nuño, M., Padilla, N. 2002. Interpretación de índices antropométricos en niños de Arandas, Jalisco, México. Salud Pública Mex. **44** (2): 92-99.

36. Acevedo, E., Sanabria, M., Delgadillo, J., Castillo, C. 2004. Kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor en niños hospitalizados. Pediatr. [Serie en línea]. **31** (1): 16-22.
Disponible:http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=397127&indexSearch=ID [Diciembre 2007].

37. Rojas, C., Flores, R., Céspedes, R. 2007. Resultados de un programa de seguridad alimentaria en la reducción de la desnutrición crónica y sus factores causales en niños peruanos. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. **24** (2):111-120.

38. Alvarado, B., Tabares, R., Delisle, H., Zunzunegui, M. 2005. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. ALAN. [Serie en línea]. **55** (1): 55-63. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00040622200500 0100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0004-0622 [Diciembre 2007].

39. Peraza, Z., Rodríguez, C., Sánchez, A., Zouehid, Y., Solmar, M., Sánchez, K., *et al.* 2007. Características Epidemiológicas y Clínicas en Pacientes Desnutridos Menores de 10 Años Errata. An Venez Nutr. **9** (7): 29-36.

40. Henríquez-P., G., Rached-P., I., Sánchez., A. y Montilla., M. 2003. Evaluación Nutricional: Antropometría vs. Clínica. An Venez Nutr. **16** (2): 61-67.

41. Velásquez, A., Pérez, O., Álvarez, M., Reíd, C. 2005. Comportamiento de la desnutrición infantil en el Hospital de San Pedro Necta desde Enero - Abril 2005. Pediatr. **2** (8): 22-41.

42. Álvarez, M., Concha, X., Elordi, M., Lamilla, C., Ramos, C., Pérez, P. 1991. Desnutrición Infantil, coeficiente de desarrollo y su relación con el medio ambiente: un estudio piloto. Rev. De Saúde Publica. **25** (4): 32-56.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Virgilio Batisttini Casalta"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

METODO GRAFFAR MODIFICADO POR MENDEZ CASTELLANO

Lea cuidadosamente y encierre en círculo la opción que se adapte a la situación en la que encuentra, tomando en cuenta una sola opción para cada pregunta.

Nombre y Apellido (Del niño) : _____

- **Profesión del jefe de familia**

1. Profesión universitaria.
2. Profesión técnica superior o medianos comerciantes o productores.
3. Empleados sin profesión universitaria o con técnico inferior, pequeños comerciantes o productores.
4. Obrero especializado.
5. Obrero no especializado.

- **Nivel de instrucción de la madre**

1. Enseñanza universitaria o su equivalente.
2. Enseñanza secundaria completa o técnica superior completa.
3. Enseñanza secundaria incompleta.
4. Educación primaria o alfabeto.
5. Analfabeta.

- **Principal fuente de ingreso de la familia**

1. Fortunas heredadas o adquiridas.
2. Ganancia, beneficio y honorarios profesionales.
3. Salario mensual.
4. Sueldo a destajo.
5. Donaciones de origen público y privado.

❖ **Condiciones de alojamiento (casa, vivienda)**

1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambiente de grandes lujos y grandes espacios. (Mansiones, pen house, residencia elegantes, quintas muy lujosas y amplias).
2. Viviendas con optimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo sin exceso y suficiente espacio con jardines (apartamento, casa con todos los servicios básicos).
3. Viviendas en buenas condiciones sanitarias en espacios no tan amplios como los anteriores (zonas residenciales, urbanizaciones, industriales).
4. Vivienda con ambiente y espacio reducido con deficiencias en las condiciones sanitarias (no pasa el aseo, no hay luz, no hay agua, etc).
5. Rancho o vivienda con espacio insuficiente y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas (invasiones).

Método Graffar modificado.

