



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

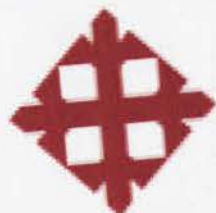
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO
A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TÍTULO DEL PROYECTO:
**"CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS PREESCOLARES
DESNUTRIDOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON"**

AUTORA:
AMBAR LUCÍA HAON RODRÍGUEZ

DIRECTORA:
LIC. FANNY GAIBOR R.

GUAYAQUIL, 30 JUNIO DEL 2011



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CARRERA DE ENFERMERIA

PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION
DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

TITULO DEL PROYECTO:

“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
NIÑOS PREESCOLARES DESNUTRIDOS HOSPITALIZADOS EN
EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT
PONTON”.

AUTORA:

AMBAR LUCIA HAON RODRIGUEZ

DIRECTORA:

LIC FANNY GAIBOR R .

GUAYAQUIL, 30 JUNIO DE

TABLA DE CONTENIDOS.

Pagina

Introducción.....	1
Planteamiento y Delimitación del Problema.....	3
Objetivos.....	5

Marco teórico

CAPITULO I

La Nutrición.....	7
Definición.....	7
Características.....	8
Control del crecimiento y desarrollo del niño.....	10
Modelo de dieta para el niño preescolar.....	11
Comidas principales.....	12
Desayuno.....	12
Almuerzo.....	13
Cena.....	13
Porciones.....	14

CAPITULO II

Desnutrición.....	17
Definición.....	17
Etiología.....	17
Epidemiología.....	18

Factores de riesgo.....	21
Fisiopatología.....	23
Clasificación.....	28
Etiológica.....	28
Clínica.....	29
Signos de mal pronóstico.....	30
Consecuencias a largo plazo.....	31
Tratamiento Nutricional.....	33

CAPITULO III

Cuidados de Enfermería.....	36
Intervenciones de Enfermería.....	36
Consejería Alimentaria.....	36
Fomentar Buenos hábitos alimenticios.....	37
Pregunta de la investigación	40
Metodología.....	41
Presentación y análisis de datos.....	42
Conclusiones.....	60
Valoración crítica de la investigación.....	61
Referencia Bibliográfica.....	62
Anexos	65

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo hecho con esfuerzo y dedicación a mi madre, porque fue quien se preocupó por mi bienestar y anhelaba verme como una profesional, Gracias a ti, a tu ejemplo y a tu guía durante todos estos años de esfuerzos y en general durante toda mi vida .Te Quiero

y a mi hijo Andrés Nicolás , mi razón de vivir, quien desde el momento mismo de su concepción me inspiro y me motivo para superarme y conseguir las herramientas necesarias para ofrecerle un mejor futuro y bienestar. Te amo

Con todo mi cariño a la memoria de mi padre, Sr. Otto Haón quien a pesar de no estar conmigo físicamente, estuvo todo el tiempo en mi mente y en mi corazón, apoyándome y dándome fuerzas en los momentos de flaqueza. Te extraño

AGRADECIMIENTO.

Quiero empezar por agradecer primero a Dios por ser siempre mi guía.
A mi hijo amado Nicolás quién permanentemente llena de alegría y amor mi vida.

A mi madre Lucía Rodríguez Guim , por que sin su sacrificio, paciencia y sobre todo su amor, no sería la persona que soy ahora.

A mi padre Otto Haón que desde el cielo siempre ha iluminado mi vida.
Al Dr. Ricardo Chávez por el apoyo incondicional que gracias a su ejemplo como profesional nació en mi la vocación de está sacrificada carrera, y para finalizar un agradecimiento a mis compañeros, profesores, Directora, Tutora, Lectora y sobre todo a mis amigos que siempre estuvieron conmigo y nunca dejaron de apoyarme a todos ellos gracias muchas gracias para siempre!!!

