



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

“DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL PERFIL CLÍNICO DE LA MALNUTRICIÓN PROTEICO ENERGÉTICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBPROCESO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, MARZO 2014-MARZO 2015.”

AUTORES:

MORA INTRIAGO LADY LAURA
MORALES GILER CARLOS MIGUEL

DIRECTORA:

DRA. MELANIA ALCÍVAR GARCÍA Mg. Ge.

PORTOVIEJO-MANABÍ 2015

TEMA:

DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL
PERFIL CLÍNICO DE LA MALNUTRICIÓN PROTEICO
ENERGÉTICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS
EN EL SUBPROCESO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
VERDI CEVALLOS BALDA, MARZO 2014-MARZO 2015.

DEDICATORIA.

A Dios por darme la mayor de las bendiciones, una Familia incomparable, que con su amor y comprensión me ayudaron a forjar mi futuro, en especial a mis Padres que me han brindado su apoyo incondicional y a mis hermanos que con sus sonrisas y palabras de aliento no me dejaron desfallecer.

A mis dos grandes amores, mi Esposo y mi Hija; a mi amor, mi complemento que se convirtió en mi amigo, mi compañero, mi apoyo incondicional para juntos alcanzar una de nuestras grandes metas.

A mi hermosa hija que me enseñó a crecer como mujer y ser humano y me dio las fuerzas que me empujaron a seguir.

A todas aquellas personas que por algún motivo no están cerca pero que indirectamente fueron mi fuerza e inspiración para lograr mis sueños.

Lady Laura

DEDICATORIA.

A Dios, por permitirme seguir adelante con todo lo propuesto y quien inspiro mi espíritu para poder culminar mis estudios

A mis padres, que aunque haya distancia de por medio siempre me han brindado su apoyo, y quienes con sus consejos han sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. A mis hermanos que siempre han estado junto a mí para brindarme su apoyo necesario

A mis grandes amores a mi hija y en especial a mi esposa, que gracias a su compañía siempre pudimos salir adelante, continuar y culminar con una de nuestras metas propuestas.

Carlos Miguel

AGRADECIMIENTO

Al finalizar este proyecto podemos decir que estamos satisfechos y conformes con el trabajo logrado, porque a más de ampliar nuestros conocimientos aportamos con un granito de arena para que los niños cuyas condiciones sociodemográficas no son las óptimas, puedan tener una atención oportuna y así mejorar el pronóstico de vida y de esta forma evitar secuelas futuras que sigan aumentando la morbimortalidad infantil. Es por esto que plasmamos nuestros profundos agradecimientos a quienes hicieron posible la realización de éste trabajo de titulación, cuya colaboración e incentivo sirvió para la culminación exitosa.

Agradecemos en primer lugar a Dios por darnos las fuerzas para lograr nuestras metas sin dejarnos desfallecer ante las adversidades y por darnos la oportunidad de tener una familia llena de valores y principios que con su ejemplo y apoyo incondicional nos dieron la formación personal y profesional necesaria para ser lo que somos.

Agradecemos a la Universidad Técnica de Manabí, la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina y todas aquellas personas que conforman el grupo humano que labora en dicha entidad para engrandecerla y formar profesionales de calidad en beneficio de la sociedad.

A la Dra. Melania Alcívar, Directora de nuestro trabajo de titulación; un profundo agradecimiento por su compromiso y entrega a la elaboración de este trabajo en el cual demostró ser más que una guía, una mano amiga que nos supo orientar de inicio a fin con el aporte de su experiencia profesional.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación por su guía y tiempo dedicado a la culminación de nuestro trabajo de titulación

A nuestros compañeros y amigos que hoy son nuestros colegas, por estar prestos a colaborarnos en todo momento.

A todo el personal que labora en el Hospital Verdi Cevallos Balda por su atención y sus servicios.

Lady Laura y Carlos Miguel



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA.



La DRA. MELANIA ALCÍVAR GARCÍA, tiene a bien certificar que el trabajo de titulación: “DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL PERFIL CLÍNICO DE LA MALNUTRICIÓN PROTEICO ENERGÉTICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBPROCESO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, MARZO 2014-MARZO 2015”, cuyas autores son: MORA INTRIAGO LADY LAURA, MORALES GILER CARLOS MIGUEL, han concluido la investigación, previa la obtención del título de Médicos Cirujanos, bajo mi dirección y responsabilidad y se han ajustado a lo establecido en el reglamento interno de la Facultad.

Dra. Melania Alcívar García Mg. Ge
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA.



TEMA:

“DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL PERFIL CLÍNICO DE LA MALNUTRICIÓN PROTEICO ENERGÉTICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBPROCESO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, MARZO 2014-MARZO 2015”

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del tribunal de Revisión y Sustentación y Legislado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

.....
Ing. Karina Rocha Galecio
Decana encargada de la Facultad

.....
Ab. Abner Bello Molina
Asesor Jurídico (E)

.....
Dra. Ingebord Veliz Zevallos, Mg. Gs.
Presidente Comisión de Investigación

.....
Ing. Karina Rocha Galecio.
Presidente de Tribunal

.....
Dra. Melania Alcívar García. Mg. Ge
Dir. Trabajo de Titulación

.....
Dra. Betzabe Pico Franco Esp.
Miembro de Tribunal

.....
Dr. Wilner Castro Cedeño, Esp.
Miembro de Tribunal



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA.



DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTORÍA.

DECLARAMOS QUE:

El presente trabajo de titulación fue guiado y orientado con los conocimientos técnicos y científicos de parte de nuestra directora y miembros del tribunal de revisión y evaluación.

Además afirmamos y aseguramos que las ideas, afirmaciones, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones plasmadas en este trabajo de titulación, son de única, total y exclusiva responsabilidad de los autores:

.....
Mora Intriago Lady Laura

AUTORA

.....
Morales Giler Carlos Miguel

AUTOR

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	X
RESUMEN.....	XII
SUMMARY.....	XIII
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
SUBPROBLEMAS.....	5
OBJETIVOS.....	6
GENERAL.....	6
ESPECÍFICOS.....	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
VARIABLES.....	24
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	25
CAPÍTULO III.....	29
METODOLOGÍA.....	29
TIPO DE ESTUDIO.....	29
TIPO DE MÉTODO.....	29
SUBLINEA DE INVESTIGACIÓN.....	29
ÁREA DE ESTUDIO.....	29
UNIVERSO.....	29
MUESTRA.....	29
TIEMPO.....	30
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	30

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	30
MÉTODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..	30
INSTRUMENTOS.....	30
PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	31
PRESENTACIÓN DE LOS RECURSOS.....	31
RECURSOS.....	31
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	33
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA.....	33
CAPITULO IV	55
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES	56
PRESUPUESTO	57
CRONOGRAMA VALORADO 2014-2015	58
CAPITULO V	59
PROPUESTA	59
BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Grafitabla No. 1	Edad y género en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014-marzo 2015 .	33
Grafitabla No. 2	Esquema de vacunación en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	35
Grafitabla No.3	Controles periódicos en el subcentro de salud en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	37
Grafitabla No. 4	Antecedentes patológicos personales en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	39
Grafitabla No. 5	Diagnóstico de ingreso o Enfermedad concomitante en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	41
Grafitabla No. 6	Tiempo de estancia hospitalaria de salud en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	43
Grafitabla No. 7	Condición de egreso en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	45
Grafitabla No. 8	Tipo de desnutrición según la clasificación de Gómez en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	47

Grafitabla No.9	Género y tipo de desnutrición en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	49
Grafitabla No. 10	Edad y tipo de desnutrición en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	51
Grafitabla No. 11	Procedencia y tipo de desnutrición en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015	53

RESUMEN

La investigación se desarrolló en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, cuyo objetivo general fue identificar las determinantes sociodemográficas asociadas al perfil clínico de niños con trastornos de malnutrición proteica energética a fin de corregir las principales problemáticas responsables de la desnutrición.

El tipo de estudio fue descriptivo, analítico, retrospectivo y propositivo; el universo fue de 1814 niños menores de 5 años y la muestra fue de 39 niños en el periodo de un año. Según los resultados obtenidos el 53,8% tenía de 1-3 años; con predominio del género femenino con 53,85% y el 66,67% proveniente del área rural.

Entre los factores de riesgo, la mayor parte no cumple con los controles periódicos solo un 43,59% asiste de manera irregular y el 58,97% tiene un esquema de vacunación incompleto para la edad, sumando los antecedentes patológicos personales, el 25,64% padece parálisis cerebral infantil y lo que respecta a la clínica, según los grados de desnutrición determinados por la fórmula de Federico Gómez, el tipo de desnutrición leve predominó con el 53,85%, y el 7,69% con desnutrición grave. Otro dato relevante fue el diagnóstico de ingreso, ya que diversas patologías son agravantes o desencadenantes del déficit nutricional, las de mayor incidencia fueron Anemia y Neumonía con el 17,95% cada una y otras con menor porcentaje como Enfermedad Diarreica Aguda, Síndrome Febril, Bronconeumonía, Kwashiorkor y Marasmo. Concluyendo que el 97,44% egreso vivo lo cual establece la condición y pronóstico satisfactorio de la población en estudio.

Palabras claves:

Malnutrición Proteico-energética, Marasmo y kwashiorkor, Estado Nutricional.

SUMMARY

The research was conducted in the Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, its general objective was to identify sociodemographic determinants associated clinical profile of children with disorders of protein energy malnutrition to correct the main problems responsible for malnutrition.

The type of study was descriptive, analytical and proactive retroprospectivo; the universe was 1814 children under 5 years and the sample was 39 children in the period of one year. According to the results obtained the 53,8% had 1-3 years; predominantly girls with 53.85% and 66.67% coming from rural areas.

Among the risk factors, the majority fails to periodic inspections newspapers only 43.59% attend irregularly and 58.97% have an incomplete vaccination scheme for age, adding personal medical history, 25.64% have cerebral palsy and with regard to the clinic, as the degrees of malnutrition determined by the formula Federico Gómez, the type of mild malnutrition predominated with 53.85% and 7.69% with severe malnutrition. Another significant finding was the admission diagnosis, since various pathologies are aggravating or precipitating the nutritional deficit, the highest incidence were anemia and pneumonia with 17.95% each and others with lower percentage as Diarrheal Disease, Fever Syndrome, bronchopneumonia, Kwashiorkor and marasmus. Concluding that the live egress 97.44% which provides satisfactory condition and prognosis of the study population.

Keywords:

Protein-energy malnutrition, Marasmus and Kwashiorkor, Nutritional Status.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Desnutrición es definida como una condición patológica de compromiso sistémico que puede ser reversible, producto de una deficiente absorción o utilización de nutrientes por parte de las células de nuestro organismo presentando gran variedad de manifestaciones y diferentes grados de desnutrición por lo que se la puede clasificar por su etiología, por la clínica, por el tiempo de presentación y por el grado de intensidad o gravedad. (Márquez Gonzáles & García , 2012).

A nivel mundial, en los niños menores de cinco años es un problema tanto para los países desarrollados y subdesarrollados, siendo más vulnerables, los que viven en países de escasos recursos económicos, por lo que se constituye en un grave problema debido al efecto sobre la morbilidad infantil. (UNESCO, 2013).

La falta de crecimiento en Latinoamérica está ligada a cualquier tipo de desnutrición teniendo un número bastante significativo de aproximadamente 7 millones de niños con desnutrición crónica. Se cree que el doble de los niños indígenas presenta déficit en talla en relación a los no indígenas. (Banco Mundial, 2012)

Por lo que el Ministerio de Salud Pública a nivel nacional, establece que la malnutrición constituye un serio problema de salud y de bienestar social y aunque la mortalidad infantil ha disminuido por esta causa, los sobrevivientes manifiestan repercusiones duraderas para toda la vida. (MSP., 2013).

Son diversas las causas, como ingesta insuficiente de nutrientes, causas orgánicas, pero todas se ven agravadas por los factores sociodemográficos que determina la calidad de vida de estos niños (Bosh, 2011)

En el Hospital Verdi Cevallos Balda en el subproceso de Pediatría ingresan gran cantidad de niños menores de cinco años con patologías graves sumándose a estas un estado de desnutrición que muchas veces es la causa de las complicaciones de dichos cuadros, aumentando el riesgo de mortalidad o secuelas permanentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La malnutrición en los niños menores de cinco años, es un problema tanto en los países desarrollados y en subdesarrollos siendo estos últimos, el grupo más vulnerable, dadas sus condiciones sociodemográficas por lo que se constituye en un grave problema debido a la magnitud y el efecto sobre la morbimortalidad infantil.(UNESCO, 2013)

Por su parte en lo que respecta a Latinoamérica, la Organización Mundial de la Salud, señala que la malnutrición proteico-energética es una problemática más aguda, donde los niños cuya situación alimentaria es deficiente pueden desarrollar de manera más crítica y evolucionar con consecuencias fatales ante enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias. (OMS, 2013),

Evidenciando que en el año 2013, 350.000 niños padecían de malnutrición, equivalente al 26% de la población infantil con desnutrición crónica y de este total el 6,35% con desnutrición extrema ocasionando alteraciones de tipo permanente en su desarrollo físico y motriz. (MIES, 2013).

Así mismo en la provincia de Manabí y específicamente en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, las complicaciones por malnutrición proteico energética se siguen dando a pesar de los programas de salud contra la desnutrición infantil. Sin embargo no se actúa de manera oportuna y estos cuadros terminan agravándose con patologías subagregadas poniendo en riesgo la vida de estos niños o en su defecto se recuperan, pero con secuelas que les impiden llevar una vida normal. Razón por la cual es importante determinar e identificar los factores predisponentes como las condiciones sociodemográficas que se asocian al perfil clínico de la malnutrición e implantar estrategias que ayuden a educar a la población con respecto a la alimentación de los niños y promover nuevas conductas de atención integral

Por lo que acorde a lo mencionado la investigación establece la siguiente interrogante:
¿Cuáles son los determinantes sociodemográficas asociados al perfil clínico de la malnutrición proteico energética en niños menores de 5 años atendidos en el subproceso de pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, marzo 2014-marzo 2015?

JUSTIFICACIÓN

La malnutrición proteico-energética según la Organización Mundial de la Salud, se encuentra asociada con las características sociodemográficas de la población infantil y contribuye a más de 1/3 de las defunciones de niños menores de 5 años, por lo que requiere de enfoques combinados y de una visión integral de la salud que incluya la participación activa de las familias, comunidades, trabajadores de salud y ministerios para que en conjunto pongan en marcha estrategias destinadas a lograr avances en la equidad y el acceso universal a los sistemas sanitarios, y de esta manera disminuir los índices de morbimortalidad infantil, ya que los niños son los grupos más vulnerables, sobre todo en países subdesarrollados, donde uno de cada cuatro niños de 146 millones que representa el 27% de la población de menores de cinco años, tiene un peso inferior al normal. (OMS, 2013)

Por ello la importancia de la presente investigación, ya que existen múltiples factores asociados a la malnutrición como las condiciones de salud, lugar donde viven, falta de conocimientos sobre los requerimientos nutricionales según las edades, desconocimiento de la sintomatología característica de los niños con desnutrición o signos de gravedad que puedan alertar a las madres y con esto evitar pronósticos lamentables que repercutan en el desarrollo natural de los niños como déficit neurológico, retardo en talla, peso, y de patologías subagregadas de los cuales existen evidencias hoy en día; a pesar de que existen muchos programas para erradicar la desnutrición infantil en el país por parte del Ministerio de Salud Pública.

La presente investigación es factible y justificable realizarla gracias al apoyo del personal médico y administrativo y la tutoría del tribunal de tesis, además de los datos y registros estadísticos respectivos que ayudaran a obtener resultados fidedignos de los cuales se podrán emitir conclusiones y recomendaciones para prevenir así posibles complicaciones y con ello generar mejor salud y bienestar mediante una asistencia médica efectiva y oportuna de los niños con malnutrición, que se ha convertido en un factor de pronóstico de morbimortalidad que sigue en aumento.

Por lo que el estudio será de gran impacto, ya que con este trabajo se pretende identificar las determinantes sociodemográficas asociadas al perfil clínico de la malnutrición proteica

energética en niños menores de 5 años atendidos en el subproceso de pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Marzo 2014 - Marzo 2015, donde se identificarán cuáles son los factores desencadenantes o agravantes de estos trastornos nutricionales; en base a su perfil clínico y de esta forma mejorar las condiciones para evitar secuelas permanentes.

SUBPROBLEMAS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Qué tipo de desnutrición es la más frecuente en la población en estudio?
- ¿Se siguen manteniendo prácticas erráticas con respecto a la nutrición?
- ¿Hay cumplimiento de los controles periódicos en el subcentro por parte de las madres?
- ¿Cuántos niños muestran secuelas permanentes por problemas de malnutrición?

OBJETIVOS

GENERAL.

Identificar las determinantes sociodemográficas asociadas al perfil clínico de la malnutrición proteico energética en niños menores de 5 años atendidos en el subproceso de pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, marzo 2014-marzo 2015?

ESPECÍFICOS.

Determinar las características sociodemográficas de los niños menores de 5 años en estudio.

Identificar el tipo de desnutrición con más prevalencia en los niños menores de 5 años atendidos en el subprocesos de pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Generar estrategias y nuevas conductas de atención integral del paciente pediátrico en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A nivel mundial, la Malnutrición en los niños menores de cinco años es un problema tanto en los países desarrollados y subdesarrollados, siendo estos el grupo más vulnerable, en especial los que viven en países de escasos recursos económicos, dadas sus condiciones sociodemográficas por lo que se constituye en un grave problema debido a la magnitud y el efecto sobre la morbilidad infantil. (UNESCO, 2013)

En este caso encaminándonos por la malnutrición producto del déficit más que por exceso, se dice que es una problemática más aguda, donde los niños y niñas, cuya situación alimentaria es deficiente pueden desarrollar de manera más crítica y evolucionar a consecuencias fatales ante enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias y todo esto asociado a las características sociodemográficas de la población infantil contribuyendo a más de 1/3 de las defunciones de niños menores de 5 años, por lo que requiere de enfoques combinados y de una visión integral de la salud que incluya la participación activa de las familias, comunidades, trabajadores de salud y ministerios para que en conjunto incorporen prácticas saludables y pongan en marcha estrategias destinadas a lograr avances en la equidad y el acceso universal a los sistemas sanitarios, y de esta manera disminuir los índices de morbilidad infantil, sobre todo en países subdesarrollados, donde uno de cada cuatro niños de 146 millones que representa el 27% de la población de menores de cinco años tiene un peso inferior al normal. (OMS, 2013).

Según estudios del Banco mundial, en décadas pasadas, las niñas contaban con menos beneficios o probabilidades de asegurar su futuro e independizarse, ya que no era un derecho asistir a la escuela, y por consiguiente menor posibilidad de tener trabajos estables con buenas remuneraciones, peor aún ocupar algún puesto en el Gobierno. Sin embargo todas aquellas restricciones les hacían gozar de un privilegio, el de una mejor Nutrición, porque permanecían en casa bajo los cuidados maternos, lo que aseguraba una mejor salud.

Por esta razón las estadísticas mostraban que las niñas mantenían más bajo su porcentaje de desnutrición, en la actualidad no es un dato común ya que hay reportes que indican que tanto niños y niñas sufren por igual de desnutrición en el mundo.