Resultado

1.- Profesión del jefe de familia ( )

2.- Nivel de instrucción de la madre ( )

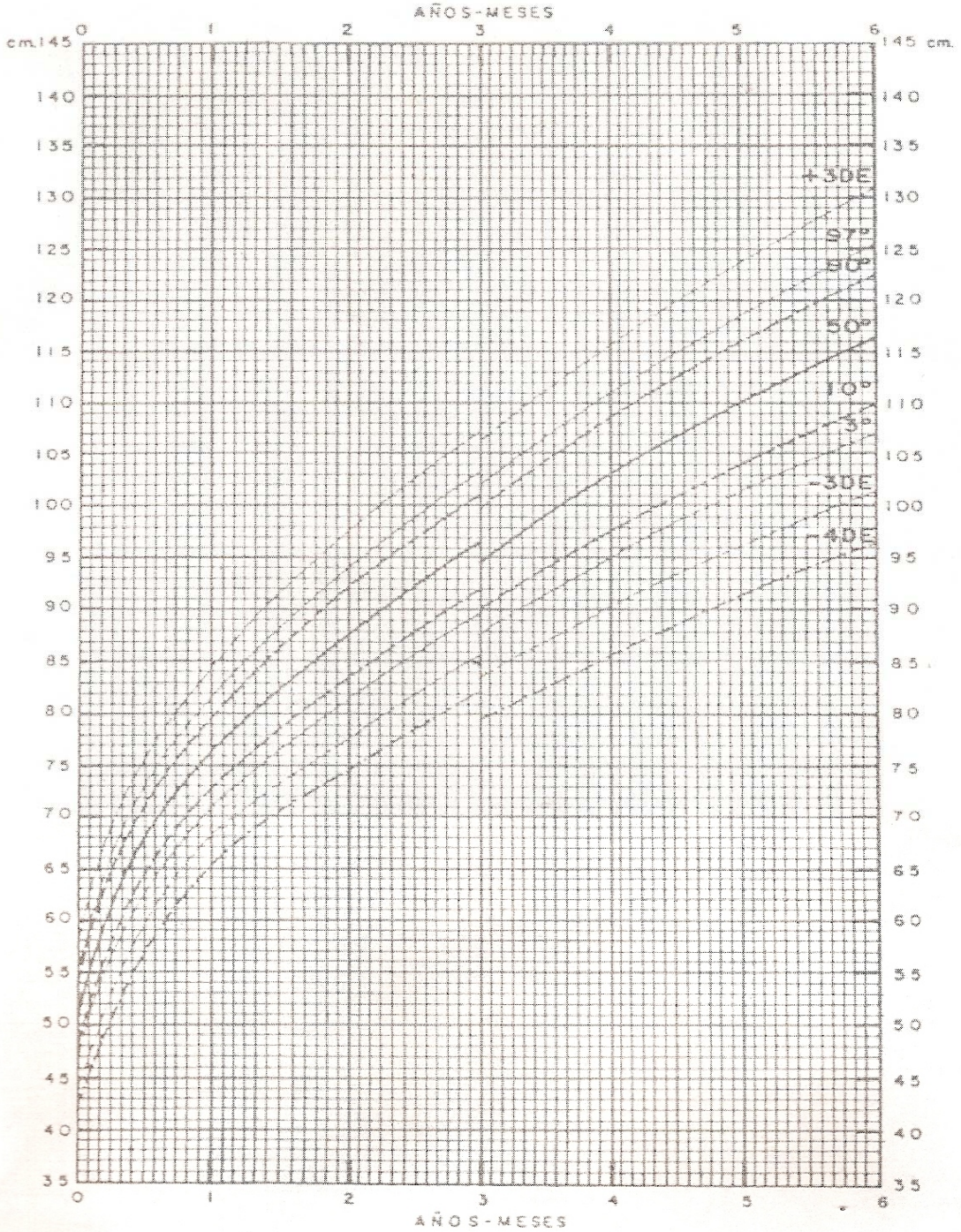
3.- Principal fuente de ingreso de la familia ( )

4.- Condiciones de alojamiento (casa, vivienda) ( )

( )