Resumen

Tipo de estudio: observacional descriptivo, de revisión bibliográfica e investigación cuantitativa. **Objetivo:** Determinar en qué forma contribuyen los cuidados de enfermería, en la evolución de los pacientes en edad pre-escolar, ingresados por desnutrición al área de de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón. **Materiales y métodos:** El análisis se efectuó usando encuestas con preguntas objetivas en 20 madres y familiares de lactantes hospitalizados con desnutrición del área pediatría del hospital Abel Gilbert Pontón. **Resultados:** Se puede observar en el grafico que el 90% de las madres no tiene el conocimiento sobre la enfermedad de sus hijos y se llega a la conclusión de la escasa información que provee el personal de salud **Conclusiones:** con este estudio se evidencio la falta de socialización e información de los padres acerca de la enfermedad de sus hijos lo que los hace vulnerables a las complicaciones severas

Palabras Clave: Desnutrición. Preescolar. . Cuidados. Complicaciones

ABSTRACT

Type of study: Observational descriptive literature review and quantitative research. **Objective:** To determine how nursing care contributes in the evolution of patients in pre-school age, hospitalized for malnutrition at the area of pediatrics at the Hospital Abel Gilbert Ponton. **Materials and methods:** The analysis was conducted using surveys with objective questions in 20 mothers and families of the infants hospitalized with malnutrition at hospital pediatrics Abel Gilbert Ponton. **Results:** can be seen from the graph 90% of mothers not aware of the illness of their children and we conclude from the limited information provided by the health staff.

Conclusions: This study determined the lack of education parents and information about the disease that have the children which makes them potential patients with severe complications.

Keywords: Malnutrition, Preschool, Care, Complications.

INTRODUCCION.

La desnutrición es una enfermedad multisistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrimentos, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.

La desnutrición es un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, compuesto por múltiples facetas que van desde los aspectos puramente bioquímicos y clínicos a los aspectos económicos y socio-políticos. Es la enfermedad nutricia más importante de los países en vías de desarrollo debido a su alta prevalencia y su relación con las tasas de mortalidad, con el deterioro del crecimiento físico, así como un desarrollo social y económico inadecuado.

A nivel mundial existen 840 millones de personas que sufren desnutrición. El informe estadístico de la Infancia 2000 informa que en los últimos 20 años aumentó a 1200 millones, es decir, una de cada 5 personas, incluidos unos 600 millones de niños viven en la pobreza. En América Latina, casi el 40 % de las familias vive en la extrema pobreza crítica, aproximadamente 60 millones de niños pertenecen a esas familias y el 20% de las familias vive en un estado de pobreza absoluta.

En la actualidad, en América Latina, más del 50 % de los niños menores de 6 años presentan algún grado de desnutrición. Ahora, el 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento.

En Ecuador, gran parte de la población vive en condiciones altamente privativas y riesgosas que le impiden satisfacer sus necesidades básicas. Dentro de este grupo, los niños son los primeros afectados, debido a su susceptibilidad a los problemas de salud y nutrición. Esta alta incidencia de desnutrición se encuentra ligada al bajo consumo de alimentos y a la presencia de enfermedades infecto-contagiosas. Esta complejidad de malnutrición-infección constituye un círculo vicioso que de no romperse provocará daños irreversibles e incluso la muerte a la persona.

Las dietas de los campesinos, especialmente inadecuadas entre la población infantil, son monótonas, poco apetecibles y de bajo valor nutricional. A nivel nacional, 66,6% de los niños consumen una dieta cuya adecuación es inferior al 80 % . La base del consumo está constituida por cereales y sus derivados, raíces, tubérculos, azúcares y algunas leguminosas. Cuando el ingreso familiar mejora, la familia tiene acceso a otro tipo de alimentos, sobre todo los de origen animal, aceites y grasas.

El propósito de este estudio es determinar en qué forma contribuyen los cuidados de enfermería, en la evolución de los pacientes en edad pre-escolar, ingresados por desnutrición al área de de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Planteamiento del Problema y Delimitación del Problema.

La desnutrición es un síndrome conocido desde hace muchos años que proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo. Una de las preocupaciones más latentes del servicio de enfermería del Hospital Guayaquil, es el alto índice de casos tratados por desnutrición infantil, especialmente en niños en edad preescolares (2-6años), lo que genera un bajo rendimiento académico como consecuencia de su déficit nutricional.