Por esto los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) proponen combatir las desigualdades de género y derribar barreras culturales desechando las prácticas que dan favoritismo a los niños, poniendo en desventaja y perjudicando a las niñas. (Banco Mundial, 2012)

La Epidemiología de la nutrición señala que las madres que viven en países en desarrollo presentan más problemas de malnutrición debido al alto índice de analfabetismo y la falta de sustento; aumentando el riesgo de desnutrición en el producto y todo esto debido a la gran presión social y biológica, convirtiéndose en una cadena de problemas tanto para ella, su hijo y la sociedad. Las probabilidades de que mejoren su estado nutricional durante el embarazo son escasas, repercutiendo en el crecimiento y desarrollo intrauterino y a futuro tienen un gran impacto sobre la morbilidad y los años de vida ajustados por discapacidad. Todo esto sumado al grado de instrucción de la madre o tutor a cargo del niño, puede asegurar un mejor pronóstico, porque según la responsabilidad que posea, permitirá la toma de decisiones referentes a la salud del niño. (Tahmeed Ahmed et al, 2013)

Los controles periódicos en las unidades de salud garantizan un bienestar en conjunto, principalmente para el niño, que repercute en la madre que al ver a su hijo sano se libera de preocupaciones y está dispuesta a dar mucho más amor. Cuando se lleva un control estricto se pueden diagnosticar tempranamente los problemas nutricionales como la desnutrición aguda, que es cuando existe un retardo en el crecimiento de los niños con (bajo peso para la talla) y la desnutrición crónica cuando presentan (bajo peso para la talla y talla baja para la edad) y dentro de esta escala se encuentran los lactantes, cuyos factores postnatales no fueron ideales, produciendo un deficiente crecimiento y desarrollo, por una inadecuada nutrición, falta de inmunizaciones y de controles médicos, sumándose a todo ello un trastorno desfavorable, como patrones culturales y educativos nocivos para la salud. (Greene, 2010)

La Malnutrición y la Mortalidad están relacionadas por la presencia de enfermedades infecciosas, ya que el estado nutricional de los niños va de la mano con el sistema inmunitario, de manera que un estado nutricional deficitario limita la capacidad de reacción al sistema inmune, disminuyendo la resistencia del individuo a las infecciones. A su vez, van agravar la malnutrición preexistente, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper, donde los efectos de la desnutrición y la infección sobre el organismo no solo se suman sino que se potencian, estableciéndose un efecto sinérgico. (Giugliani, 2011)

Como se sabe el estado de nutrición de un niño es el reflejo de su estado de defensa por lo que es un factor que condiciona la mayor o menor gravedad frente a la deshidratación por las diarreas que se producen en un niño con problemas de malnutrición y por ende de retraso de crecimiento debido a la alimentación insuficiente y a enfermedades recurrentes que suelen presentarse en mayor número de episodios diarreicos graves, además de ser más vulnerables al desarrollo de algunas enfermedades infecciosas como el paludismo, meningitis y neumonías. (Gómez, 2012)

Entre los factores predisponentes relacionados al entorno social y familiar que afectan o condicionan el estado nutricional está, el medio en que vive, la crianza del niño o niña, los cuidados y la alimentación, la elección y preferencia de los alimentos, tabúes, religión, costumbrismo, nivel cultural, marco educativo, hábitos de higiene, estado de salud, educación nutricional, disponibilidad económica entre los más influyentes en el ámbito sociodemográfico de las poblaciones. Es decir que los modelos alimentarios se crean en torno a la geografía concreta del lugar. (Bosh, 2011)

La cultura y las costumbres son factores que influyen en el estado nutricional, se identifica a los niños que viven en la costa que tienen fácil acceso al consumo de pescado y mariscos, pero muy pocas veces lo hacen, debido a su alto costo y porque mayormente es una fuente de ingreso mas no un sustento alimenticio, así mismo el consumo de carne de res, cerdo o pollo, siendo estos remplazados por harinas lo cual incide en la malnutrición. Por ende el estado nutricional de cada población varía de acuerdo al tipo de alimentos que consuman. (Giugliani, 2011)

La Malnutrición Proteico Energética, es el más serio problema nutricional y está ligado a las condiciones sociodemográficas en donde viven estos niños con una pobreza crítica afectándolos mayormente en los primeros años de vida, donde se observa un déficit de peso y talla para la edad. Las madres también son un colectivo riesgo, ya que un embarazo mal llevado, producto de una malnutrición materna nos da como resultado la insuficiencia ponderal del recién nacido que presenta bajo peso al nacer, y en un futuro provocará un retraso de sus actividades motoras dada la presencia de anemia u otros trastornos nutricionales y por consiguiente asociada a enfermedades infecciosas que desmejoran su estado nutricional. (Hernández, 2011)

Según un estudio en 1986 sobre el Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la población ecuatoriana menor de 5 años (DANS) indico que había una elevada tasa de emaciación; desnutrición aguda: bajo peso para la talla, desnutrición global: bajo peso para la edad y desnutrición crónica: retardo en talla o baja talla para la edad y por consiguiente un marcado déficit de micronutrientes como hierro y zinc en los niños menores de 5 años.

Han pasado 27 años aproximadamente y el Ministerio de Salud Pública por la necesidad de obtener información actual sobre el estado nutricional de los niños se unió con el INEC Instituto Nacional de Estadísticas y Censo para realizar una encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU) que se realizó en el 2011-2013 enfocándose en las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria, indicadores antropométricos y muchos otros indicadores que dieron como resultado, que hasta hoy siguen existiendo problemas nutricionales que afectan el desarrollo natural de los niños y se ve reflejado sobre todo en la población escolar que presenta un retardo en talla y no varía mucho entre edad y sexo con un porcentaje del 15 %. Una de las poblaciones más afectadas es la indígena y sin embargo está por encima de los demás grupos étnicos; por el contrario los grupos de raza blanca y mestiza presentan porcentajes mayores de sobrepeso por un mayor consumo de carbohidratos y grasa. (Wilma B. Freire, Ramirez, & Belmont, ENSANUT tomo 1.pdf, 2011-2013)

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), establece que la malnutrición se constituye en un problema de salud y de bienestar social y aunque la mortalidad infantil ha disminuido por esta causa, los sobrevivientes manifiestan repercusiones duraderas para toda la vida.

Evidenciando que en el 2013, 350.000 niños padecían de malnutrición, equivalente al 26% de la población infantil, presentando desnutrición crónica y de este total el 6,35% desnutrición extrema, según datos proporcionados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2013).

Debido a estos trastornos nutricionales y sus repercusiones, Ecuador se convirtió en uno de los primeros países latinoamericanos en adoptar el sistema del semáforo de los alimentos promoviendo así una alimentación saludable con un diseño que pone en alerta a la población consumidora sobre la cantidad de azúcar, grasa y sal de todo tipo de productos de la línea diaria, de esta forma con el etiquetado de alerta se puede saber rápidamente que alimentos se debe limitar su consumo, “el rojo es la alerta máxima sobre el exceso de sal, azúcar o grasas en un alimento. El amarillo es una advertencia. El verde es cero riesgo” siendo éste un método fácilmente reconocible para los niños y adultos mayores.

El semáforo nutricional se puede encontrar en la parte frontal o en la parte de atrás y según el reglamento está prohibido cualquier estrategia de marketing que atribuya beneficios nutricionales o terapéuticos que no sean reales. (Marcela Ortiz, 2014)

En un enfoque más directo definimos a la Desnutrición como una condición patológica de compromiso sistémico que puede ser reversible, producto de una deficiente absorción o utilización de nutrientes por parte de las células del organismo causada por diversos factores que determinan la variedad de manifestaciones clínicas y los diferentes grados de desnutrición.

La Fisiopatología dice que la Desnutrición como un ente de gravedad repercute en los fenómenos biológicos del crecimiento y se manifiesta por un desbalance ya sea negativo, positivo o neutro de los componentes del organismo, los cuales alteran la forma, composición y la función del mismo. El fenómeno principal es el aumento de destrucción en relación a la velocidad que tiene las células para sintetizar, haciendo que la masa corporal disminuya, es decir que existe un balance negativo, el cual debe ser frenado ya que si se prolonga se produce una disfunción orgánica progresiva que es incompatible con la vida ya que se afectan todas las funciones como la reproducción, crecimiento, regulación intracelular e intercelular y por último generación de temperatura que provoca un estado catabólico irreversible y en un

organismo que presenta deficiencias energéticas se van agotar los depósitos de nutrientes provocando alteraciones bioquímicas, alteraciones en la función y la anatomía.

Los únicos órganos que se encuentran protegidos durante este estado catabólico son el corazón y el cerebro, ya que el organismo se encarga de proveer la energía necesaria obteniéndola de las reservas de glucógeno que existen en el hígado, posteriormente utilizan las reservas de los lípidos, pero durante esta obtención de energía se liberan cuerpos cetónicos y lactato. Luego de verse agotadas las reservas energéticas primarias, recurre a las reservas proteicas, por medio de la gluconeogénesis, seguido por la catabolia del músculo estriado para obtener alanina y otros aminoácidos, con lo que se produce disminución de la masa muscular y otros cambios anatómicos que evidencian el estado de desnutrición grave. “el curso de la desnutrición es en resumen una carrera para mantener energía a toda costa”. (Márquez Gonzáles & García , 2012)

Se puede clasificar de diversas formas la desnutrición: por su etiología (primaria y secundaria); por la clínica (marasmo, kwashiorkor y mixta); por el tiempo de presentación (aguda o crónica) y por el grado de intensidad o gravedad (leve, moderada y grave).

Según su etiología la Desnutrición primaria se la define como la ingestión insuficiente de calorías y proteínas y otros nutrientes esenciales, que representan el 95%, mientras que la desnutrición secundaria es como consecuencia de una enfermedad definida como un severo retardo en el crecimiento físico, afectando irreversiblemente al desarrollo intelectual y neurológico del niño reduciendo las posibilidades futuras en el rendimiento escolar y disminuyendo la resistencia a enfermedades siendo un grave problema que afecta al 12% de los niños de América Latina. (Azcona, 2011).

Entre las causas primarias los Factores sociales son uno de los determinantes más importantes para que existan trastornos de la nutrición debido a que inciden en la calidad de vida del niño provocando trastornos emocionales, estrés, desinterés por los alimentos, malos hábitos dietéticos, temor a la obesidad, desórdenes alimenticios y por lo general esto se da en hogares desintegrados, con conductas anormales, evidente maltrato, violencia, uso de alcohol y drogas o abandono de los padres, haciendo que este entorno repercute psicológicamente en el niño, sufriendo un tipo de malnutrición psicosocial producto de la

carencia de afecto. El rescate de estos niños se torna más complejo ya que significa separarlos del medio en el que viven. (Cruz Hernandez, Malnutrición y Subnutrición, 2007).

La malnutrición no solo puede tener causas primarias, es decir ser un problema externo relacionado con factores del ambiente, situación económica, educación y recursos sanitarios; también puede tener una causa secundaria o tener su origen en el huésped como anorexia, defectos congénitos, situación metabólica y patológica como enfermedades infecciosas que por la administración de antibióticos o fármacos aumentan las necesidades de algunos nutrientes esenciales, en su proceso de catabolismo y anabolismo que predisponen a que se produzca una mala absorción de los alimentos, sin embargo en la actualidad los problemas de salud en los niños asociados a la nutrición son causados principalmente por desequilibrios en la ingestión proteico-calórica siendo más frecuentes las posibles deficiencias por minerales y vitaminas pero siempre con un factor atribuible como son los determinantes sociodemográficos. (Greene, 2010).

Entre las causas secundarias de la malnutrición y submalnutrición tenemos enfermedades sobre todo las crónicas ya que se necesitan más requerimientos calóricos, donde pueden existir estados de anorexia o se ven afectadas las funciones de digestión y absorción, siendo la causa principal del padecimiento de patologías subagregadas que ponen en riesgo la vida de estos niños. Inicialmente la prematuridad es una causa que viene enlazada a muchos otros trastornos siempre y cuando no haya sido bien tratada, otra de las enfermedades responsables son las del aparato respiratorias (fibrosis quística); enfermedades de tubo digestivo como la (enfermedad celiaca, intolerancia a los hidratos de carbono, alergias alimenticias) que no son diagnosticadas oportunamente; enfermedades emetizantes (estenosis hipertrófica del píloro, hernias cardioesofágicas), enfermedades hepáticas (cirrosis de diversos orígenes, atresia de las vías biliares); enfermedad renal crónica, cáncer (sometidos a tratamiento de quimio y radioterapia); cardiopatías congénitas, enfermedades del sistema nervioso (encefalopatías estática o parálisis cerebral infantil). Otras patologías menos frecuentes son VIH, quemaduras de segundo y tercer grado, trastornos de la conducta alimentaria, intoxicación por plomo, y las dislipidemias que llevan a una subnutrición crónica por la restricción innecesaria de alimentos. La sub/malnutrición que se presenta asociada a

estas enfermedades también se la conoce como causa endógena y los signos y síntomas aparecen junto con los de la patología dando características especiales que nos sugieren el diagnóstico. (Cruz Hernandez, Malnutrición y Subnutrición, 2007).

Aunque la prematuridad esté dentro de las causas endógenas de la malnutrición es una causa medianamente corregible siempre y cuando se lleve a cabo un tratamiento o un rescate precoz. Estudios han comprobado que los lactantes pretérmino nacidos entre las 23 y 36 semanas de gestación deben utilizar los primeros 3 meses de vida postnatal para lograr un desarrollo normal tanto en tamaño, maduración y todos los hitos extrauterinos que tiene un lactante a término. Los tres meses o 13 semanas de edad corregida parecen ser la edad más adecuada para introducir alimentos sólidos con alto contenido en proteínas y calorías ya que los requerimientos nutricionales se incrementan en relación a un lactante a término siempre y cuando sea un lactante sano sin ninguna condición médica subyacente. (Palmer & Makrides M, 2012).

El desequilibrio nutricional es producto de un deficiente aporte de nutrientes esenciales y se refleja en la aparición de varias enfermedades cada una relacionada con el déficit de uno o más nutrientes, sean proteínas, yodo vitamina A o Hierro entre los más significativos; produciéndose un desequilibrio entre el aporte de proteínas y energía donde la demanda corporal de dichos elementos aseguran el crecimiento y un funcionamiento corporal óptimo. El desequilibrio incluye tanto el defecto como el exceso de manera que malnutrición incluye tanto la insuficiencia ponderal y el retraso del crecimiento. (Aranceta, 2012).

Se evidencia la anemia cuando existe deficiencia de hierro, llamada anemia ferropénica común en todos los lugares del mundo y tiene repercusión sobre la capacidad mental, endocrina, reproductora e inmunológica. Por lo que los hijos de madres anémicas padecen de insuficiencia ponderal y corren un gran peligro de morir antes de los dos años de edad, es por esto que los problemas de anemia tienen un gran impacto en el crecimiento económico y social de los países. Afecta especialmente al 39% de los niños menores de cinco años en el mundo. (Maldonado, 2011)

Una causa de anemia ferropénica es la introducción precoz de leche entera ya que ocasiona pérdidas de sangre gastrointestinal imperceptible y sumada a que la leche bloquea la absorción de hierro, más el poco aporte del mismo, condiciona a éste padecimiento. La anemia ferropénica producto por el déficit de hierro hace que la velocidad de crecimiento disminuya y se presenten anomalías bioquímicas y exista una neurotransmisión alterada que reflejan el bajo desarrollo intelectual y psicomotor. (Guillén-López & Vela-Amieva, 2010)

La deficiencia de yodo puede reducir la capacidad física y mental de los niños y produce una serie de consecuencias metabólicas, seguido por repercusiones en la capacidad intelectual y funciones neurológicas. Es la causa aislada más importante de lesiones cerebrales prevenible en los niños, el cual se encuentra relacionado con las condiciones geográficas de su entorno y hábitos de vida.

Los labios y la mucosa son lugares frecuentes de manifestaciones clínicas de déficit nutricionales. Signos clínicos como la queilosis, cicatrices angulares o alteraciones en la lengua como glositis, lengua geográfica, magenta, roja, papilas filiformes incluso hipogeusia. La aparición de hemorragias en las encías por el déficit de vitamina C. (Bosh, 2011)

Así mismo la falta de vitamina A se manifiesta con xeroftalmia y afecta entre 100 a 140 millones de niños en el mundo, pudiendo producir ceguera irreversible, también altera el metabolismo celular y los mecanismos inmunitarios, aumentando la susceptibilidad a infecciones y elevando el riesgo de muertes en niños en la edad preescolar. El grupo de mayor riesgo es de los niños desnutridos con infecciones concomitantes que pueden producir la muerte. (Myers, 2012).

En lo que respecta a los factores alimentarios, la Lactancia es el eje principal ya que depende del tipo de leche: ya sea materna o artificial. La Lactancia Materna se relaciona con la hipoalimentación cuantitativa o con menos frecuencia la cualitativa. La forma cuantitativa se debe a la hipogalactia por parte de la Madre que es una causa primaria ya sea por desnutrición o por otras alteraciones locales como la conformación de los pechos, forma del pezón, presencia de mastitis o linfangitis; siendo la causa secundaria el Lactante, éste muchas veces no logra vaciar satisfactoriamente el seno por lo que disminuye la estimulación para nueva producción de leche, por lo general se trata de lactantes con problemas neuropáticos,

malformaciones congénitas como labio leporino, paladar hendido, o sufren de problemas respiratorios, otitis media etc. La forma cualitativa es menos frecuente, en estos casos no se ve afectada la producción de leche, la cantidad es la ideal sin embargo es insuficiente en sus nutrientes. Otra forma de malnutrición cualitativa se da por el desconocimiento de los padres en el periodo en que se deben incorporar nuevos alimentos a la dieta o por evitar problemas psicológicos en los niños el destete se hace tardíamente, provocando desinterés hacia otros alimentos y produciendo trastornos digestivos frecuentes.