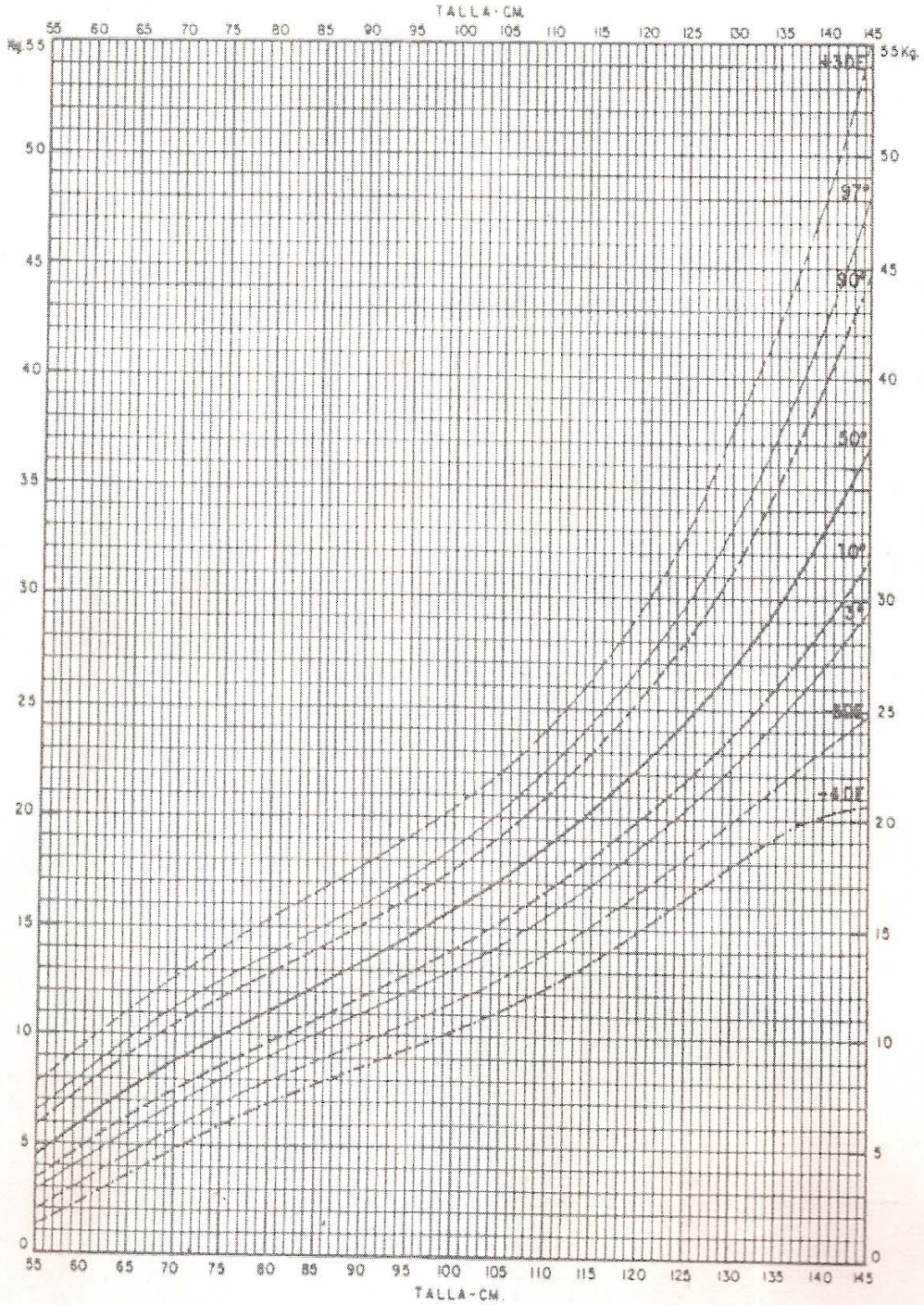
PUNTAJE		**ESTRATO**
DENOMINACION		
4, 5, 6	I	Estrato alto
7, 8,9	II	Estrato medio alto
10, 11, 12	III	Estrato medio bajo
13,14, 15, 16	IV	Estrato Obrero
17, 18, 19, 20	V	Estrato marginal