Se observa una escasez de información en las madres de familia referente a los efectos que, sobre dicho proceso ejercen la nutrición y la salud en nuestra comunidad. Al respecto, la desnutrición acaecida durante los primeros años de vida, puede retardar el crecimiento del niño, no obstante dicho crecimiento continúa hasta los 18 años de edad. Las usuarias madres de los niños que acuden al hospital son de un nivel económico bajo, desgraciadamente las condiciones en las que habitan estas familias, domiciliadas en las zonas periféricas de la ciudad, donde no poseen todos los servicios básicos complementado con el Analfabetismo nutricional: a pesar de que hay recursos no se hace un buen uso de los mismos cuando se eligen los alimentos, negligencia y descuido del menor: está asociado con el maltrato.

Deficiente e inadecuado aporte de energía y nutrientes: se relaciona con una dieta que incluye alimentos poco recomendables para la edad y necesidades del niño.

Por ejemplo, un consumo excesivo de alimentos fuente de carbohidratos, un aporte deficiente de alimentos ricos en proteínas, hierro, calcio y vitaminas, entre otros. Elevado consumo de coladas diluidas, que tienen poca leche y demasiada agua. En tal virtud, se hace necesario realizar un estudio en el cual se puedan identificar los factores que contribuyen el mal estado nutricional de niños en edad preescolar, del área de pediatría del Hospital Guayaquil, que permita establecer:

¿De qué manera los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería, favorecen en la evolución de los pacientes en edad preescolares, ingresados con diagnóstico de desnutrición?

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar en qué forma contribuyen los cuidados de enfermería, en la evolución de los pacientes en edad pre-escolar, ingresados por desnutrición al área de de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Objetivos específicos

1. Analizar la relación entre peso, talla y edad en los niños en edad pre-escolar ingresados en el Hospital Abel Gilbert Pontón
2. Identificar los diferentes factores que influyen de manera directa o indirecta en el estado nutricional de los niños en edad pre-escolar del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón
3. Orientar a los padres, o a las personas encargadas de los cuidados de los niños, sobre qué medidas deben implementarse para combatir y evitar la desnutrición infantil.



MARCO TEORICO



CAPITULO I

1. LA NUTRICION

1.1 Definición

La **nutrición** es la ciencia encargada del estudio y mantenimiento del equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro sistémico, garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades. Los procesos macro sistémicos están relacionados a la absorción, digestión, metabolismo y eliminación. Y los procesos moleculares o micro sistémicos están relacionados al equilibrio de elementos como enzimas, vitaminas, minerales, aminoácidos, glucosa, transportadores químicos, mediadores bioquímicos, La nutrición también es la ciencia que estudia la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta.

1.2 Características.

Aunque alimentación y nutrición se utilizan frecuentemente como sinónimos, son términos diferentes ya que:

- **La nutrición** hace referencia a los nutrientes que componen los alimentos y comprende un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos, es decir, la digestión, la absorción o paso a la sangre desde el tubo digestivo de sus componentes o nutrientes, y su asimilación en las células del organismo.

La nutrición es la ciencia que examina la relación entre dieta y salud. Los nutricionistas son profesionales de la salud que se especializan en esta área de estudio, y están entrenados para proveer consejos dietéticos.

- **La alimentación** comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida.

Una nutrición equilibrada es fundamental para mantener una buena salud. Podemos mirar en la pirámide alimentaria los alimentos para una nutrición sana y equilibrada. Para una nutrición saludable, porque de no ser así se pueden contraer enfermedades como lo son: obesidad, desnutrición, etc se deben consumir pocas grasas y lípidos, muchas frutas y verduras, los productos de origen animal se deben consumir de manera regular, los cereales se deben consumir de manera constante, antes de cada comida se deben lavar frutas y verduras.