La lactancia artificial también es un factor para que se produzca una malnutrición y de la misma forma se puede dar una hipoalimentación cuantitativa y cualitativa, siendo más frecuente ésta última debido a la inadecuada preparación de la fórmula, muchas veces se realiza una dilución excesiva por miedo a las diarreas y en otros casos se retira en su totalidad la leche de la alimentación y solo usan formulas farináceas y como consecuencia tenemos una desnutrición grave por falta de proteínas, grasa que se traduce en kwashiorkor. Por el contrario tenemos otro tipo de malnutrición cuantitativa en la que solo usan leche sin diluir y sin complementos como azúcar y harina produciéndose un déficit de carbohidratos o calorías traduciendo en Marasmo. (Cruz Hernandez, Malnutrición y Subnutrición, 2007)

Otra clasificación importante es la según el tiempo de evolución que determina si se trata de un caso agudo o crónico y la clasificación según la intensidad de la Desnutrición o gravedad indica frente a qué tipo de desnutrición se enfrentan. Para esta estatificación se usa un índice antropométrico muy fiable que es el peso en relación a la edad, utilizando la fórmula de Federico Gómez (Médico Mexicano) en la cual se obtiene el porcentaje de déficit nutricional de acuerdo al peso para la edad, usando el peso real por 100 (que es una constante) dividido para el peso ideal o el correspondiente para la edad. Los resultados se interpretan según el porcentaje de déficit, considerando que de 0-10%, es normal; del 10 al 24%, leve; del 25 al 40%, moderada y más del 41%, es severa. (Márquez Gonzáles & García , 2012)

Se establece que la malnutrición al llegar a determinado grado de gravedad, conduce a la aparición de signos clínicos evidentes. Por ello debe estudiarse la existencia o no de los mismos en distintas zonas y órganos corporales tales como cabello, cara, cuello, ojos, labios, dientes, encías, lengua, piel, uñas, tejido subcutáneo, abdomen, aparato genital y sistema

esquelético, extremidades inferiores y presión arterial, siendo la clave en la evaluación del estado nutricional de los niños. (Hurtado, 2011)

En la desnutrición en primer grado, establece que los niños no tienen un buen humor, no se aprecia que adelgace, tampoco presencia de diarrea, sino por el contrario ligera constipación, no hay vómitos u otros síntomas digestivos que llamen la atención. Así solo se observa un descenso ligero en el peso que persiste a través de semanas y según avanza la edad este se queda estacionado. Mientras que en segundo grado, la pérdida de peso se acentúa y avanza del 10% al 15% a pérdidas mayores, la fontanela se hunde, el tejido del cuerpo pierde turgencia y elasticidad. El niño duerme con los ojos entre abiertos, es vulnerable a catarrros, resfriados y otitis y se acentúa su irritabilidad; fácilmente existen trastornos diarreicos como además de hipoproteïnemia, por lo que en esta etapa ya la desnutrición es alarmante y se busca hacer una cuidadosa dieta del pequeño paciente para estimar la calidad y su rendimiento energético, a pesar de ello el desplome de la curva de peso se aleja más del paralelismo normal con la curva de la edad. (Giugliani, 2011)

Mientras que en la desnutrición de tercer grado, se caracteriza por la exageración de todos los síntomas, donde ya las células y su mecanismo metabólico entraron en el desequilibrio anabólico y no permite que el paciente pediátrico aproveche ni las mínimas cantidades para sostener la actividad del paciente, los ojos se hundén, la cara del niño se hace pequeña y adquiere rasgos de “viejito”, se hacen prominentes los huesos de la cara y la bola grasosa de Bichat que es la última reserva de grasa de las mejillas, se evidencia. Los músculos de los miembros cuelgan; los huesos de los miembros superiores, del dorso y del tórax se observan forrados de una piel escamosa arrugada, sin vitalidad y sin la menor elasticidad. (Greene, 2010)

Muchos casos de malnutrición llegan a esta etapa sin tener edemas por carencia proteica o manifestaciones de carencias vitamínicas y en cambio se edematizan los miembros inferiores, el dorso de las manos y los parparos sobre estos hay manifestaciones peligrosas hipocrómicas, acrómicas y discrómicas dando el mosaico de colores y formas conocido con el nombre de culebrilla. Además se observan la intolerancia absoluta a la alimentación, vómitos fáciles, accidentes digestivos de aspecto agudo o semiagudo y las infecciones locales

que tienen periodicidad acelerada y mayor virulencia. El catabolismo aumenta y su función de arrastre y desecho adquiere proporciones catastróficas y destructoras, quedando al desastre las moléculas proteicas, reservas glucogénicas o reservas grasosas. También se implanta un cuadro de anhidremia aguda con el más ligero accidente diarreico alterando las sales minerales y el agua. (Hurtado, 2011)

Por último siendo la clínica del paciente la mejor herramienta diagnóstica, se clasificara a la desnutrición por la clínica que va estar determinada por signos específicos para el tipo de desnutrición. Existen tres formas clínicas en la Malnutrición, como es el, Kwashiorkor, Marasmo y una forma Mixta. Por lo que la forma clínica depende del equilibrio de las fuentes energéticas y proteicas.

Desnutrición tipo Marasmática o energético calórica.

La forma clínica del Marasmo es habitual en zonas con evidente pobreza, donde los alimentos son insuficientes y hay difícil acceso a ellos o simplemente por la falta de conocimientos sobre técnicas de alimentación y poca higiene; se presenta habitualmente en niños de 6-18 meses correspondiente a restricción de lactancia materna y mal uso de fórmulas.

El cuadro clínico se produce por un déficit energético global, dado por una ingesta calórica inadecuada, por dieta insuficiente, por trastornos de la relación padres e hijos, anomalías metabólicas o malformaciones congénitas que llevan a una alteración grave de varios sistemas corporales.

Las manifestaciones clínicas más representativas son la incapacidad para ganar peso que lleva a una pérdida excesiva hasta la emaciación, perdiendo la turgencia de la piel, se muestra arrugada y se distiende a medida que desaparece la grasa cutánea. Muchas veces la cara del niño se ve normal ya que la última grasa que se pierde es la de las mejillas (almohadillas chupadoras). Cabello escaso y despigmentado, piel seca y de aspecto escamoso. El abdomen puede estar distendido o plano, siendo visible el patrón intestinal. Algunas veces puede haber edema, también existe hipotonía debido a la atrofia muscular, la temperatura disminuye, el pulso es lento, el metabolismo basal reducido; en un inicio el niño puede encontrarse irritable

para después estar apático, las heces pueden ser duras y presentar deposiciones diarreicas en poca cantidad pero frecuentes y con presencia de moco debido a la inanición (Kliegman, Stanton, Schor, St. Gem e III, & Richard E. Behrman, 2011)

El Marasmo, es un tipo de desnutrición energética severa, acompañada de un estado caquéctico, caracterizado por una deficiencia proteica y energética y cansancio permanente y su peso corporal puede reducirse del 80% de su peso normal para su altura. Es una forma de hambre. (Vásquez, 2012)

Desnutrición tipo Kwashiorkor o energético proteica.

La forma clínica de Kwashiorkor tiene mayor incidencia sobre todo en las zonas industrialmente infradesarrolladas. El término “kwashiorkor” proviene de una palabra africana que significa después del destete o niño depuesto, que es el que deja de mamar presentándose en niños entre 18 meses a 5 años. Es producto de una alimentación deficiente en proteínas y una ingesta calórica inadecuada, siendo la forma más grave de desnutrición.

La malnutrición proteica se produce por una deficiente ingesta de proteínas de alto valor biológico aunque también se debe a una alteración de la absorción de las proteínas como en cuadros diarreicos crónicos, infecciones graves, nefropatías, hepatopatías, hemorragias severas o quemaduras de segundo y tercer grado.

Las manifestaciones clínicas se presentan con signos iniciales de letargia, apatía o irritabilidad, falta de energía, pérdida del tejido muscular, pelo escaso y delgado sin elasticidad, el cabello oscuro se aclara haciéndose rojizo o gris (hipocromotriquia), presencia de edema, que se presenta al inicio y enmascara la falta de peso, comenzando por afectar los órganos internos para luego ser evidente en rostro y miembros inferiores. Otro signo característico es la aparición del noma una ulceración necrotizante crónica que se presenta en la encía y las mejillas, íntimamente relacionada a desnutrición y acompañada de alguna enfermedad (sarampión, paludismo, diarrea, tuberculosis, gingivitis ulcerativa). Sin tratamiento puede dejar un rostro desfigurado y se produce por infecciones polimicrobianas.

La inmunodeficiencia secundaria es la más grave de las complicaciones, provocando mayor susceptibilidad a las infecciones y una respuesta devastadora ante patologías que son

benignas para un niño con buenas condiciones nutricionales como la rubéola. También es frecuente la infestación de parásitos que agravan el cuadro.

Los sistemas corporales se van afectando rápidamente, el hígado se puede encontrar aumentado de tamaño con infiltrado graso, la función renal se ve afectada, el flujo, el filtrado y la función tubular disminuyen; el corazón puede encontrarse pequeño y en fases avanzadas aumentar. Es común la dermatitis, existen zonas irritadas que se oscurecen principalmente en donde no hay exposición solar, lo contrario de la pelagra. La dermatitis se puede exacerbar produciéndose descamación, despigmentación y hacerse generalizada, la anorexia, las diarreas y vómitos pueden ser frecuentes, los cambios mentales comenzaran por irritabilidad, apatía para llegar a estupor, coma y muerte. (Kliegman, Stanton, Schor, St. Gem e III, & Richard E. Behrman, 2011)

Mixta o Kwashiorkor Marasmático

El paciente presenta desnutrición de tipo marasmática que se agudiza por otra patología subagregada, esto provoca el aumento de cortisol y una movilización insuficiente de proteínas, interrumpiendo la síntesis en el hígado, provocando hepatomegalia y una consecuente hipoalbuminemia, disminuyendo la presión oncótica, presentando el edema característico de la desnutrición proteica, por lo que se les denomina desnutridos crónicos agudizados según Waterlow. (Márquez González & García , 2012)

Los trastornos graves son evidentes, pero los leves pasan desapercibidos aunque el médico haga un examen exhaustivo con pruebas de laboratorio. Para llegar a un diagnóstico de malnutrición se pueden utilizar valoraciones o evaluaciones de medidas antropométricas con el uso de indicadores simples como peso, altura, perímetro cefálico, valorar la velocidad de crecimiento y como complemento pruebas químicas o de imagen.

Entre las pruebas de laboratorio podemos encontrar algunas alteraciones como: disminución de la albumina sérica, hipoglicemia, deficiencia de potasio, magnesio y otros aminoácidos esenciales. La actividad de las enzimas pancreáticas disminuidas, amilasa, esterasa, transaminasas, lipasa y fosfatasa alcalina. Presencia de anemia normocítica, microcítica o macrocítica. Los casos que presenten anemia aguda, requirieren una

transfusión de concentrados de hematíes. En el uroanálisis hay presencia de cuerpos cetónicos en la orina durante la primera fase de inanición. (Kliegman, Stanton, Schor, St. Gem e III, & Richard E. Behrman, 2011)

El tratamiento en ambos se realiza según la gravedad pero ambos se rigen con los mismos principios, se debe tratar el problema más agudo que puede ser una deshidratación por diarreas, una insuficiencia renal o en el caso más grave un shock.

Después de determinar el grado y la causa principal se debe tratar de reponer los nutrientes deficientes, si es leve o moderada se puede manejar ambulatoriamente siempre y cuando no tenga alguna otra patología de base. Inmediatamente se recomienda la dieta según la tolerancia del niño, puede ser líquida, luego blanda y posteriormente una dieta completa. En caso de un lactante se debe mantener el seno. Frente a infecciones se usa tratamiento específico con antibióticos por 7 días mínimo. (Kliegman, Stanton, Schor, St. Gem e III, & Richard E. Behrman, 2011)

Tener en cuenta la asociación de malnutrición y tiempo de estancia hospitalaria, por lo que se recomienda ajustarse a los criterios; solo en casos de malnutrición grave, en presencia de una deshidratación moderada, que las circunstancias familiares no sean las adecuadas o que exista fracaso del tratamiento ambulatorio. (Cruz Hernandez, Malnutrición y Subnutrición, 2007)

En casos de gravedad con signos y síntomas que muestran una clínica florida de cualquiera de los tipos de desnutrición proteico-energética, ya sea Marasmo, Kwashiorkor o mixta. Inicialmente se debe corregir la deshidratación por vía intravenosa la cual puede ser dificultosa por la gravedad, pero tenemos alternativas como la vía intraósea, medular o intraperitoneal, más antibioticoterapia de amplio espectro por vía parenteral. Las infecciones parasitarias se postergan y se da tratamiento ambulatorio cuando el paciente mejore su cuadro. Si tolera vía oral, la dieta se debe ir aumentando gradualmente, incorporando alimentos ricos en grasas, azúcar, leche y completar con aminoácidos sintéticos, procurando no hacerlo prontamente, ya que el introducir proteínas y calorías de inmediato puede provocar un sobre esfuerzo del hígado haciendo que este se agrande y se produzca distensión abdominal y por consiguiente enlentece la recuperación. Se debe corregir la anemia con

hierro y ácido fólico, y desde el inicio administrar vitamina A y minerales como potasio, magnesio para evitar secuelas permanentes como ceguera (Kliegman, Stanton, Schor, St. Gem e III, & Richard E. Behrman, 2011)

Actualmente se usa zinc durante los episodios diarreicos, recomendado por la OMS/ UNICEF en el 2004, ya que interfiere en la patogénesis de la diarrea dificultando la invasión de la mucosa intestinal además favorece la respuesta de los linfocitos T, combatiendo infecciones por bacterias invasivas. (Zea & Ochoa, 2013)

En los niños malnutridos la mortalidad varía entre el 5% y 40% y suele deberse al desequilibrio electrolítico, infección con sepsis, hipotermia o insuficiencia cardiaca. El estupor, la ictericia, petequias, niveles de sodio bajo y la diarrea persistente son signos desfavorables. La desaparición de la apatía, el edema y la anorexia es un signo favorable. La recuperación es más rápida en el Kwashiorkor que en el Marasmo. (Serra, 2011)

Por último el tratamiento más importante, es educar a los padres o tutores, para tratar de corregir malos hábitos en caso de que exista una desorganización del grupo familiar y así garantizar la recuperación completa y evitar las recidivas.

Aunque se realice un buen tratamiento la talla y el peso no llegaran a ser las de un niño normal, por lo que tanto el desarrollo físico y mental se encuentran afectados y los sobrevivientes quedan marcados inevitablemente con secuelas de por vida. (Uauy, 2011)

En casos graves y más aún si se trata de un lactante los efectos son devastadores y permanentes, el desarrollo se ve afectado de manera que las capacidades de percepción y abstracción son duraderas. (Kliegman, Stanton, Schor, St. Gem e III, & Richard E. Behrman, 2011)

La prevención en la edad pediátrica es un trabajo de todos, a nivel familiar, de la comunidad y del país, ya que una buena promoción de lactancia materna, normas de alimentación e higiene adecuadas para la edad, prevención de infecciones y la incorporación de la alimentación complementaria o beikost pueden mejorar el estado nutricional de los niños siempre y cuando se les dé la prioridad que requieren. Todo esto resulta fácil en países desarrollados en donde cuentan con programas de promoción y prevención eficaces,

contando con una cobertura en salud superior, un régimen de vacunación estricto y niveles sanitarios privilegiados. Mientras que otros viven a expensas del apoyo de otros países. (Cruz Hernandez, Malnutrición y Subnutrición, 2007)

“Todo lo que se logre hacer para reducir la desnutrición se verá recompensado a largo plazo” (Banco Mundial, 2012).

VARIABLES

INDEPENDIENTE

Determinantes sociodemográficos

DEPENDIENTE

Perfil clínico de malnutrición proteico energética

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Determinantes Sociodemográficos

Conceptualización	Dimensión	Indicador	Escala
Entre los factores predisponentes relacionados al entorno social y familiar que afectan o condicionan el estado nutricional está, el medio en que vive, la crianza del niño o niña, los cuidados y la alimentación de acuerdo a la edad, la elección y preferencia de los alimentos, tabúes, religión, costumbrismo, nivel cultural, marco educativo, hábitos de higiene, estado de salud, educación nutricional, disponibilidad económica entre los más influyentes en el ámbito sociodemográfico de las poblaciones (Bosh, 2011)	Características sociodemográficas	Edad	< 1 año 1-2 años 3-4 años 5 años
		Género	Femenino masculino
		Procedencia	Urbano rural

VARIABLE DEPENDIENTE: Perfil clínico de malnutrición proteico energético

Conceptualización	Dimensión	Indicador	Escala
<p>La malnutrición como un ente de gravedad repercute en los fenómenos biológicos del crecimiento. Tiene causas primarias o externas relacionadas con factores del ambiente, situación económica y recursos sanitarios o causas secundarias o endógenas teniendo su origen en el huésped. Se puede determinar la gravedad según el tipo de desnutrición usando la fórmula de Federico Gómez, usando el peso real por 100 (que es una constante) dividido para el peso ideal o el correspondiente para la edad. (Márquez Gonzáles & García , 2012) y (Greene, 2010)</p>	Factores de riesgo	Alimentación (lactancia)	Exclusiva Leche materna más fórmula Solo fórmula Coladas con leche entera
		Tiempo de lactancia materna	< 6 meses Hasta los 12 meses Hasta los 2 años > 2 años
		Lleva a los controles en subcentro	Siempre Rara vez A veces nunca
		Vacunación según la edad	Completa para la edad Incompleta para la edad
		Antecedentes patológicos personales	Parálisis cerebral infantil Síndrome de Down Síndrome de mala absorción Atresia del píloro

	Clínica del paciente	Desnutrición por déficit nutricional	Desnutrición leve 0-10% Desnutrición moderada 10 al 24% Desnutrición grave más del 41%
		Tipos según clasificación clínica	Marasmo: déficit de proteínas y energía Kwashiorkor: sólo falta de proteínas, aporte energético adecuado Mixta: Kwashiorkor Marasmático
		Enfermedades concomitantes	Neumonía Anemia microcítica, macrocítica, normocítica Enfermedad diarreica aguda Síndrome febril
		Sintomatología característica	Pérdida de peso Diarreas Irritabilidad Debilidad muscular-hipotonía Inapetente-rechaza el seno

	Tratamiento inicial	Tratamiento farmacológico	Hidratación Antibiótico +suplemento vitamínico
		Tratamiento no farmacológico	Dieta hiperproteica Dieta semiblanda Dieta blanda Dieta especial por sonda
		Exámenes complementarios	Ionograma Gasometría Ecografía Tac
		Condiciones de egreso	Vivo Muerto Transferido
		Tiempo de estancia hospitalaria	1-3 días 4-6 días 7-9 semana 10-20 días >20 días

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo, descriptivo analítico - retrospectivo y propositivo

TIPO DE MÉTODO

Deductivo por que va de la particular a lo general

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud de los grupos vulnerables.

SUBLINEA DE INVESTIGACIÓN

Los niños menores de 5 años

ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, en el Subproceso de Pediatría; con niños menores de cinco años con malnutrición proteica energética.

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por 1814 niños atendidos durante el periodo entre marzo 2014-marzo 2015 en el Subproceso de Pediatría, en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

MUESTRA

Estuvo constituida por 39 niños con malnutrición proteico energética en niños menores de 5 años atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014 - marzo 2015.

TIEMPO

El presente estudio se realizó durante un período aproximado de 12 meses (marzo 2014 -marzo 2015).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Usuarios menores de 5 años diagnosticados con malnutrición proteica energética en el Subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda; por medio de la fórmula de Federico Gómez, (Médico Mexicano) en la cual se obtiene el porcentaje de déficit nutricional de acuerdo al peso para la edad, usando el peso real por 100 (que es una constante) dividido para el peso ideal o el correspondiente para la edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Usuarios mayores de 5 años o usuarios con malnutrición secundaria a trastornos u otro tipo de patologías en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

MÉTODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda se utilizaron:

Consentimiento informado

Fichas elaboradas

Tipo de encuesta

Lo cual se basó en los datos estadísticos de las historias clínicas

INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó mediante la recolección de información en una ficha elaborada con los indicadores antes mencionados y posteriormente recopilación de manera ordenada con el programa Excel para determinar de manera porcentual la edad, sexo, procedencia, tipo de malnutrición, estancia hospitalaria, enfermedades asociadas, esquema de vacunación y controles periódicos presentados en los pacientes, asociados directamente con la patología de base y comorbilidad, con el objetivo de generar estrategia médico educativa orientada a los padres y/o tutores para mejorar el entorno familiar de los usuarios con esta patología.

PRESENTACIÓN DE LOS RECURSOS

Los resultados fueron tabulados manualmente y posteriormente representados a través de cuadros y gráficos estadísticos utilizando como medidas de resumen frecuencias y porcentaje.