TALLA-EDAD EN NIÑOS DE 0 a 6 AÑOS



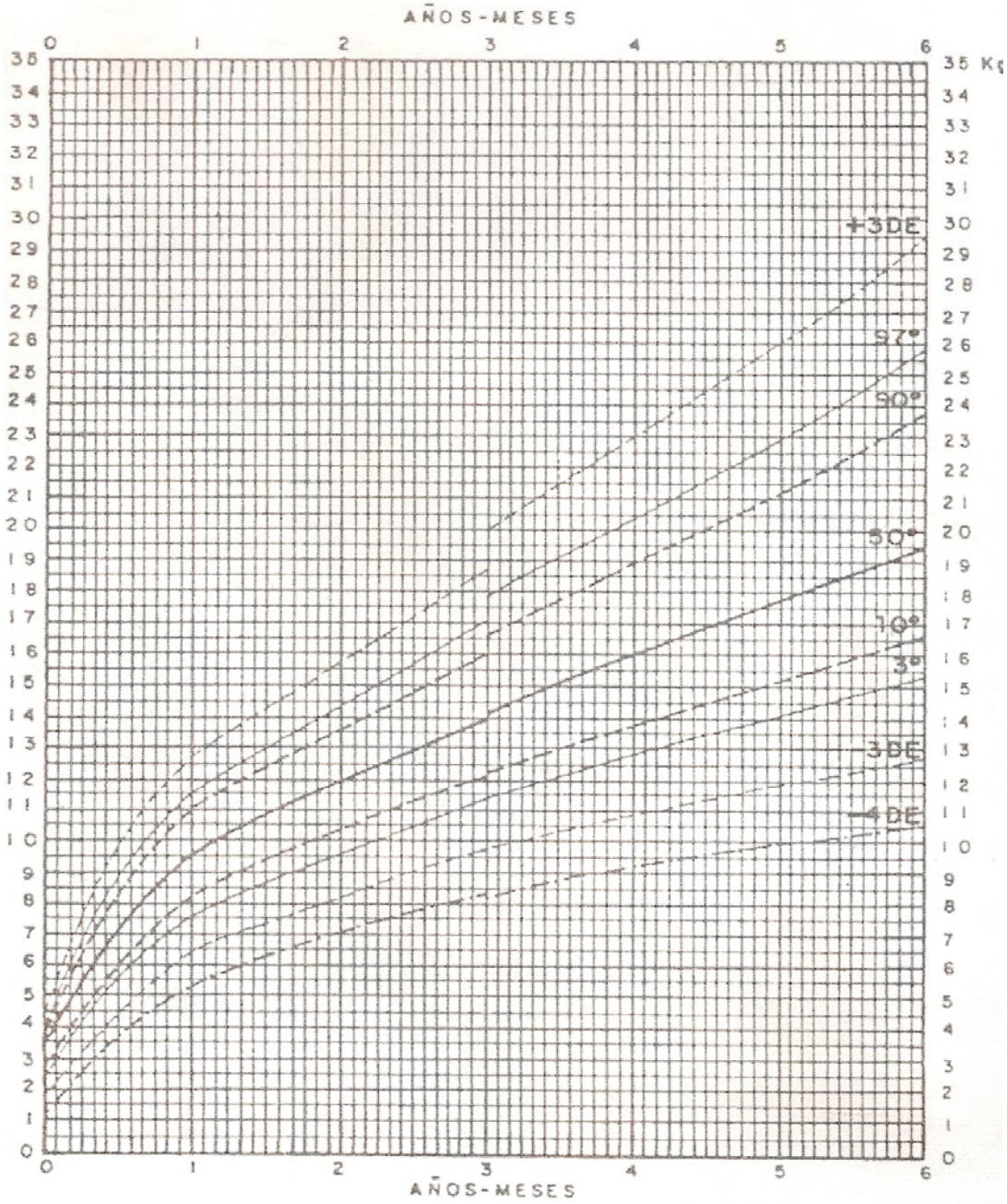
FUENTE : VALORES DE LA O.M.S.