RECURSOS

Talento humano

Investigadores

Director del trabajo de titulación

Tribunal del trabajo de titulación

Usuarios menores de cinco años con malnutrición proteico energética

Usuarios, padres y/o tutores

Institucionales

Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Universidad Técnica de Manabí

Materiales

Materiales de escritorio

Textos bibliográficos

Tecnológicos

Computadora

Internet

Cámara digital

Pendrive

Económicos

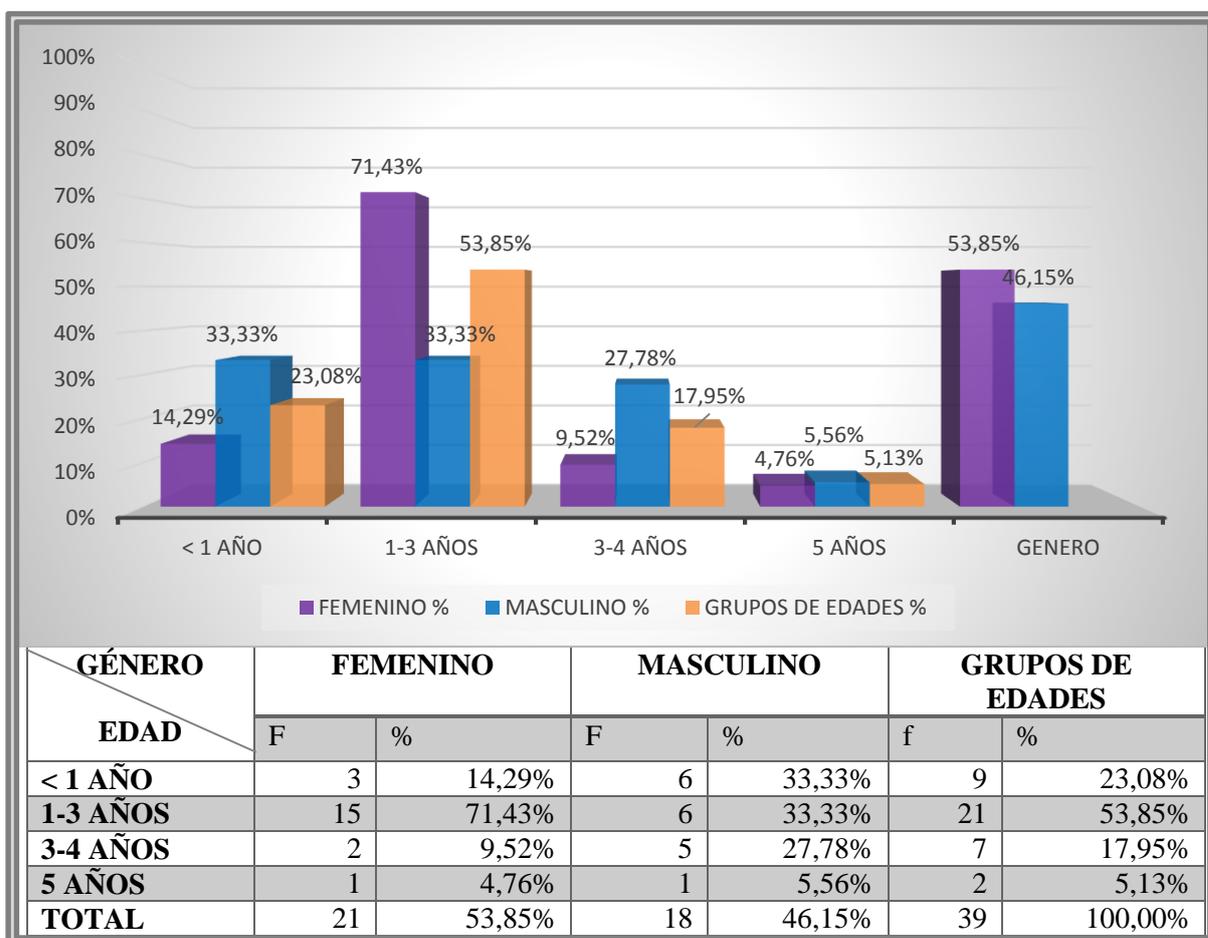
El costo de la investigación es \$ 890,00 dólares, solventado por los autores en su totalidad

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

GRAFITABLA No. 1

Edad y género en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

Análisis e Interpretación

De una población de 39 niños el 53,85% corresponde al sexo femenino y el 46,15% al género masculino.

Tomando en cuenta solo el género femenino, el mayor porcentaje comprendían las edades de 1-3 años con el 71,41%, seguido por los menores de 1 año con el 14,29%, y con un porcentaje menor de 3-4 años con el 9,52%, y por último los de 5 años con el 4,76%.

De igual forma los datos correspondientes al género masculino reportan un porcentaje de igual valor para los grupos de edades menores de 1 año y los de 1-3 años con el 33,33%, seguidos por el grupo de 3-4 años con el 27,78% y los de 5 años con el 5,56%.

El grupo de edad con mayor incidencia fue el de 1-3 años con el 53,85% seguido por los menores de 1 año con el 23,08%, los de 3-4 años con el 17,95% y por último los de 5 años con el 5,13%

En resumen el género femenino tuvo mayor incidencia entre las edades 1-3 años con el 71,43%, mientras que el género masculino tuvo mayor incidencia los menores de 1 año y entre 1-3 años de edad con el 33,33%.

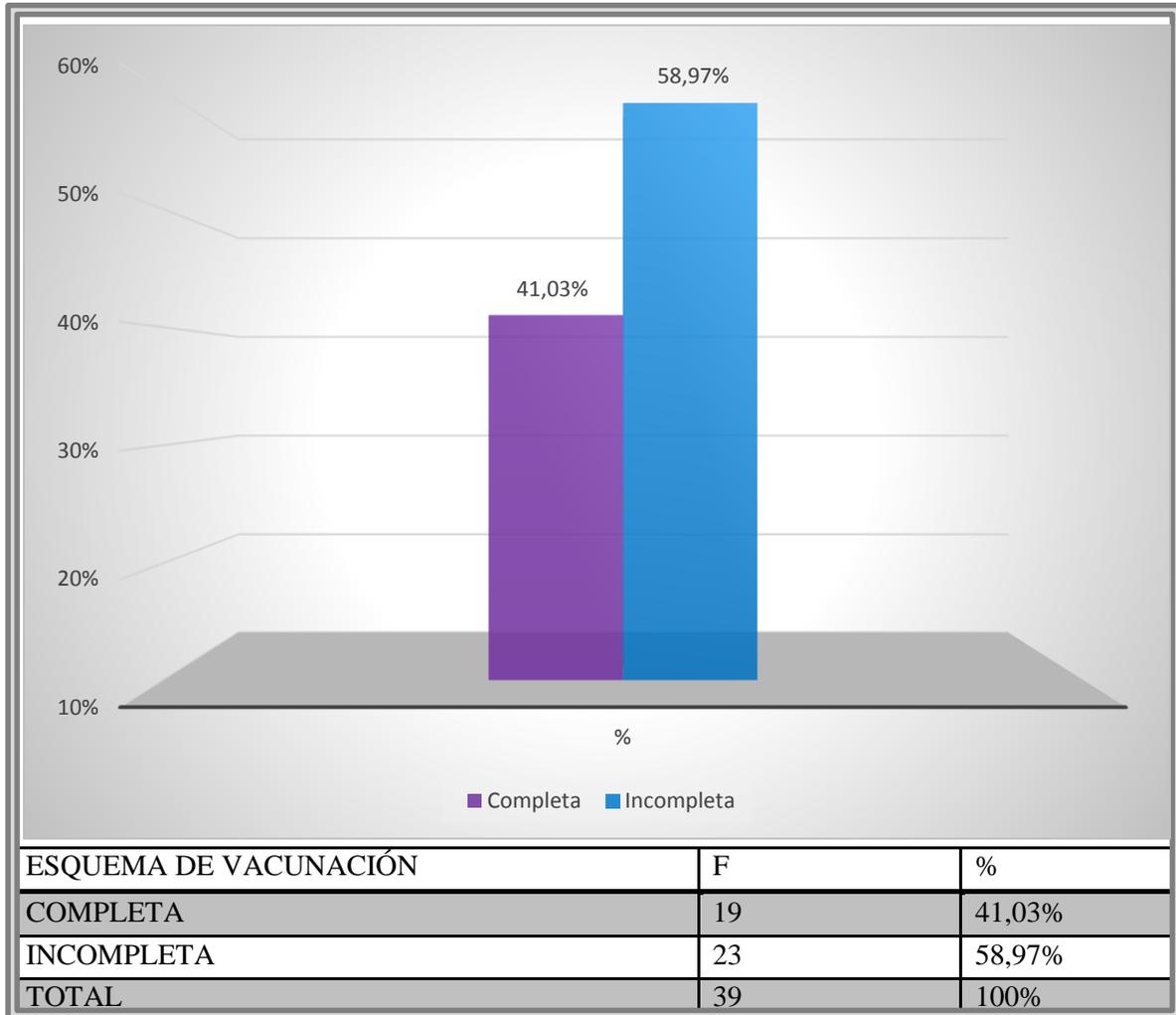
Los resultados en el estudio coinciden con. (Wilma B. Freire, Ramirez, & Belmont, 2013) en donde citan que la edad donde se presentan más los trastornos de la nutrición son en los menores de 18 meses.

Pero según el (Banco Mundial, 2012) refiere que las niñas han mantenido más bajo su porcentaje de desnutrición, desde décadas pasadas y en la actualidad hay reportes en los que muestran que tanto niños y niñas sufren por igual de desnutrición en el mundo. Lo que no concuerda con el estudio ya que el mayor porcentaje de desnutrición se presenta en el sexo femenino

Págs. 7,10

GRAFITABLA No. 2

Esquema de vacunación en niños menores de 5 años con malnutrición proteica energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el subproceso de pediatría del hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

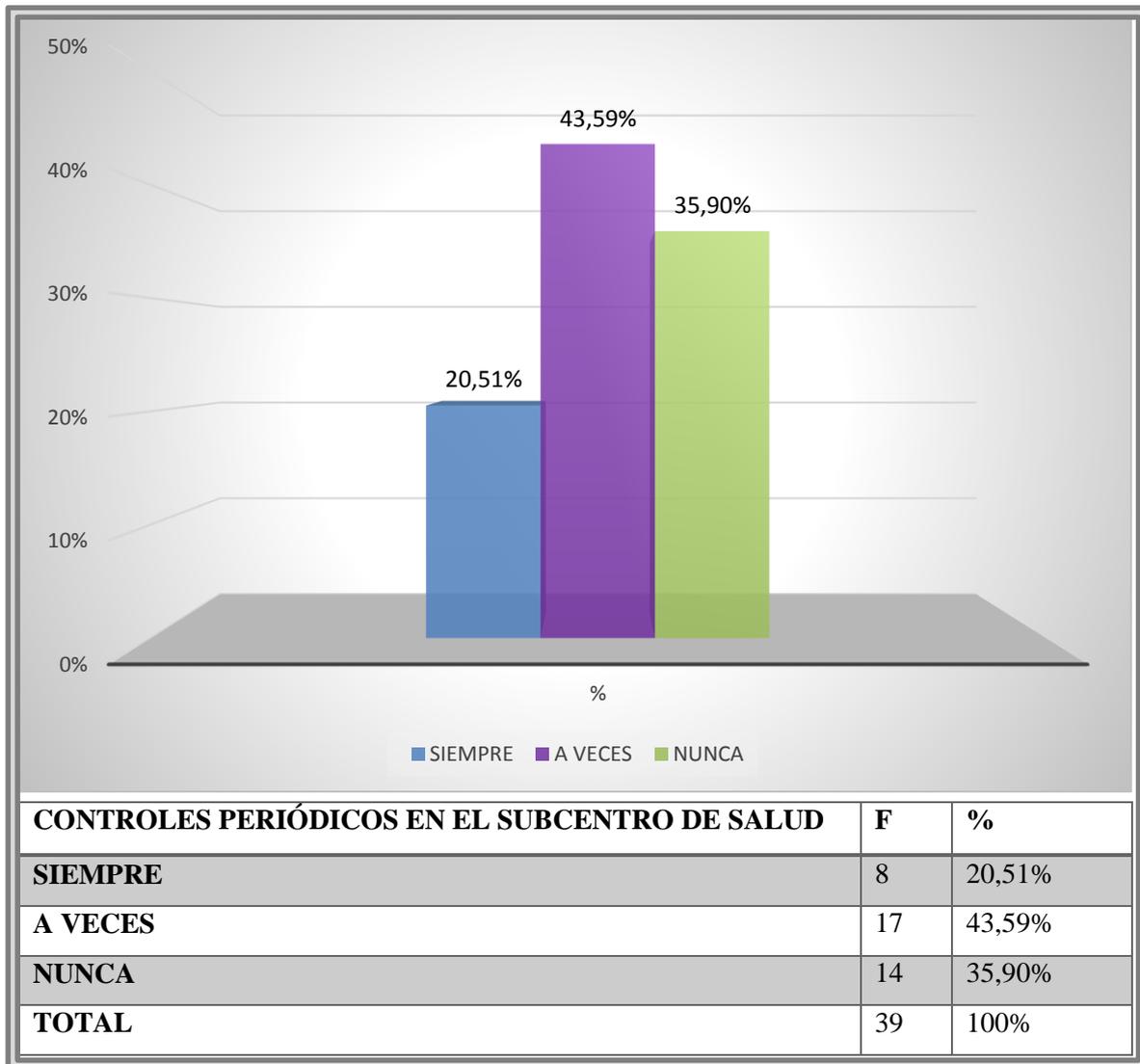
Análisis e Interpretación

El 58,97% de la población en estudio no cumple con el esquema de vacunación para la edad y el 41,03% presenta vacunación completa.

Lo que concuerda con Greene, 2010 “los problemas nutricionales como la desnutrición aguda y la desnutrición crónica se encuentran presentes en los lactantes, cuyos factores postnatales no fueron ideales, falta de inmunizaciones, y control de crecimiento y desarrollo, sumándose a todo ello un trastorno desfavorable, como patrones culturales y educativos nocivos para la salud”. Es por esto que los trastornos de la nutrición repercuten con mayor gravedad en aquellos niños que no cuentan con el esquema de vacunación completo para la edad. Pág. 8

GRAFITABLA No. 3

Controles periódicos en el subcentro de salud en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el subproceso Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

Análisis e Interpretación

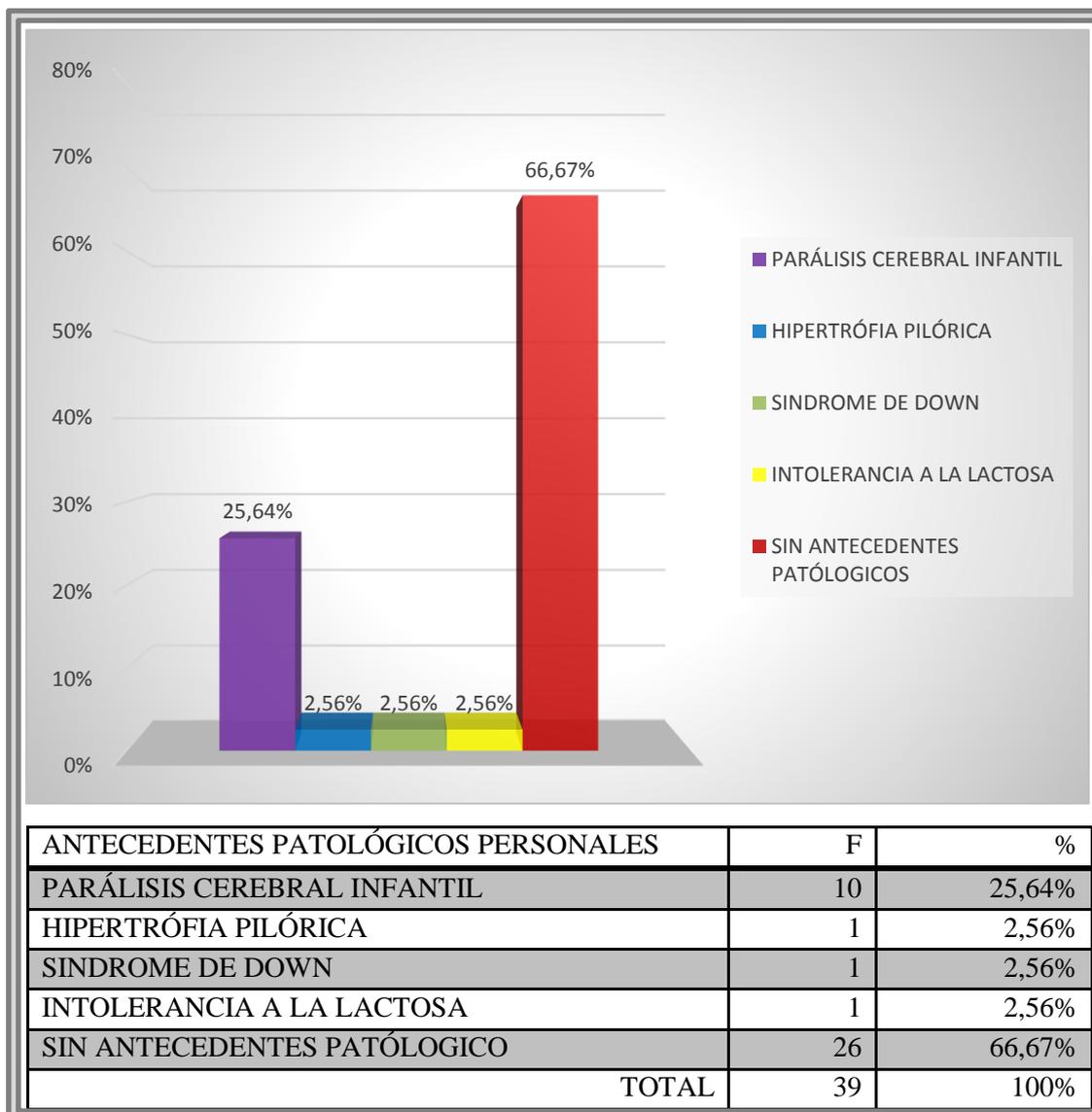
De una población de 39 niños con malnutrición, el mayor porcentaje que es el 43,5% son llevados a los controles periódicos en el Subcentro de Salud, de manera irregular es decir “a veces” mientras que el 35,9% no acuden “nunca” a los controles y sólo el 20,5% cumple a cabalidad ésta responsabilidad y acuden “siempre”.

Lo cual corrobora (Greene, 2010); Donde dice que “Los controles periódicos en las unidades de Salud garantizan un bienestar en conjunto, tanto para la madre como para el niño”. “Cuando se lleva un control estricto se pueden diagnosticar tempranamente los problemas nutricionales como la desnutrición aguda.”

Pág. 8

GRAFITABLA No. 4

Antecedentes patológicos personales en niños menores de 5 años con malnutrición proteica energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

Análisis e Interpretación

De 39 niños con Malnutrición el 66,67% de la población no presento antecedentes patológicos personales de importancia; el 25,6% tenía como antecedente parálisis cerebral infantil y un porcentaje mínimo y similar presentaron síndrome de Down, Intolerancia a la lactosa, e Hipertrofia pilórica con un 2,5% cada uno. Lo que indica que la malnutrición muchas veces se produce por una causa endógena.