PESO-TALLA EN NIÑOS



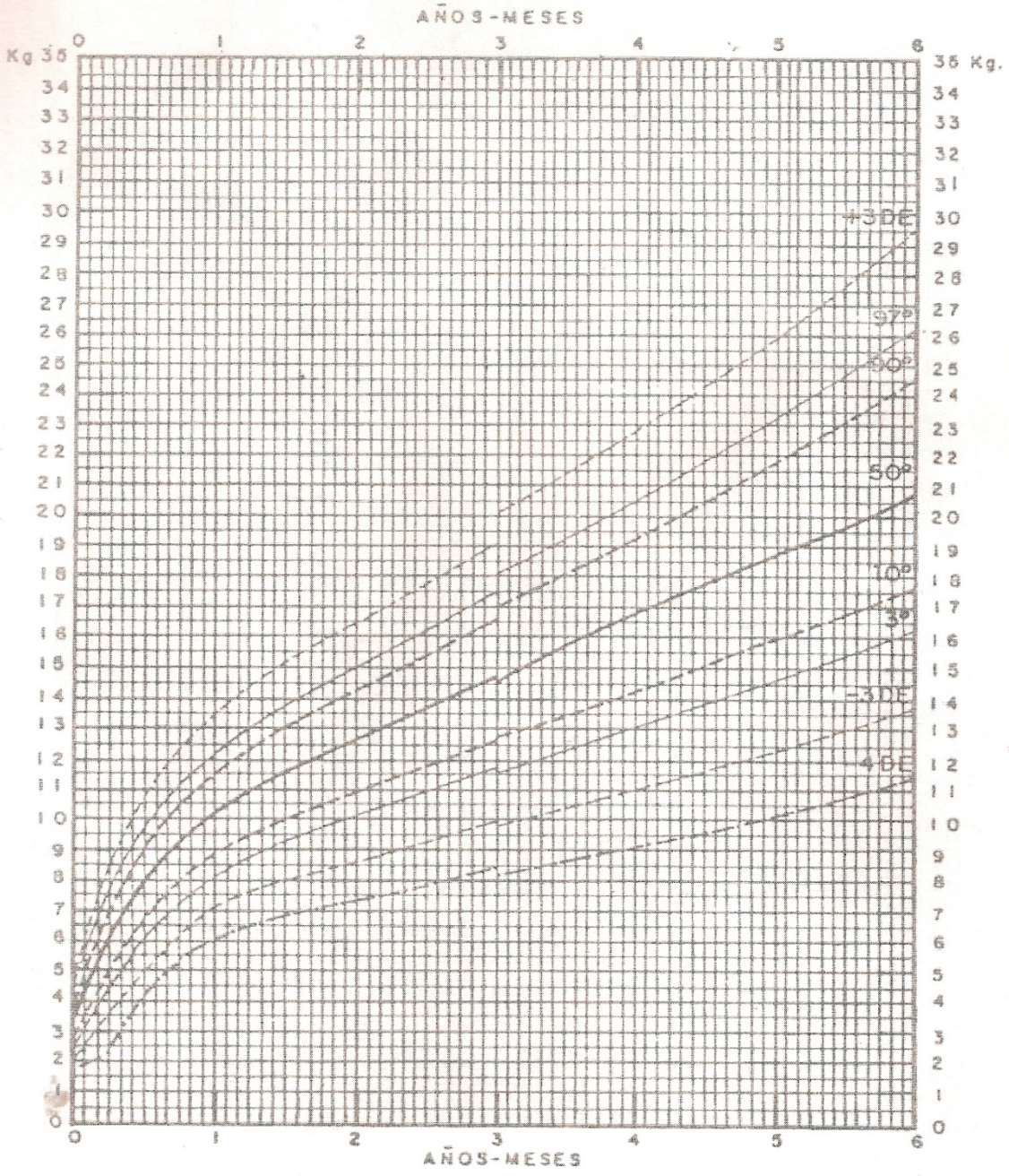
FUENTE : VALORES DE LA OMS

PESO - EDAD EN NINAS DE 0 a 6 ANOS

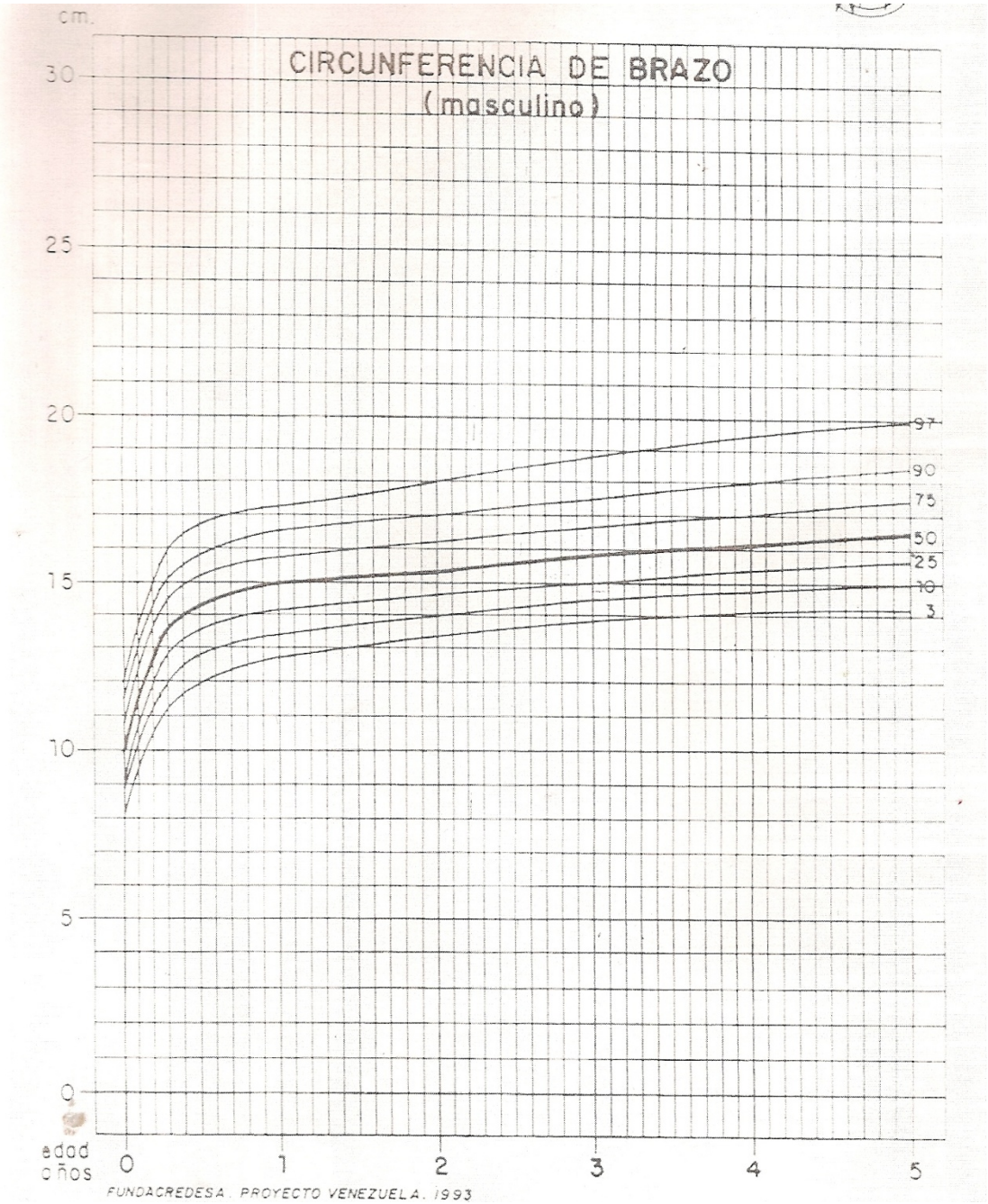


FUENTE : VALORES DE LA O.M.S.

PESO-EDAD EN NIÑOS DE 0 a 6 AÑOS



FUENTE : VALORES DE LA O.M.S.


cm.
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO
(masculino)
30
25
20
15
10
5
0
97
90
75
50
25
10
3
edad
años
0
1
2
3
4
5
FUNDACREDESA. PROYECTO VENEZUELA. 1993

APENDICES

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Virgilio Batisttini Casalta"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL NIÑO DESNUTRIDO

Observador: _____ Ficha Nº:_____

Área de estudio: Fundación Centro de recuperación Nutricional San Francisco de Asis (FUNDACRENSA)

I parte Datos Demográficos:

1. Nombre y apellido: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: ___ F ___ M
4. N.H.C:_____
5. Fecha de nacimiento:_____/_____/_____
6. Fecha de ingreso:_____/_____/_____
7. Dirección:_____
   _____
   _____

II Parte Antropometría

1. Peso
   a) Al ingreso:_____Kg
   b) Al momento del estudio: _____ Kg

2. Longitud corporal:
    a) Al ingreso:_____Cm
    b) Al momento del estudio: _____Cm
3. Grado de desnutrición:_____
4. Circunferencia cefálica: _____Cm

III Parte Características de la piel

1. Normal: Si___ No___
2. Áspera: Si___ No___
3. Alteración de la pigmentación: Si___ No___

IV Parte. Características del cabello

1. Normal: Si___ No___
2. Quebradizo: Si___ No___
3. Color rojizo: Si___ No___
4. En bandera (negruzco en la punta, rojizo en el medio y claro o amarillento en la base) Si___ No___

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Virgilio Batisttini Casalta"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ANTECEDENTES FAMILIARES RELACIONADOS CON EL ESTADO NUTRICIONAL

Entrevistador: _____ Ficha Nº:_____

Área de estudio: FUNDACRENSA.

Lea detenidamente las preguntas y seleccione con una X la opción que se adapte a su situación, tomando en cuenta una única opción para cada pregunta.