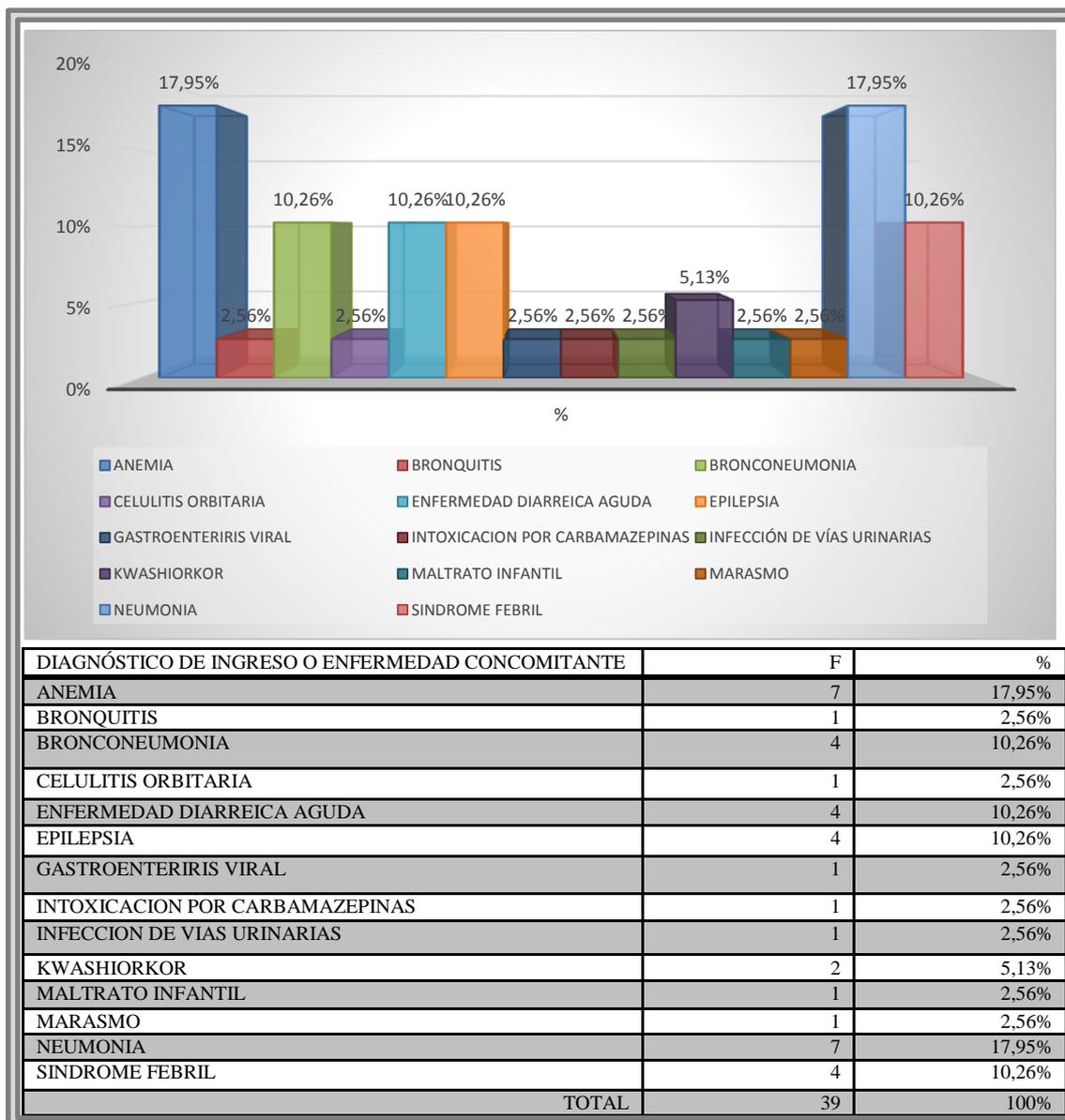
Según (Cruz Hernández, 2007) “La malnutrición y submalnutrición también se puede deber enfermedades sobre todo las crónicas ya que se necesitan más requerimientos calóricos, pueden existir estados de anorexia o se ven afectadas las funciones de digestión y absorción siendo la causa principal del padecimiento de patologías subagregadas como enfermedades respiratorias (fibrosis quística); enfermedades de tubo digestivo (enfermedad celiaca, intolerancia a los hidratos de carbono, alergias alimenticias) que no son diagnosticadas oportunamente; enfermedades emetizantes (estenosis hipertrófica del píloro, hernias cardioesofágicas), enfermedades hepáticas (cirrosis de diversos orígenes, atresia de las vías biliares); enfermedad renal crónica, cáncer (sometidos a tratamiento de quimio y radioterapia); cardiopatías congénitas, enfermedades del sistema nervioso, (encefalopatías estática o parálisis cerebral infantil).

Dentro de las patologías que son responsables de la malnutrición citan principalmente las del tubo digestivo y de otros sistemas dejando en última instancia a las enfermedades del sistema nervioso. Lo que no concuerda con el estudio ya que la mayor incidencia de malnutrición se ve asociada a la parálisis cerebral infantil debido a el desconocimiento o a las dificultades que se presentan al momento de alimentar a estos niños, provocando una desnutrición por una deficiente dieta desprovista de los alimentos esenciales repercutiendo en un severo trastorno del crecimiento y agravando su patología de base.

Pág. 12-13

GRAFITABLA No. 5

Diagnóstico de ingreso o Enfermedad concomitante en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

Análisis e Interpretación

Según el diagnóstico de ingreso o enfermedad concomitante el 17,9 % de la población en estudio presentaba Anemia y con igual porcentaje del 17,9% Neumonía, las siguientes patologías con mayor e igual número porcentual fueron Enfermedad Diarreica Aguda, Síndrome Febril, Epilepsia y Bronconeumonía con el 10,2% cada una. Con un porcentaje menor tenemos Kwashiorkor con el 5,1% y por ultimo un porcentaje mínimo pero no menos importante del 2,5% para otras patologías como Bronquitis, Celulitis Orbitaria, Gastroenteritis Viral, Intoxicación por Carbamazepinas, Infección de Vías Urinarias, Maltrato Infantil y Marasmo.

Como señala Maldonado, 2011; “Los problemas de anemia afectan especialmente al 39% de los niños menores de cinco años en el mundo”.

De igual forma la OMS, 2013; expresa que “La malnutrición proteico-energética, es una problemática más aguda, donde los niños y niñas, cuya situación alimentaria es deficiente pueden desarrollar de manera más crítica y evolucionar con consecuencias fatales ante enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias”

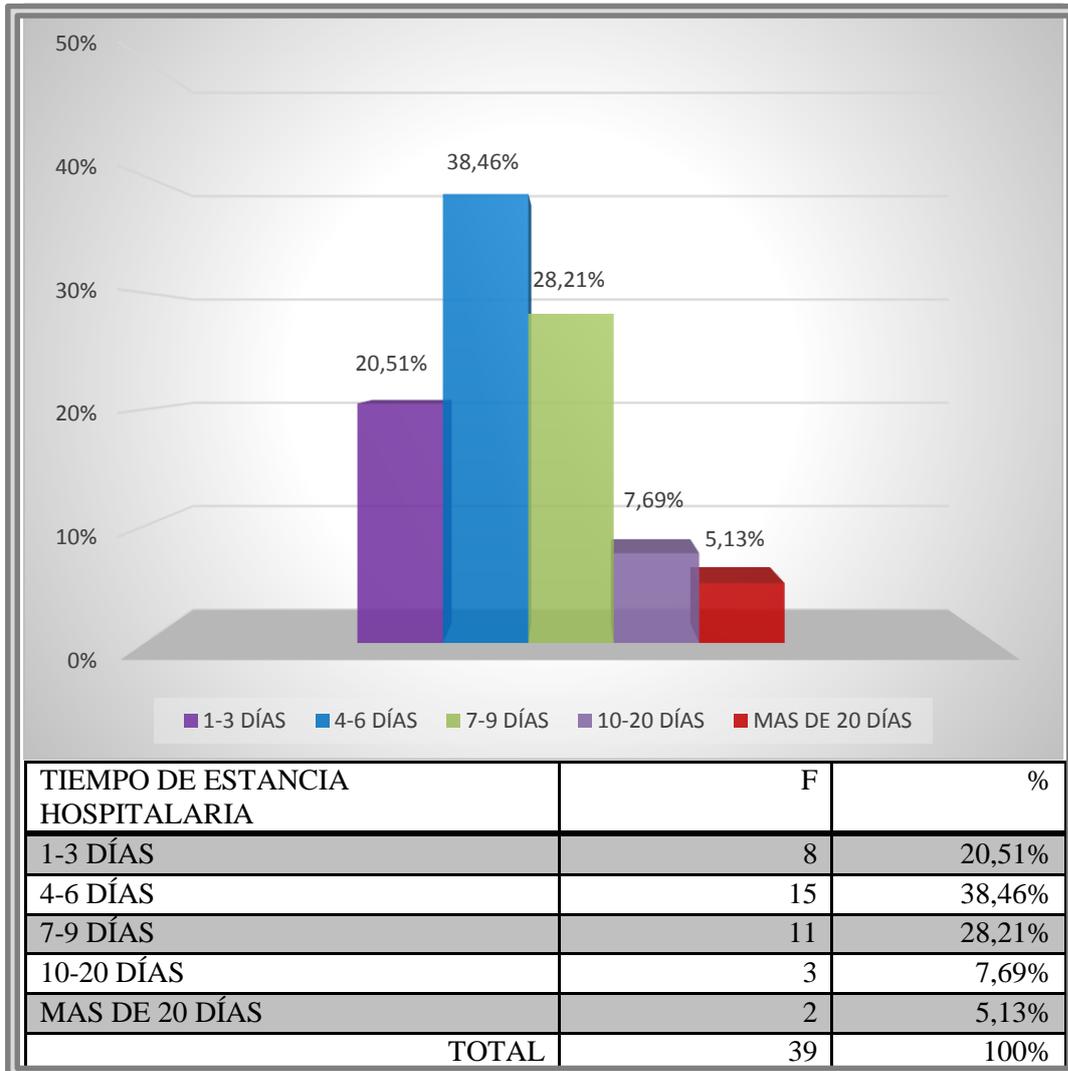
Coincidiendo con Gómez, 2012; que establece que “El estado de nutrición de un niño es el reflejo de su estado de defensa por lo que es un factor que condiciona la mayor o menor gravedad frente a la deshidratación por las diarreas, presentando un mayor número de episodios graves, además de ser más vulnerables al desarrollo de algunas enfermedades infecciosas como el paludismo, meningitis y neumonías”.

Según los datos del estudio y las referencias citadas los resultados concuerdan que los problemas de anemia, y los problemas respiratorios con los del tracto digestivo son las principales patologías concomitantes en los estados de malnutrición y por consiguiente agravantes de la misma.

Pág. 7, 9, 14

GRAFITABLA No. 6

Tiempo de estancia hospitalaria de salud en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

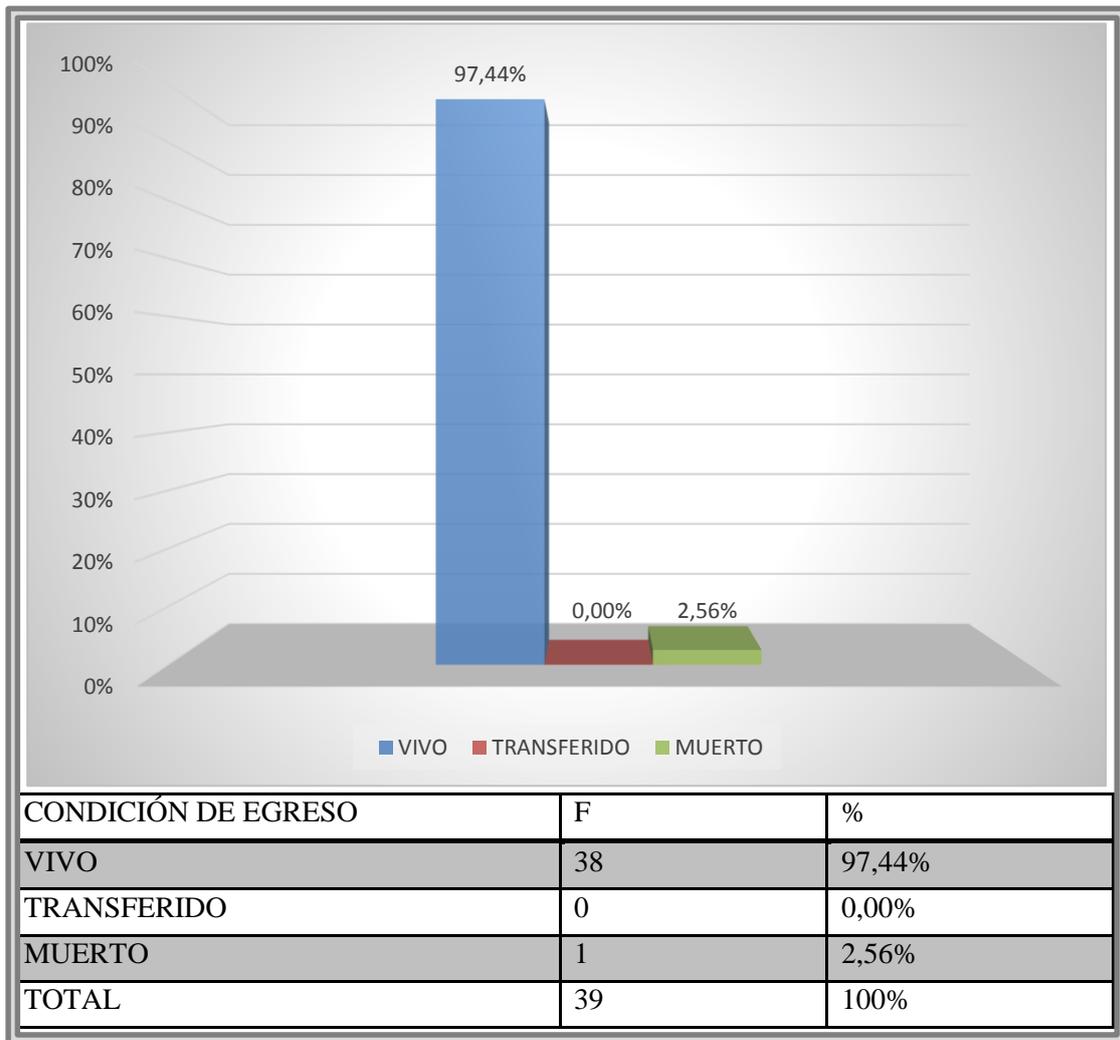
Análisis e Interpretación

El 38,4% de la población en estudio tuvo un tiempo de estancia hospitalaria de 4-6 días, el 28,2% de 7-9 días, el 20,5% de 1-3 días, y un porcentaje mínimo tuvo una estancia hospitalaria más prolongada; el 7,6% de 10-20 días y el 5,1% mayor a 20 días.

Los resultados muestran que la estancia hospitalaria en los niños con trastornos de la nutrición no van más allá de una semana y media debido a que no se requiere mantenerlos innecesariamente hospitalizados ya que por su mismo estado nutricional deficiente y su sistema inmune alterado están más propensos a contraer otro tipo de patologías que pueden agravar el cuadro, como señala Cruz Hernández, 2007; “Se deben tener razones verdaderamente necesarias para mantener hospitalizado a un paciente ya que está asociada el tipo de malnutrición y tiempo de estancia hospitalaria, por lo que recomienda ajustarse a los criterios: solo en casos de malnutrición grave, que presente una deshidratación moderada, que las circunstancias familiares no sean las adecuadas o que exista fracaso del tratamiento ambulatorio”. Pág. 22

GRAFITABLA No. 7

Condición de egreso en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

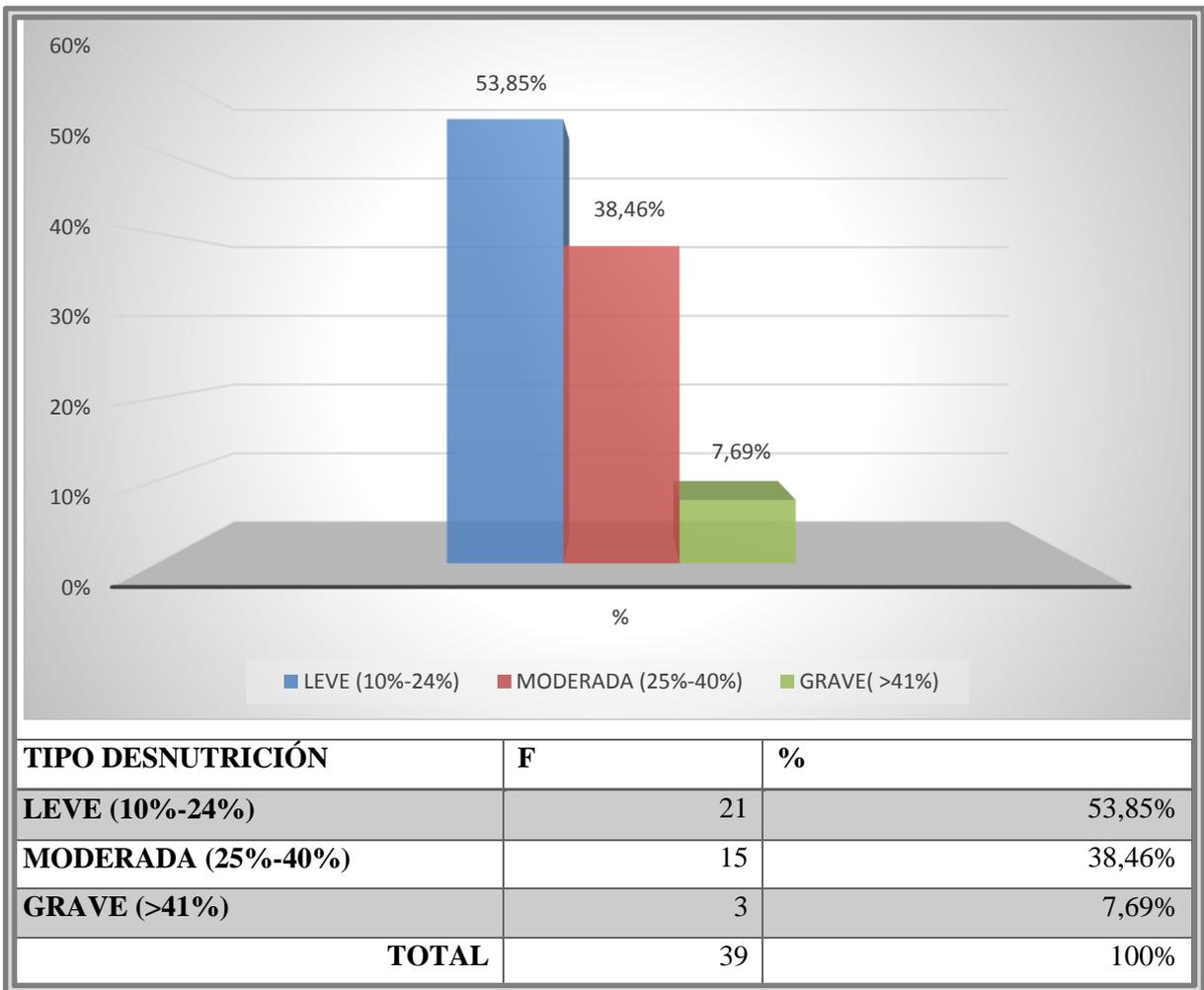
Análisis e Interpretación

El 97,4% de la población en estudio tuvo una buena evolución del cuadro debido a que su tipo de desnutrición no era de gravedad por lo que su condición de egreso fue vivo, y el 2,5% que es un porcentaje bastante bajo tuvo consecuencias fatales y su condición de egreso fue muerto mientras que lo que se refiere a transferencias a hospitales de mayor complejidad no hubo ningún caso.

En base a estos resultados y las estadísticas que lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública (MSP., 2013), “Establece que la malnutrición se constituye en un serio problema de salud y de bienestar social y aunque la mortalidad infantil ha disminuido por esta causa, los sobrevivientes manifiestan repercusiones duraderas para toda la vida”. Pág. 7

GRAFITABLA No. 8

Tipo de desnutrición según la clasificación de Gómez en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

Análisis e Interpretación

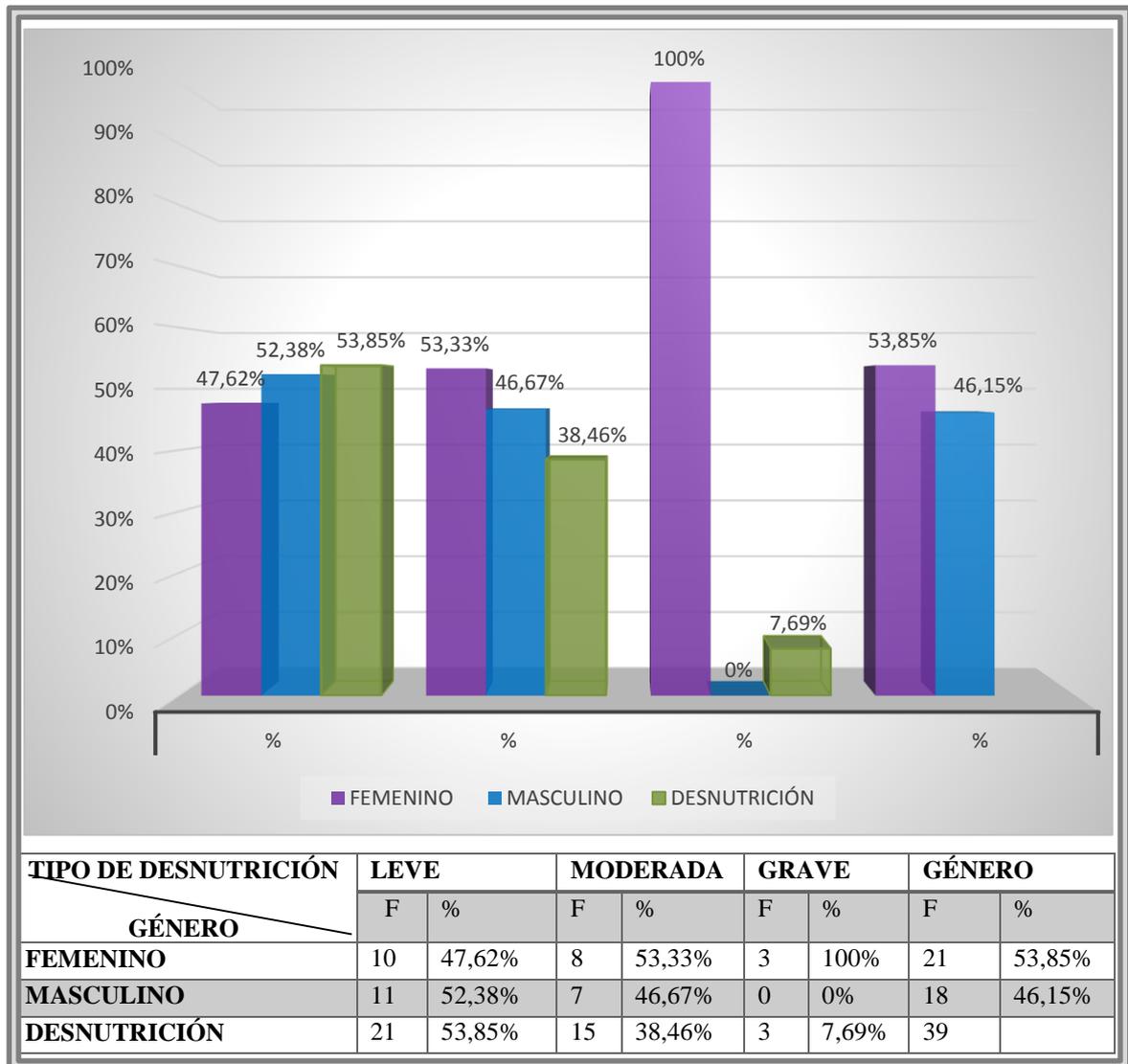
El 53,8% de la población en estudio mostro un tipo de desnutrición leve con un porcentaje de déficit del 10-24% según la clasificación de Federico Gómez; el 38,4 % un tipo de desnutrición moderada con un porcentaje de déficit del 25-40% y el 7,6% desnutrición grave con un déficit mayor al 41%. Lo que indica que aunque los casos graves tengan una incidencia menor, aún siguen habiendo problemas de desnutrición que si no se corrigen a tiempo pueden desarrollar a casos graves.

De igual forma el Ministerio de Salud Pública (MSP., 2013), “Establece que aunque la mortalidad infantil ha disminuido por esta causa, los sobrevivientes manifiestan repercusiones duraderas para toda la vida y según los datos proporcionados por el MIES, 2013; “Un número aproximado de 350.000 niños padecen de Malnutrición, que el 26% presentan desnutrición crónica y de este total el 6,35% desnutrición extrema.”

No podemos relacionar el estudio debido a que no hay fuentes que den reportes sobre la clasificación de leve, moderada y grave en la cual se basó, pero si lo relacionamos según con los datos del MSP podemos decir que concuerda ya que el mayor porcentaje de desnutrición es de tipo leve y un mínimo de tipo grave como también lo demuestra el MSP con el 6,35% de desnutrición extrema equivalente a la grave. Pág. 7

GRAFITABLA No. 9

Género y tipo de desnutrición en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

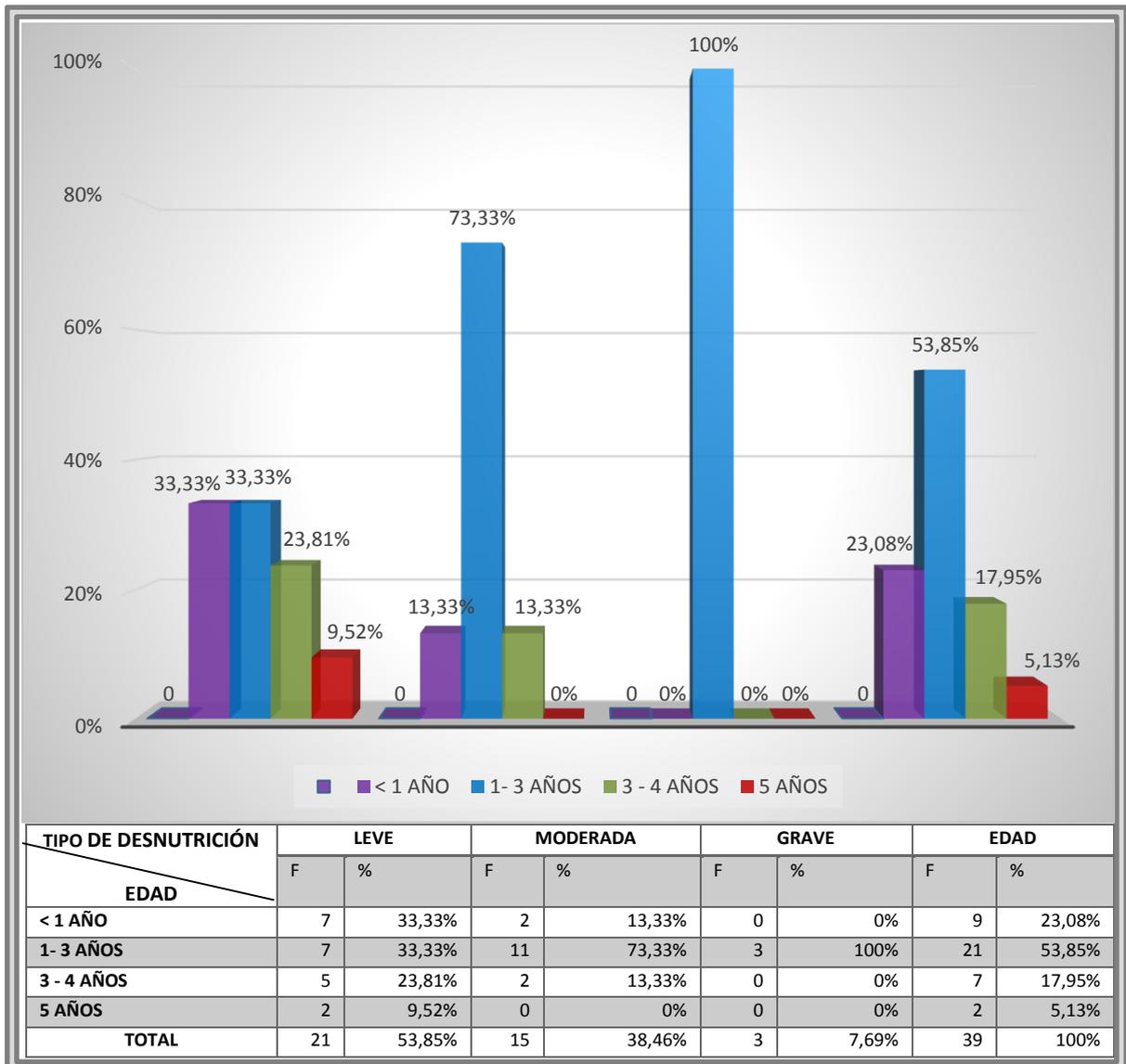
Análisis e Interpretación

EL 53,85% de los casos en estudio presentaron desnutrición leve con un mínimo predominio en el género masculino con un 52,38% y el 47,62% el femenino, de igual forma del total de desnutrición moderada con el 38,46% de los casos no mostro gran diferencia entre géneros, reportando el género femenino el 53,33% y el masculino 46,67% y por último el 7,69% restante de casos presentaron desnutrición grave siendo el 100% en la población de género femenino.

En el estudio realizado no hay ninguna cita bibliográfica en donde refiera que tipo de desnutrición es más frecuente en relación al género, pero aun así se observa según los datos estadísticos que en los casos de desnutrición grave, que es un mínimo porcentaje tuvo mayor predominio en el género femenino.

GRAFITABLA No. 10

Edad y tipo de desnutrición en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014- marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

Análisis e Interpretación

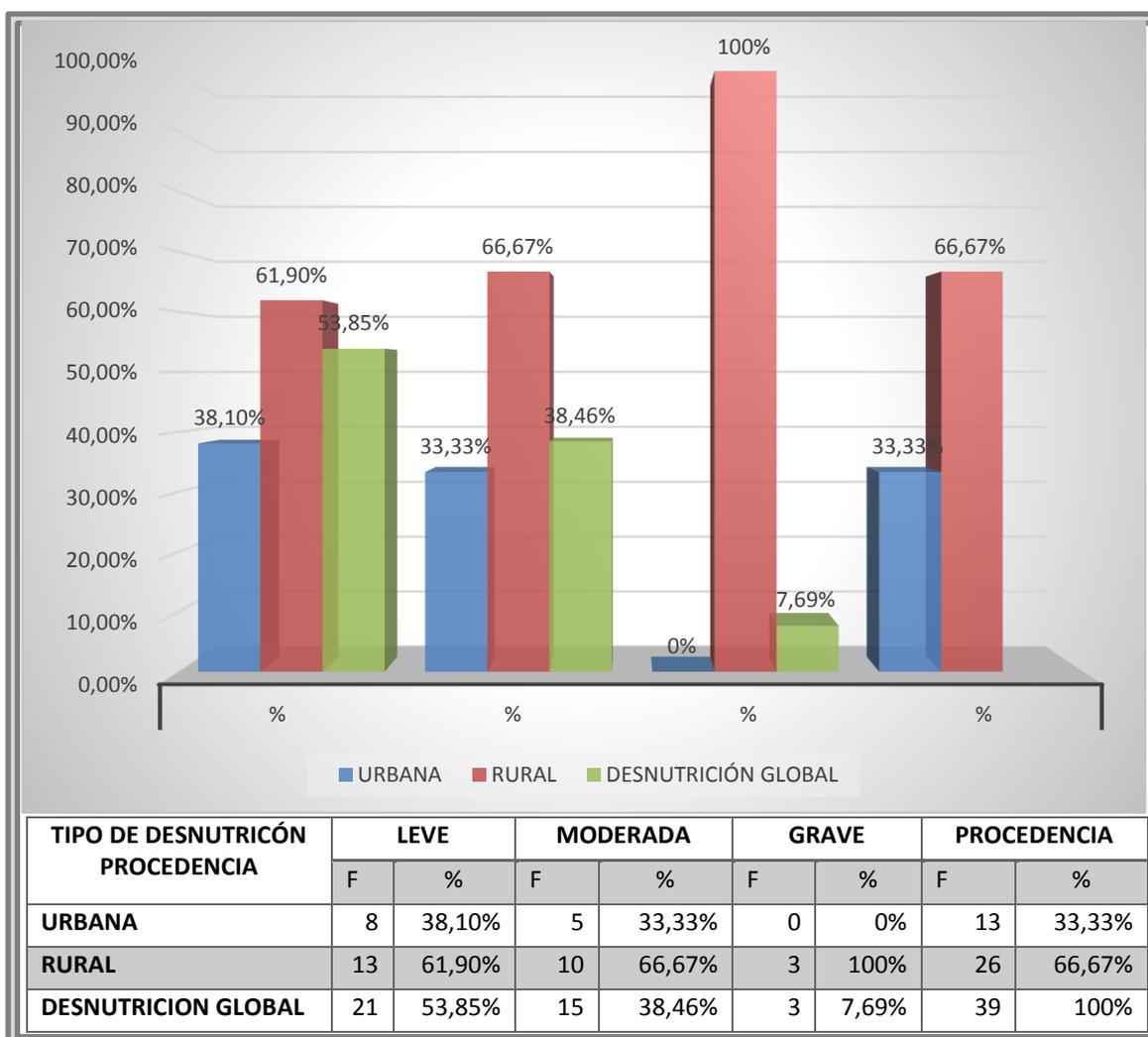
La relación entre el tipo de desnutrición y la edad, demuestra que en el tipo de desnutrición leve los grupos de edades donde hay mayor incidencia es la de menores de 1 año y los de 1-3 años con un porcentaje similar de 33,3% seguido por el grupo de edad de 3-4 años con un porcentaje del 23,8% y un menor porcentaje en la edad de 5 años con un 9,55. Mientras que en el tipo de desnutrición moderada tenemos un mayor porcentaje en el grupo de 1-3 años con el 73,3%, seguido por el grupo de menores de 1 año y de 3-4 años con un porcentaje similar de 13,3 % y sin reportar ningún caso en el grupo de 5 años. Por último tenemos el tipo de desnutrición grave en donde hay reportes del 100% para el grupo de edad de 1-3 años.

Lo que indica que el grupo de mayor riesgo es el de 1-3 años en todos los tipos de desnutrición. Lo que concuerda con Kliegman, Stanton, Schor y cols, 2011 donde refiere que la forma clínica de “kwashiorkor” que significa después del destete o niño depuesto que es el que deja de mamar por lo que su presentación se da en niños entre 18 meses a 5 años.

Así mismo Hernández, 2011 recalca que “La Malnutrición Proteico Energética, es el más serio problema nutricional, afectándolos mayormente en los primeros años de vida. Págs.9, 17

GRAFITABLA No. 11

Procedencia y tipo de desnutrición en niños menores de 5 años con malnutrición proteico energética asociado a determinantes sociodemográficos, atendidos en el Subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda, marzo 2014 - marzo 2015



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Verdi Cevallos Balda
 Elaboración: Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

Análisis e interpretación

El 66,67% de la población en estudio proviene del área rural y un 33,33% del área Urbana.

Del porcentaje global de desnutrición leve que es el 53,85% de los casos en estudio, el mayor número de casos se presentó en la zona rural con el 61,90% y en la región urbana el 38,1%; mientras que del global de la desnutrición moderada que es el 38,46% persiste el predominio en la zona rural con el 66,6% y el 33,33% en la urbana; por último la desnutrición grave con el mínimo de los casos en estudio un 7,69% solo está presente en su totalidad en la zona rural con el 100%.

En conclusión los problemas nutricionales de tipo leve moderado y grave presentan mayor incidencia en la zona rural lo que coincide con Hernández, 2011 donde refiere que “La malnutrición proteico energética, es el más serio problema nutricional y está ligado a las condiciones sociodemográficas en donde viven estos niños con una pobreza crítica”.

De la misma manera Bosh, 2011, cita que “entre los factores predisponentes relacionados al entorno social y familiar que afectan o condicionan el estado nutricional está, el medio en que vive, nivel cultural, marco educativo, hábitos de higiene, estado de salud, disponibilidad económica entre los más influyentes en el ámbito sociodemográfico de las poblaciones. Es decir que los modelos alimentarios se crean en torno a la geografía concreta del lugar” lo que respalda al estudio, que la zona rural es donde más trastornos nutricionales se presentan.

Pág. 9

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Según los datos estadísticos se identificaron las características sociodemográficas asociadas al perfil clínico de una población de 39 niños donde el 66,67 por ciento provenía del área rural, con algún tipo de malnutrición proteico energética, ya sea de tipo leve, moderada o grave, determinado por la fórmula de Federico Gómez;

Según los resultados sobre las características sociodemográficas de los niños en estudio resulto un predominio del género femenino con el 53,85 por ciento y de igual forma el grupo de edad más afectado fue el de 1-3 años con el 53,8 por ciento, asociados a otros factores de riesgo como los controles periódicos en el centro de salud, obteniendo que la mayor parte de la población asiste de manera irregular “a veces” con un 43,59 por ciento. Así mismo con respecto a la vacunación el 58,97 por ciento tiene un esquema incompleto para la edad.

Lo que respecta a la clínica del paciente, según los grados de desnutrición determinados por la fórmula de Federico Gómez, el tipo de desnutrición con más predominio es el leve con el 53,85 por ciento y un mínimo del 7,69 por ciento de desnutrición grave. No se pudo realizar la desviación estándar según la curva y los percentiles debido a que no se contaba con el indicador talla en los datos estadísticos.

Mediante una estrategia medico educativa se logró llegar a la población de riesgo con la socialización de la propuesta, en la que se informó e instruyó mediante una charla a los padres y/o tutores de los niños y niñas menores de 5 años con problemas de malnutrición; sobre los principales signos de alarma y las conductas a seguir para detectar problemas nutricionales agudos y evitar que se conviertan en crónicos para mejorar el pronóstico que muchas veces es lamentable porque quedan con secuelas permanentes.

Por último se logró establecer medianamente el pronóstico según la condición de egreso, siendo éste favorable, ya que el 97,44 por ciento egresó vivo, un 2,56 por ciento egresó muerto y no se reportó ningún caso transferido.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Seguir con las campañas de promoción y prevención de salud en las diferentes áreas sobre todo en las zonas rurales y mediante la elaboración de material didáctico, promover hábitos saludables referente a la nutrición y alimentación complementaria en los niños menores de 5 años e incentivar a que sigan con los controles periódicos en el subcentro y cumplan con las campañas de vacunación para disminuir los factores de riesgo y así mejorar los trastornos nutricionales y sus complicaciones.

Realizare pesquisaje de niños menores de 5 años con desnutrición y determinar cuáles son los factores sociodemográficos que provocan estos trastornos para crear campañas que puedan mejorar su condición y así evitar que sigan evolucionando a patologías más graves que pueden repercutir en su desarrollo normal.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Capacitar a los profesionales médicos para que establezcan un manejo clínico inicial que ayude a detectar signos de peligro o gravedad creando protocolos simples que puedan poner en practica todo el personal de salud, y de esta manera trabajar en conjunto para dar un tratamiento oportuno y evitar que más niños y niñas sufran trastornos graves de desnutrición con consecuencias fatales o que queden con secuelas de por vida.

De la misma manera planear y ejecutar actividades educativas continuas por parte del personal médico calificado, dirigidas fundamentalmente a las madres y/o tutores de los niños menores de 5 años para que puedan detectar signos de alarma y de esta manera hacer un trabajo en equipo por el bien de los niños.

A la universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela de Medicina.

Sugerir que sigan apoyando este tipo de proyectos en donde se busca conocer más sobre la realidad de los problemas de salud y pedir que se sigan incluyendo este tipo de temas.