I parte. Datos Demográficos (Del niño)

1. Nombre y apellido: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: ___ F ___ M
4. Fecha de nacimiento:_____/_____/_____
5. Dirección:_____
   _____
   _____

II parte. Antecedentes Perinatales y Postnatales

1. ¿El embarazo fue controlado?
   a) Si___ Nº de consultas_____
   b) No ___

2. El peso al nacer fue:
    a) menor a 2.500Kg. (especificar)_____
    b) de 2.500Kg. _____
    c) Mayor de 2.500Kg. (especificar)_____

3. La longitud corporal al nacimiento fue de _____Cm

4. ¿Recibió consulta por control de niños sanos?
    a) Si ___
    b) No ___

5. Tiene el esquema de inmunización completo?
    a) Si ___
    b) No___

IV parte. Historia Alimentaría

1. Recibió lactancia materna?
    a) Si____
    b) No____

2. ¿Edad del destete? _____

3. ¿Recibió Alimentación Complementaria durante el periodo de lactancia Materna?
    a) Si____
    (Especificar)_____
    b) No____

4. ¿A que edad empezó la introducción de nuevos alimentos? _____

   Especificar

   _____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Características epidemiológicas de los niño (as) desnutridos. Fundación Centro de Recuperación Nutricional San Francisco de Asís (FUNDACRENSA), Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Enero – Marzo 2009.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
García Dos Santos, Lisett	CVLAC: 16.221.891 E MAIL: lisettgdossantos@hotmail.com
Palma Rodríguez, Liliana María	CVLAC: 18.014.829 E MAIL: lilimpr@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Evaluación_ nutricional__Desnutrición___Características Antropométricas_Curvas de crecimiento_

Alimentación inadecuada ___

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ÀREA	SUBÀREA
Epidemiologia	Nutrición

RESUMEN (ABSTRACT):

A través del presente estudio se pudo arribar a una estimación de Características Epidemiológicas de los niños (as) atendidos en FUNDACRENSA, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, primer trimestre 2009. Los trastornos de la nutrición frecuentemente observados y las patologías asociadas a la misma. Metodología: Estudio descriptivo en el cual fueron estudiados en total 26 infantes. La población estuvo constituida por 26 niños, de los cuales 16 eran hembras y 10 varones. Evaluación Antropométrica: Variables: peso, talla, edad. Índices: Índice de peso para la edad, peso para la talla, talla para la edad. Diagnóstico Nutricional: Por combinación de indicadores. Basados en la revisión clínica se determinó el estado nutricional de la muestra y los factores a las que viene asociada la desnutrición. Resultados: La frecuencia del diagnóstico de desnutrición resultó leve y moderada. El grupo de edad de los niños de 1 a 2 años fue el más afectado. La desnutrición crónica y la baja talla de origen social expresa afectación del potencial de crecimiento y suele significar bajo ingreso monetario, alimentación inadecuada, marginal inserción laboral de los padres, bajo nivel de instrucción, salubridad deficiente y prevalencia de enfermedades infectocontagiosas. La curva talla/ edad fue la que clasifico a mayor número de niños como desnutrido leve, por eso la necesidad de emplear las tres curvas para dar un diagnostico certero de la verdadera situación nutricional del niño.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Meza de R., Aliria L.	ROL	CA	AS: X	TU	JU
	CVLAC:	5.200.528.			
	E_MAIL	Aliriameza@gmail.com			
	E_MAIL	0416-6850096			
Canonicco de R., Reina B.	ROL	CA	AS	TU	JU:X
	CVLAC:	5.311.108.			
	E_MAIL	reinacr@gmail.com			
	E_MAIL	04166854903			
Romero C., Jesús J.	ROL	CA	AS	TU	JU: X
	CVLAC:	5.690.955			
	E_MAIL	jesusjrc@gmail.com			
	E_MAIL	04249110840			
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2009	07	29

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS- Características epidemiológicas de los niños desnutridos. FUNDACRENSA, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Enero – Marzo 2009.	.doc

ALCANCE

ESPACIAL: Fundación Centro de Recuperación Nutricional San Francisco de Asís (FUNDACRENSA), Ciudad Bolívar, Estado Bolívar

TEMPORAL: _____10 años_____

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:
Licenciatura en Enfermería_____

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

_____Pre-Grado_____

ÁREA DE ESTUDIO:

_____Departamento de Enfermería_____

INSTITUCIÓN:

_____Universidad de Oriente_____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al articulo 44 del reglamento de trabajos de grado

"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 participara al Consejo Universitario"

AUTOR Josett García Dos Santos. **AUTOR**

TUTOR **JURADO** **JURADO**

POR LA SUBCOMISION DE TESIS