PRESUPUESTO

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNITARIO	V. TOTAL
6	Internet (meses)	\$ 20.00	\$ 120.00
400	Impresiones	0.10	40.00
Global	Materiales de Oficina	280.00	280.00
800	Copias	0.03	240.00
Global	Transporte	150.00	150.00
5	Empastados	8.00	45.00
Global	Imprevistos	15.00	15.00
		TOTAL	\$ 890.00

CRONOGRAMA VALORADO 2014-2015

ACTIVIDADES	2014								2015																RECURSOS		COSTOS				
	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				HUMANOS	MATERIALES					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
Primera reunión: Revisión de Tema Planteamiento del Problema Cambio de tema																													Autores de la Investigación	Carpetas y Documentos.	\$ 50,00
Segunda Reunión: Aprobación de Tema Modificación de los Objetivos. Revisión del planteamiento																													Autores y Director de Tesis	Libros, textos, folletos, internet, hojas	\$ 70,00
Tercera Reunión: Variables Operacionalización de variables																													Autores de la Investigación	Documentos, fuente bibliográfica	\$ 80,00
Cuarta Reunión: Elaboración de Marco Teórico Ficha de recolección de datos Recolección de datos																													Autores y Director de Tesis	Carpeta de Informe	\$ 50,00
Quinta Reunión: Diseño metodológico Revisión de grafitas																													Autores y Director de Tesis	Carpeta de Informe	\$50,00
Sexta Reunión: Conclusiones y recomendaciones Introducción																													Autores y Director de Tesis	Trabajo empastado	\$ 100,00
Presentación del Primer borrador del Informe final																													Autores y Director de Tesis	Proyector, CD, Tesis	\$ 90,00
Presentación de correcciones																													Autores de la Investigación	Carpeta de informe	\$ 150,00
Entrega de Tesis																													Autores de la Investigación	Tesis elaboradas	\$200,00
TOTAL																												\$ 890,00			

CAPITULO V

PROPUESTA

TÍTULO

Estrategias y conductas para detectar signos de malnutrición y mejorar el pronóstico de los niños con estos trastornos alimenticios dirigido a los tutores y/o padres de familia del paciente pediátrico con malnutrición proteica energética que asisten al área de consulta externa de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

JUSTIFICACIÓN.

Alrededor del 8% de personas desnutridas viven en América Latina y el Caribe. Como consecuencia niños menores de 5 años en el mundo en vías de desarrollo tienen peso deficiente (Peso-para edad bajo), tienen baja estatura (talla baja para edad) y están emaciados (peso bajo para talla). Por lo que la desnutrición infantil usualmente llamada desnutrición proteico energética es la enfermedad nutricional más importante en los países en vías de desarrollo y los desórdenes conocidos como marasmo y kwashiorkor, las deficiencias de macro y micronutrientes, el retardo del crecimiento físico, el desarrollo mental deficiente, los altos índices de morbilidad y mortalidad son algunas de las manifestaciones de la mala alimentación en la población infantil. (FAO., 2013)

En este contexto la desnutrición proteico energética se ve con mayor frecuencia en niños menores de 5 años porque su crecimiento impone mayores requerimientos nutricionales, ya que ellos no pueden adquirir alimentos por sus propios medios. Cuando estos niños viven en condiciones poco higiénicas, frecuentemente se enferman con diarrea y otras infecciones.

FUNDAMENTACIÓN.

En este contexto a pesar de la asistencia en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, existen casos significativos de niños que ingresan con bajo peso y sobrepeso, porque en la observación realizada se detectó el desconocimiento por parte de las madres sobre nutrición, las cuales no tienen escolaridad y es allí donde empieza la mala nutrición de

sus hijos y no reciben la alimentación porque desconocen los principios de combinación de manipulación y preparación de los alimentos.

También prevalece la falta de nivel educacional relacionado con los escasos recursos económicos que actualmente afectan a nuestro país y por ende como consecuencia tenemos los problemas nutricionales de sobrepeso y desnutrición más aun en zonas rurales que viven los niños y el desconocimiento que tienen los padres de familia, lo que hace necesario educar a los padres de familia y/o tutores por medio de esta estrategia médico educativo para mejorar sus conocimientos y los niños puedan gozar de una buena nutrición y porque no decirlo de una buena salud, de atención integral del paciente pediátrico con trastornos de la malnutrición proteico energética que asisten al subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Generar Estrategias y conductas para detectar signos de malnutrición y mejorar el pronóstico de los niños con estos trastornos alimenticios dirigido a los tutores y/o padres de familia del paciente pediátrico con malnutrición proteico energética que asisten al área de consulta externa de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Mejorar el nivel de conocimiento por medio de chalas educativas dirigidas a los tutores y/o padres de familia del paciente pediátrico con malnutrición proteica energética que asisten al área de consulta externa de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda;

Informar con material didáctico y comprensible, detallando los principales signos de alarma en un niño con malnutrición

BENEFICIARIOS

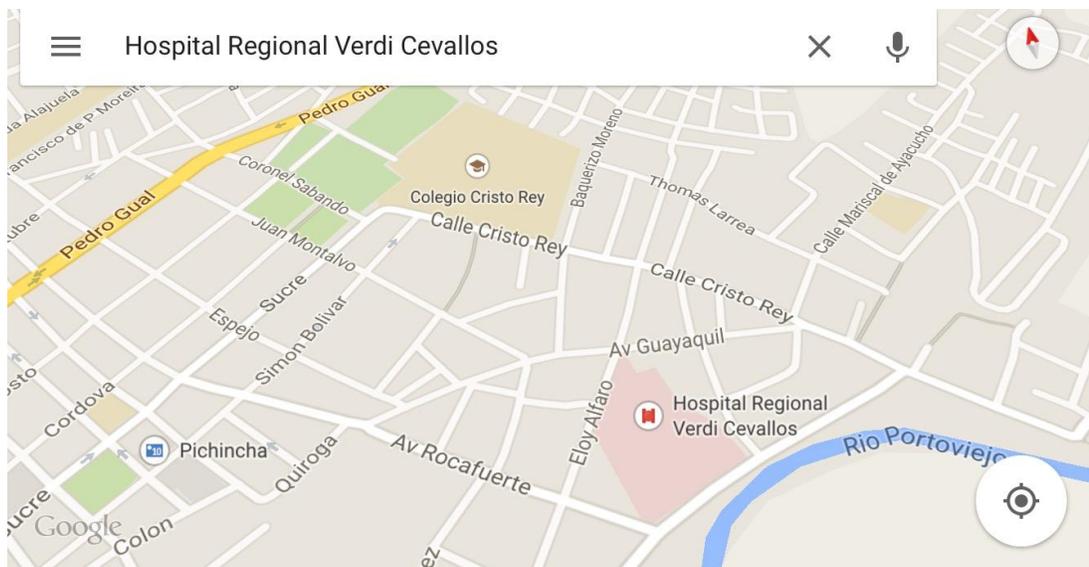
Los beneficiarios de esta propuesta serán los usuarios y padres de familia y/o tutores que asisten al subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta fueron los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina, Mora Intriago Lady Laura y Morales Giler Carlos Miguel

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda,



OBJETIVOS TERMINALES

Valorar el nivel de conocimiento después de la socialización del tema y así concientizar a los tutores y/o padres de familia la necesidad de una buena alimentación

Distribución de los trípticos a las personas a las cuales se les imparte la charla

FACTIBILIDAD.

Esta propuesta es factible, ya que la nutrición es afectada por los factores socioeconómicos que tienen como fin proteger la salud de todos los niños y miembros de la familia, éste involucra varios aspectos como: producción y comercialización de alimentos, capacidad para acceder y adquirir alimentos, creencias y prácticas que influyen en el consumo y distribución de alimentos dentro de la misma. Además se contó con la colaboración de las autoridades de esta entidad, de ahí la importancia de informar mediante charlas educativas los síntomas típicos, atípicos, manejo integral y complicaciones del perfil clínico de la malnutrición proteico energética.

RECURSOS

HUMANOS:

Usuarios y madres de familia de niños y niñas

Personal del subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Investigadores

MATERIALES:

Trípticos

Computadora

Gigantografías

Tecnología

INFRAESTRUCTURA.

Instalaciones del área de consulta externa de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA PROPUESTA

Miembros del tribunal del Trabajo de titulación

Investigadores

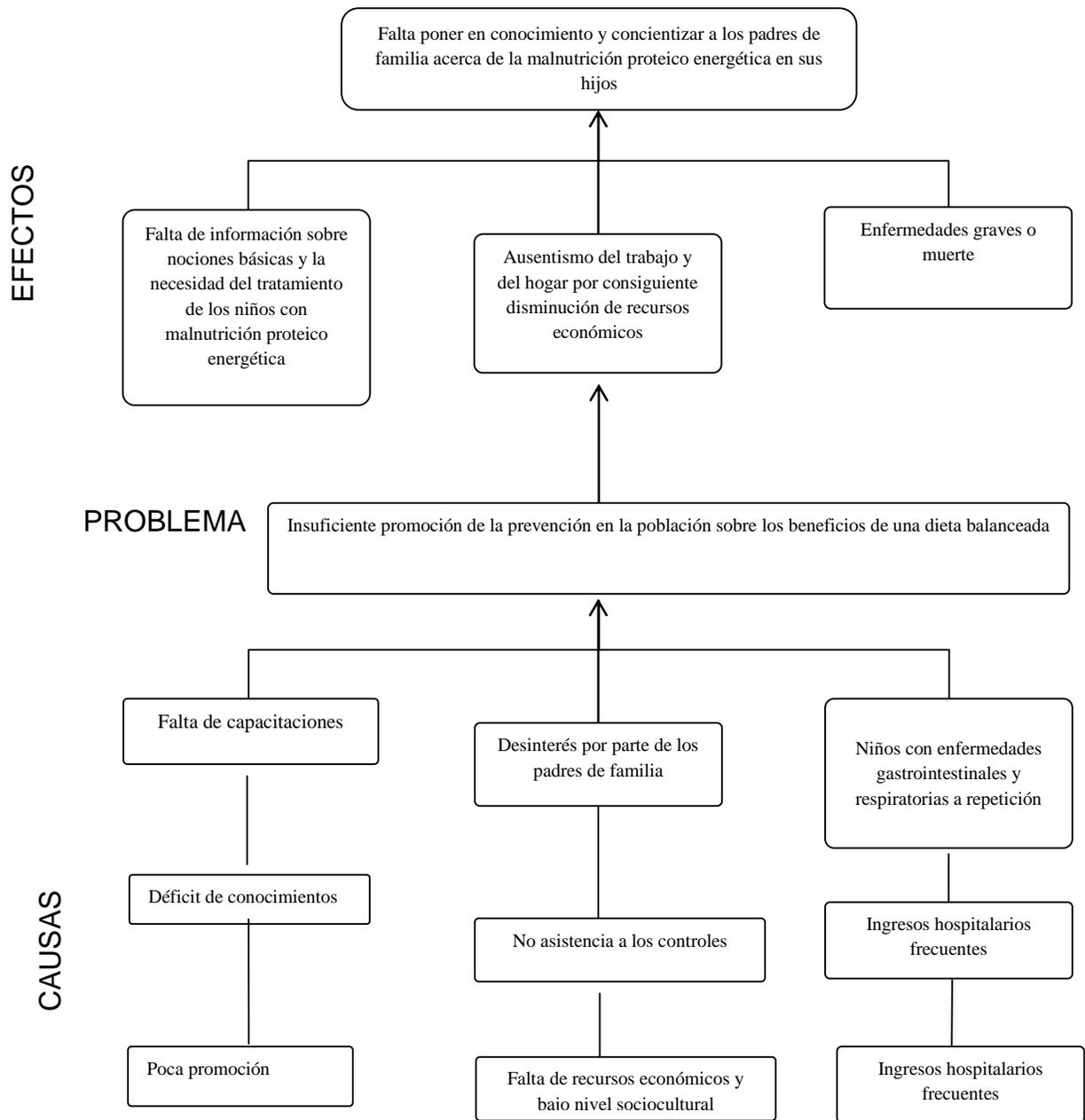
IMPACTO

Con esta propuesta se pretende concientizar a los tutores y madres de familia sobre las debidas y correctas formas de alimentar a sus hijos ya que este trabajo nos comprobó el desconocimiento que tienen los padres de familia y/o tutores en cuanto a este tema de nutrición y los riesgos y enfermedades que podrían padecer los niños durante esta etapa por la mala alimentación por lo que es importante analizar la eficacia de este programa educativo de intervención con la entrega de trípticos sobre nutrición.

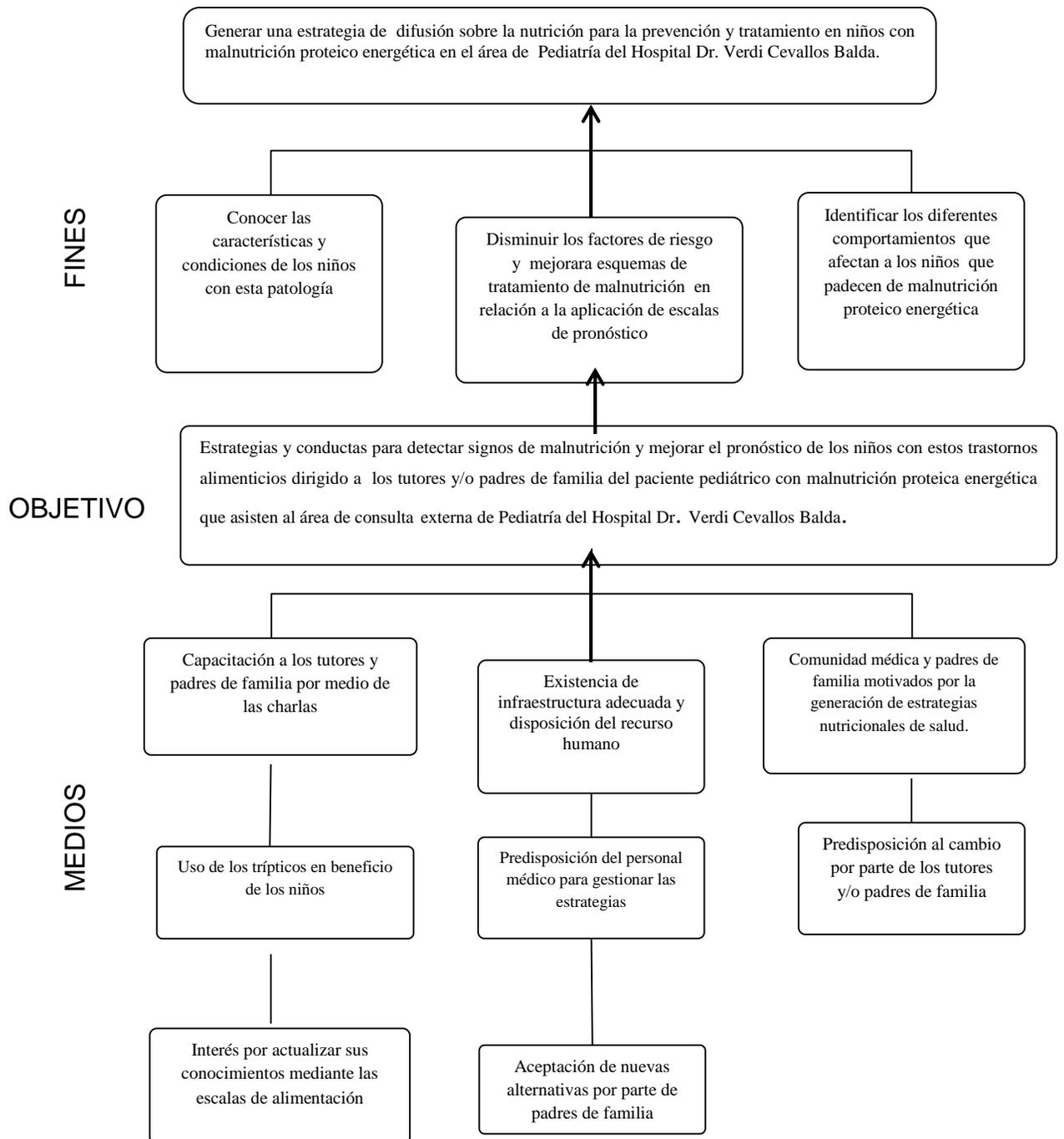
F.O.D.A.

F	<ul style="list-style-type: none">• La entidad hospitalaria cuenta con los medios de valoración diagnóstica indispensables para prevenir la malnutrición en los niños.• Dicha Unidad maneja programas de terapias conductual• Diagnóstico, tratamiento y manejo del mismo.• Cumplimiento de procedimientos básicos y medidas nutricionales
O	<ul style="list-style-type: none">• Existe dotación de recursos e insumos médicos por parte del Ministerio de Salud Pública.• La entidad hospitalarias y mantiene convenios con otras Unidades de Salud para efectuar pruebas de diagnóstico de nutrición en niños en la geografía manabita• Apoyo de médicos especialistas los cuales generan un aporte para el tratamiento de complicaciones producidas por casos de malnutrición en los niños• El diagnóstico oportuno e inmediato de la atención médica
D	<ul style="list-style-type: none">• No se cuenta con equipo humano adecuado para instruir a los usuarios, tutores y padres que asisten al área de pediatría de esta entidad hospitalaria• Escasa capacitación sobre manejo nutricional a los padres de familia en el área de pediatría
A	<ul style="list-style-type: none">• Falta de disposición de presupuesto para la contratación de personal médico.• Incidencia de casos de malnutrición en niños menores de 5 años.• El tratamiento representa costos elevados para el padre de familia en lugares particulares.

ÁRBOL DEL PROBLEMA



ÁRBOL DE OBJETIVOS



ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Niños y niñas menores de 5 años con malnutrición proteico energética	Mejorar los factores de riesgo mediante la utilización de una escala de alimentación del niño con esta patología.	<p>RECURSOS Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS Diseñar una propuesta educativa de difusión y de prevención para mejorar los pronóstico en estos niños</p>	Alto índice del grado de esta patología y va asociado a la necesidad del tratamiento, esto implica la aplicación de tratamientos y talleres nutricionales
Personal de salud tiene pleno conocimiento sobre casos de malnutrición proteico energética	Determinar el grado de severidad de esta patología en los niños y su pronóstico de malnutrición y aplicación de escalas de alimentación	<p>RECURSOS Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS Aplicar un conocimiento sobre nutrición como instrumento de valoración para su tratamiento.</p>	No existe un adecuado conocimiento de malnutrición proteico energética que indique el grado de severidad de esta patología
Comunidad en general	Generar estrategias en los padres de familia y/o tutores en casos de malnutrición proteica sobre una adecuada escala de alimentación	<p>RECURSOS Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS Generar estrategias de prevención en la comunidad infantil</p>	<p>No existen estrategias de difusión</p> <p>El personal de esta entidad no lleva un control adecuado de esta patología en los niños menores de 5 años en esta entidad</p>
Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí	Permitir la investigación de los factores que contribuyen a la presentación de esta patología por parte de los estudiantes	<p>RECURSOS Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS Implementar investigaciones sobre el tratamiento de malnutrición proteica en el pensum de estudios de la Escuela de Medicina</p>	Investigaciones limitadas por falta de presupuesto económico
Investigadoras	Aplicar una estrategia de una campaña de difusión como instrumento de valoración para los tutores y/o padres de familia, sobre la prevención de malnutrición proteico energética	<p>RECURSOS Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS Desarrollar y fortalecer conocimientos acerca del uso de normas de nutrición a los padres de familia con niños con malnutrición proteica</p>	<p>Personal no genera estrategias</p> <p>Falta de accesibilidad a los padres de familia de niños con malnutrición proteica bajo estudio</p>

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>OBJETIVO GENERAL: Estrategias y conductas para detectar signos de malnutrición y mejorar el pronóstico de los niños con estos trastornos alimenticios dirigido a los tutores y/o padres de familia del paciente pediátrico con malnutrición proteica energética que asisten al área de consulta externa de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.</p>	<p>Generar estrategias de prevención para la prevención de la malnutrición proteica en niños menores de 5 años en el área de pediatría de esta entidad hospitalaria.</p> <p>Analizar las escalas nutricionales sobre terapias de manejo de la malnutrición proteica</p>	<p>Es importante generar una estrategia nutricional para la prevención y tratamiento temprano en niños menores de 5 años en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.</p>	<p>Promover medidas de difusión para que los padres de familia utilicen escalas de alimentación para la prevención de la malnutrición proteica en niños menores de 5 años</p>	<p>Registros de control de casos de niños con de la malnutrición proteica</p> <p>Registros del ingresos a esta entidad de niños con de la malnutrición proteica</p>

<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Mejorar el nivel de conocimiento por medio de charlas educativas dirigidas a los tutores y/o padres de familia del paciente pediátrico con malnutrición proteica energética que asisten al área de consulta externa de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda;</p> <p>Informar con material didáctico y comprensible, detallando los principales signos de alarma en un niño con malnutrición</p>	<p>Informar a los padres de familia y persona de la entidad sobre el conocimiento de esta patología mediante la distribución de material informativo.</p> <p>Dar charlas preventivas sobre la malnutrición proteica en niños menores de 5 años</p> <p>Dar a conocer la secuencia de una adecuada nutrición a través de un tríptico.</p>	<p>Es importante generar una estrategia nutricional para la prevención y tratamiento temprano en niños menores de 5 años en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.</p>	<p>Concientizar a los padres de familia sobre la importancia de las enfermedades nutricionales</p> <p>Disminuir los casos de alteraciones mentales que se dan en esta entidad hospitalaria</p> <p>Ejecución de talleres de prevención con este instrumento de nutrición en malnutrición proteica</p> <p>Establecer el nivel de malnutrición proteica en los niños en esta entidad</p> <p>Aplicación de medidas de prevención nutricional en niños con malnutrición proteica</p>	<p>Distribución de trípticos a los adre de familia del área de pediatría en esta entidad hospitalaria</p> <p>Generación de estrategias de control y pronóstico mediante la aplicación de estrategias de alimentación para su hijos a padres de familia</p> <p>Implementación de un tríptico dirigido a los padre de familia y usuarios del área de pediatría de esta entidad hospitalaria</p>
--	---	---	---	---

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Meses Semanas	FEBRERO/2015																			
	1ª. SEMANA					2ª. SEMANA					3ª. SEMANA					4ª. SEMANA				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Planteamiento de la propuesta	■	■	■	■	■															
Reunión de Grupo.						■		■		■										
Elaboración de pasos.											■	■	■							
Aplicación y desarrollo de Propuesta.														■	■	■				
Socialización de la estrategia																	■	■	■	■

BIBLIOGRAFÍA

- Aranceta. (2012). Nutrición en la edad evolutiva. *Revista de nutrición y salud pública*, pag. 185-182.
- Azcona. (2011). *Nutrición en la edad preescolar*. Madrid, España: Universidad de Navarra.
- Banco Mundial. (15 de 02 del 2012). *El Banco Mundial*. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/desnutricon-infantil-como-fue-la-alimentacion-de-los-ninos-y-ninas-en-la-decada-pasada>
- Banco Mundial. (14 de Diciembre de 2012). Latinoamérica: acuerdo regional para eliminar la desnutrición infantil. *El Banco Mundial*, 1-3.
- Bosh. (2011). *Impacto del estado nutricional en el desarrollo integral del niño*. EE:UU.: Editorial OEA.
- Cruz Hernandez, M. (2007). *Tratado de Pediatría* (QUINTA ed., Vol. VOLUMEN 1). BARCELONA: Oceano MMVII.
- FAO. (2013). *La malnutrición en los niños y su mortalidad*. USA: Organización Naciones Unidas.
- FAO. (2013). *La malnutrición en los niños y su mortalidad*. USA: Organización Naciones Unidas.
- Giugliani. (2011). *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*. Lima, Perú: Editorial O Donell.
- Gómez. (2012). *Recomendaciones nutricionales para los niños*. Madrid, España: Ediciones Días de Santos.
- Greene. (2010). *la Malnutrición en los niños y sus efectos*. Madrid, España.: Editorial Aedos.
- Guillén-López, S., & Vela-Amieva, M. (3 de mayo-junio de 2010). *Desventajas de la introducción de la leche de vaca en el primer año de*. Obtenido de *Acta Pediátrica de México* 2010;31(3):123-128.: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2010/apm103g.pdf>
- Hernández. (2011). *Alimentación en la primera infancia*. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos.
- Hurtado. (2011). *Factores sociales y culturales que influyen en la nutrición del niño en América Latina*. Lima, Perú: Editorial O Donell.

- Kliegman, R., Stanton, B., Schor, N., St. Geme III, J., & Richard E. Behrman. (2011). *NELSON TRATADO DE PEDIATRIA* (numero 19 ed., Vol. 1). (E. España, Ed.) Barcelona España: Saunders.
- Maldonado. (2011). *Evaluación de la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años*. Quito, Ecuador: Tesis de Grado Universidad Central del Ecuador.
- Marcela Ortiz, e. b. (04 de JUNIO de 2014). *consumersinternational*. Obtenido de <http://consumersinternational-es.blogspot.com/2014/06/ecuador-aprueba-el-semaforo-en-el.html>
- Márquez Gonzáles, H., & García, V. (agosto de 2012). *www.mediagraphic.org.mx*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>
- MIES. (2013). *La desnutrición severa en el Ecuador*. Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- MSP. (2013). *La malnutrición proteico-energética en niños menores de 5 años*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Myers. (2012). *Fortalecimiento de los programas de desarrollo de la primera infancia en el tercer mundo*. Washington, USA: Publicaciones Científicas.
- OMS. (2013). *La malnutrición grave en niños menores de 5 años en el mundo*. Ginebra, España: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2013). *La malnutrición en los niños menores de cinco años a nivel mundial*. USA: Organización Panamericana de la Salud.
- Palmer, D., & Makrides M. (2012). INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SÓLIDOS A LACTANTES PRETERMINO EN PAISES DESARROLLADOS. *NESTLÉ*, 3.
- Richard E. Behrman, R. M. (1992). *NELSON TRATADO DE PEDIATRIA*. ESPAÑA: INTERAMERICANA, MCGRAW-HILL.
- Serra. (2011). *Nutrición infantil y salud pública*. Barcelona, España: Ediciones Masson.
- Tahmeed Ahmed et al. (2013). Carga global materna e infantil de la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes. *Nestlé*, 1.
- Uauy. (2011). *Consecuencias de una nutrición infantil inadecuada para la salud*. Lima, Perú: Editorial O Donell.
- UNESCO. (2013). *La desnutrición de los niños y patologías que inciden en su mortalidad en el mundo*. USA: UNESCO.

Vásquez. (2012). *Alimentación y nutrición infantil*. Madrid, España: Ediciones Días de Santos.

Wilma B. Freire, Ramirez, M., & Belmont, P. (2011-2013). *ENSANUT tomo 1.pdf*. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf

Zea, A., & Ochoa, T. (2013). *Rev Med Hered.* Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n1/v24n1r2.pdf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO



De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores le informamos que estamos realizando una encuesta sobre “, la cual nos permitirá recolectar datos, que aportaran de manera integral información fiable y confiable.

Este tipo de estudio se realiza para obtener la información necesaria para la realización de nuestro trabajo de titulación

Su participación es completamente voluntaria, si su respuesta es negativa no le Causará ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando.

Se le está pidiendo que conteste una serie preguntas, que nos permitan recolectar datos de su hijo (a) para valorar las características sociodemográficas y factores de riesgo asociados a la Malnutrición proteico energética.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda en alguna de las preguntas, solicítele al investigador que le explique, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula de identidad, para autorizar la realización de la presente encuesta

Gracias por su colaboración

N. De cédula de identidad:

FIRMA:



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS:

Características sociodemográficas

Edad	< 1 año <input type="checkbox"/>	1-2 años <input type="checkbox"/>	3-4 años <input type="checkbox"/>	5 años <input type="checkbox"/>
Género	Femenino <input type="checkbox"/>	masculino <input type="checkbox"/>		
Procedencia	Urbano <input type="checkbox"/>	rural <input type="checkbox"/>		

Factores de riesgo

Alimentación (lactancia)	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusiva <input type="checkbox"/> • Leche materna más fórmula <input type="checkbox"/> • Solo fórmula <input type="checkbox"/> • Coladas con leche entera <input type="checkbox"/>
Tiempo de lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • < 6 meses <input type="checkbox"/> • Hasta el año <input type="checkbox"/> • Hasta los 2 años <input type="checkbox"/> • > 2 años <input type="checkbox"/>
Lleva a los controles en sub-centro	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre <input type="checkbox"/> • Rara vez <input type="checkbox"/> • A veces <input type="checkbox"/> • nunca <input type="checkbox"/>

Vacunación según la edad	<ul style="list-style-type: none"> • Completa para la edad <input type="checkbox"/> • Incompleta para la edad <input type="checkbox"/>
Antecedentes patológicos personales	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis cerebral infantil <input type="checkbox"/> • Síndrome de Down <input type="checkbox"/> • Síndrome de mala absorción <input type="checkbox"/> • Atresia del píloro <input type="checkbox"/> • Otras <input type="checkbox"/>

Clínica del paciente

Enfermedades concomitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía <input type="checkbox"/> • Anemia microcítica <input type="checkbox"/> • Enfermedad diarreica aguda <input type="checkbox"/>
Síntomatología característica	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso <input type="checkbox"/> • Diarreas <input type="checkbox"/> • Irritabilidad <input type="checkbox"/> • Debilidad muscular-hipotonía • Inapetente-rechaza el seno

Tratamiento inicial

<p>Tratamiento farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratación <input type="checkbox"/> • Antibiótico +suplemento vitamínico <input type="checkbox"/>
<p>Tratamiento no farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta hiperproteica <input type="checkbox"/> • Dieta semiblanda <input type="checkbox"/> • Dieta blanda <input type="checkbox"/> • Dieta especial por sonda <input type="checkbox"/>
<p>Exámenes complementarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ionograma <input type="checkbox"/> • Gasometría <input type="checkbox"/> • Ecografía <input type="checkbox"/> • Tac <input type="checkbox"/>
<p>Condiciones de egreso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vivo <input type="checkbox"/> • Muerto <input type="checkbox"/> • Transferido <input type="checkbox"/>
<p>Tiempo de estancia hospitalaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 días <input type="checkbox"/> • 1-5 días <input type="checkbox"/> • 1 semana <input type="checkbox"/> • 10-20 días <input type="checkbox"/>



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



✚ Encuesta a los tutores y/o padres de familia de los niños menores de 5 años que asisten a la consulta externa del subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda.

1. Cuéntanos, por favor lo que has desayunado. Señala con una X los alimentos y bebidas que tu niño o niña ha tomado hoy en el desayuno:
 - Leche o yogurt.....
 - Galletas o cereales.....
 - Pan.....
 - Frutas o jugos.....
 - Huevos.....
 - Otras cosas.....

2. ¿Sabe cuál de los alimentos anteriores es el que cubre más las necesidades alimenticias de tu hijo?
..... ,

3. ¿Cuántas comidas recibe tu niño(a) al día?
 - Tres.....
 - Cuatro....
 - Cinco.....

4. Usted sabe que alimentos son ricos en proteínas
 - Si.....
 - No.....

5. Si contesto **SI**...señale cuales de estos alimentos son ricos en proteínas
 - Huevo.....
 - Zanahoria.....
 - Panes.....
 - Carne.....
 - Queso....
 - Soja.....
 - Ninguno.....
 - Todos.....

6. Sabe usted cuales son los efectos que causa la desnutrición
 - Baja estatura....
 - Retardo en el crecimiento....
 - Pérdida de peso /delgadez.....
 - Diarreas frecuentes....
 - Bajo rendimiento intelectual.....

7. Según la charla sobre los signos y síntomas de desnutrición que se señalaron, con cuales identificas a tu niño/a
 - Desnutrición proteica.....
 - Desnutrición proteico calórica.....
 - Mixta....
 - Ninguna.....



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

**DETERMINANTES
 SOCIODEMOGRAFICOS
 ASOCIADOS AL PERFIL CLINICO
 DE LA MALNUTRICION
 PROTEICO ENERGETICA**



EXPOSITORES:

- MORA INTRIAGO LADY LAURA
- MORALES GILER CARLOS MIGUEL

Guía para una buena alimentación

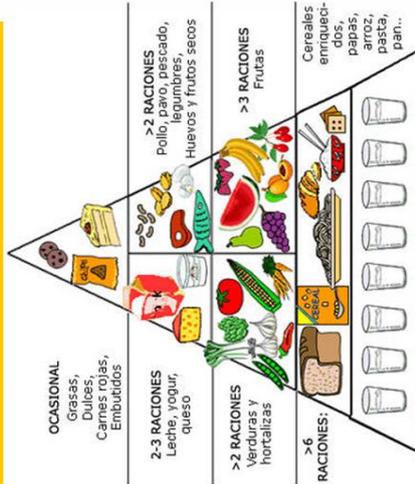


TABLA PARA SABER EL PESO QUE DEBE TENER SU HIJO SEGÚN LA EDAD

EDAD	CHICOS		CHICAS	
	PESO	TALLA	PESO	TALLA
Recién nacido	3,47	50,06	3,34	49,34
3 meses	6,26	60,44	5,79	59,18
6 meses	8,02	66,81	7,44	65,33
9 meses	9,24	71,1	8,03	69,52
1 año	10,15	75,08	9,60	73,55
2 años	12,70	86,68	12,15	85,4
3 años	14,84	94,62	14,10	93,93
4 años	16,90	102,11	15,15	101,33
5 años	19,06	109,11	17,55	108,07
6 años	21,40	115,4	20,14	114,41
7 años	23,26	120,40	23,27	120,54
8 años	25,64	126,18	26,80	126,52
9 años	28,60	131,71	30,62	132,40
10 años	32,22	136,53	34,61	138,11



Hijo es un ser que nos prestaron para un curso intensivo de como amar a alguien mas que a nosotros mismos



DESNUTRICIÓN

INFANTIL: quiere decir que el cuerpo no está adquiriendo los suficientes alimentos para obtener un buen desarrollo.



▶ Los casos más frecuentes de desnutrición se dan en lactantes prematuros, niños entre las edades de 0-5 años.

▶ La desnutrición puede ser lo suficientemente leve como para no presentar síntomas o tan grave que el daño ocasionado sea irreversible y causar la muerte.



▶ Una de las causas por que se da la desnutrición es la pobreza, desastres naturales, problemas políticos y otros.



SOLO TÚ CONOCES MEJOR A TU HIJO



CREES QUE ESTE NIÑO ESTA SALUDABLE "GORDITO"



SIGNOS DE ALARMA (DESNUTRICION PROTEICA)

- ▶ PIEL PALIDA
- ▶ CABELLO DEBIL, FINO, ROJIZO
- ▶ INAPETENTE / RECHAZA EL SENO
- ▶ IRRITABLE
- ▶ DIARREAS
- ▶ BAJO DE PESO
- ▶ ABDOMEN GLOBULOSO (HINCHADO)
- ▶ PIERNAS HINCHADAS
- ▶ ERUPCIÓN O DESCAMACIÓN DE LA PIEL
- ▶ SE DA EN 2-4 AÑOS DE EDAD



(DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA)

- ▶ FLAQUEZA EXTREMA
- ▶ PESO MUY BAJO- DELGADEZ
- ▶ DEBILIDAD MUSCULAR, NO CAMINA
- ▶ EVIDENTE PERDIDA DE GRASA CORPORAL
- ▶ PIEL SECA,ARRUGADA, PLEGADIZA
- ▶ CAIDA DEL CABELLO
- ▶ IRRITABILIDAD
- ▶ CARA DE VIEJITO
- ▶ NO ESTA HINCHADO
- ▶ SE DA EN MENORES DE 18 MESES



MARASMO Y KWASHIORKOR

DESNUTRICION PROTEICA

DESNUTRICIÓN PROTEICO CALORICA



LA MALNUTRICIÓN PROTEICO ENERGÉTICA

Es una enfermedad producida por el bajo e inadecuado consumo de alimentos.
Afecta principalmente a niñas(os) menores de 5 años, sobre todo los que:

- Nacieron con bajo peso.
- No suben de peso.
- No reciben una alimentación adecuada.
- Se enferman muy seguido.
- Tienen muchos hermanitos.
- Son hijos o hijas de madres desnutridas.



SIGNOS DE ALARMA

(DESNUTRICIÓN PROTEICA)



- Anemia leve
- Cabello débil, fino, rojizo
- Inapetente / rechaza el seno
- Apático o irritable
- Diarreas
- Bajo de peso
- Abdomen globuloso
- Edema en miembros inferiores
- Erupción o descamación de la piel
- Se da en 2-4 años de edad

(DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA)



- Flaqueza extrema
- Peso muy bajo
- Debilidad muscular
- Evidente pérdida de grasa corporal
- Piel seca, arrugada, plegadiza
- Caída del cabello
- Apatía e irritabilidad
- Cara de viejito
- Sin edema
- Se da en menores de 18 meses

Guía para una buena alimentación

¿CÓMO EVITAR LA MALNUTRICIÓN?



Es divertido
alimentarnos bien



Da el pecho y garantiza su futuro

APLICA EL SEMÁFORO DE LOS ALIMENTOS



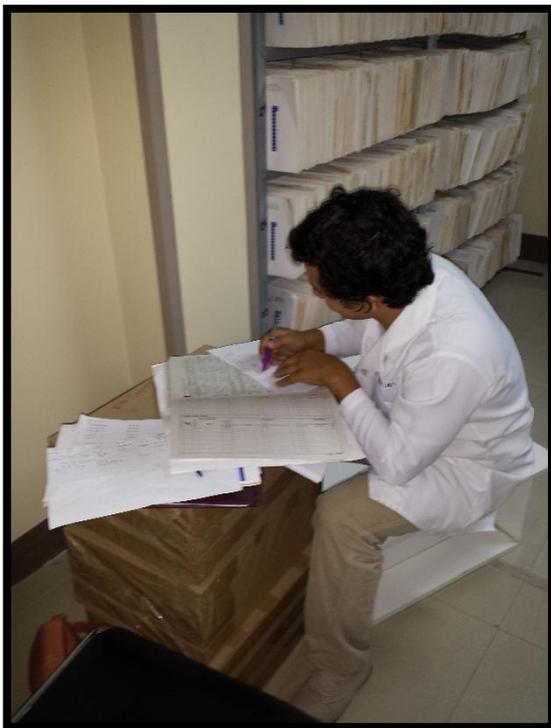
ALTO: Alimentos poco nutritivos y con muchas calorías.

PRECAUCIÓN: Alimentos de valor calórico medio y muy nutritivos.

LIBREMENTE: Alimentos muy nutritivos y de pocas calorías.

AUTORES
Lady Laura Mora Iñirriaga
Carlos Miguel Morales Giler

EGRESADOS DE MEDICINA STA. MORA INTRIAGO LADY LAURA Y MORALES GILER
CARLOS MIGUEL, DURANTE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN DPTO.
ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA





EGRESADOS HACIENDO ENTREGA DE MATERIAL INFORMATIVO Y DIDACTICO A LOS PADRES Y/O TUTORES DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL SUBPROCESO DE PEDIATRIA





EGRESADOS REALIZANDO LA PROPUESTA, IMPARTIENDO CHARLAS EDUCATIVAS A LOS PADRES Y/O TUTORES DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL SUBPROCESO DE PEDIATRÍA