Muchas enfermedades comunes y sus síntomas frecuentemente pueden ser prevenidas o aliviadas con una buena nutrición; por esto, la ciencia de la nutrición intenta entender cómo y cuáles son los aspectos dietéticos específicos que influyen en la salud.

El propósito de la ciencia de la nutrición es explicar la respuesta metabólica y fisiológica del cuerpo ante la dieta. Con los avances en biología molecular, bioquímica y genética, la ciencia de la nutrición está

profundizando en el estudio del metabolismo, investigando la relación entre la dieta y la salud desde el punto de vista de los procesos bioquímicos.

El cuerpo humano está hecho de compuestos químicos tales como agua, aminoácidos (proteínas), ácidos grasos (lípidos), ácidos nucleicos (ADN/ARN) y carbohidratos (por ejemplo azúcares y fibra).

1.3 Alimentación del preescolar de 2 a 5 años

La edad preescolar, comprendida entre los 2 a 5 años, es una etapa de progresivos y evidentes cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños. Aunque la velocidad de crecimiento disminuye, este crecimiento es más estable. Los niños ganan una media de 2 kilos de peso, y de 5 a 6 cm. de talla al año.

Como los niños preescolares tienen una gran actividad física, su gasto energético aumenta considerablemente, por lo tanto la alimentación debe adecuarse al consumo de calorías. En este periodo, el niño tiene mayor madurez del aparato digestivo. Esto le permite comer la mayoría de alimentos. Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor, el niño ha alcanzado un nivel que le permite comer solo. Además, empieza su predilección por ciertos alimentos, porque ya es capaz de reconocer y elegir los alimentos al igual que el adulto.

Así, durante este periodo, se forman muchos hábitos de alimentación e higiene que perdurarán toda la vida. La práctica de hábitos incorrectos, predispone a que se presenten problemas de malnutrición por carencia o por exceso.

1.3.1 Control del crecimiento y desarrollo del niño

Los niños crecen y se desarrollan adecuadamente si están sanos, se alimentan de acuerdo a sus requerimientos y se encuentran en un ambiente de protección y amor. Una de las maneras de asegurar el crecimiento y desarrollo adecuado en los niños es realizar controles frecuentes con personal calificado, que puede identificar problemas de forma oportuna y alentar a los padres o cuidadores.

Se llama crecimiento al aumento de talla y de peso del niño. Desarrollo es el proceso de organización y maduración de las diferentes capacidades, tales como moverse, pensar, experimentar sentimientos, relacionarse y comunicarse con los otros. Durante la consulta médica, el profesional valorará al niño en su peso, talla, estado nutricional y realizará un examen físico completo; evaluará su desarrollo, identificará signos de peligro y compartirá con padres y cuidadores indicaciones que mejoren la calidad de vida del niño y su familia.

Es importante recalcar que los padres son los primeros agentes de salud. En especial la madre, es quien, en primera instancia decide sobre la salud familiar, quien está o no está enfermo, qué tratamiento (natural o

farmacológico) necesita, se encarga de administrarlo y vigila todo el proceso salud-enfermedad. Por esto se dice que la madre es la primera médica y la primera maestra.

1.4 Modelo de dieta para el niño preescolar

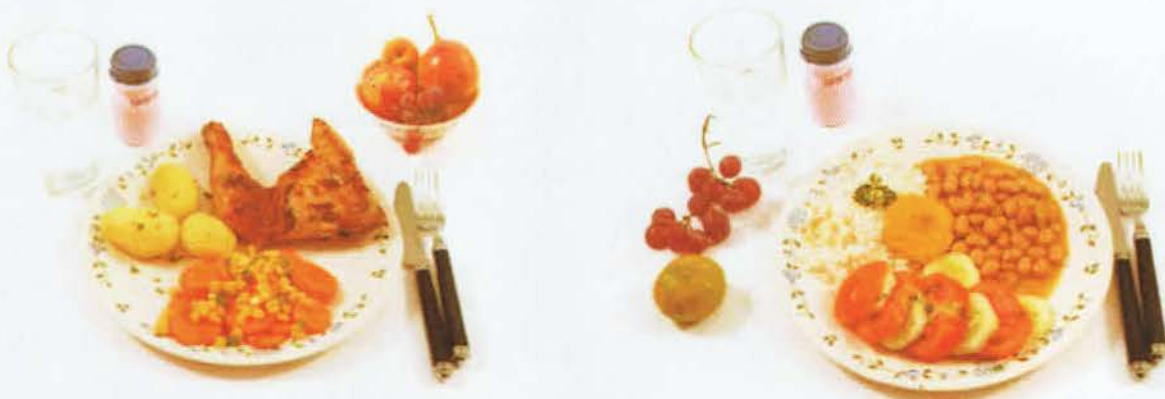
En esta etapa de la vida, su niño debe consumir, entre 1400 y 1600 calorías, distribuidas de la siguiente manera:



La alimentación debe repartirse en 5 comidas diarias: 3 comidas principales y 2 refrigerios.

Distribución dietética	%
Desayuno	25%
Almuerzo	30%
Merienda	15%
Cena	30%

1.4.1 Comidas principales:



Desayuno:

Es una de las comidas más importantes del día. Debe cubrir el 25% de las necesidades nutricionales diarias. Si un niño no desayuna, no tendrá suficiente energía; su salud y desempeño intelectual serán deficientes.

Un desayuno adecuado debe incluir:

- 1.- Productos lácteos (vaso de leche, yogur, o ración de queso)
- 2.- Cereales, galletas o tostadas
- 3.- Frutas (en pieza entera o en jugo).

Es necesario variar el tipo de desayuno para que el niño no se canse de comer siempre lo mismo y aprenda a comer de todo un poco.

Almuerzo:

Constituye aproximadamente el 30% de las necesidades nutricionales. Puede estar compuesto por dos platos o por un plato único. Se debe incluir alimentos de todos los grupos:

- cereales y tubérculos (pan, pasta, arroz ó papas)
- verduras
- alimentos proteicos (carne, pescado, huevo)
- fruta
- lácteos

Cena:

Los grupos de alimentos que se pueden preparar para la cena son los que se han citado para la comida, aunque conviene variarlos para que el niño tenga variedad y los acepte fácilmente. Antes de llevar al niño a dormir se le puede ofrecer un vaso de leche o un yogur.

Refrigerios: Entre las comidas principales se dará 2 refrigerios al niño: uno por la mañana y el otro por la tarde. Es importante proporcionar alimentos de calidad como frutas (en pedazos, jugos o ensaladas sin azúcar), galletas de cereales o lácteos.

Se puede mezclar leche con frutas y/o cereales para preparar coladas o refrescos pero sin añadir azúcar. Luego de cada comida, incluso el vaso de leche o yogur antes de dormir, el niño debe lavarse los dientes.

1.4.2 Porciones

En el siguiente cuadro se resumen las porciones que el niño debe consumir al día durante sus cinco comidas:

Porción	Grupo	Ejemplo
4 a 6	Hidratos de carbono	En esta edad, el niño debe consumir diariamente 6 porciones de estos alimentos. Ejemplos de porciones: ½ taza de cereales (quinua, cebada, maíz, trigo, avena, arroz o fideo cocido), ó 1 papa cocida, ó una rodaja de pan ó ½ pan común, ó ½ taza de puré de papa, ó 4 galletas
2	Legumbres	½ taza de menestra de lenteja ó fréjol
2	Verduras y tubérculos	1 /2 taza de zapallo cocido + 1 tomate mediano + ¼ taza de zanahoria cocida, ó ½ taza de acelga + ½ taza de col cocido + ¼ taza de zanahoria cocida
2	Frutas	1 taza de papaya picada + 1 naranja, ó 1 plátano pequeño + 1 mandarina, ó 1 pera + 1 vaso de jugo de naranja, ó 2 ciruelas (sin pepa) + 1 manzana
3	Lácteos	3 tazas de leche ó 2 tazas de leche + 1 yogur, ó 1 taza de leche + 1 yogur + 1 rebanada de queso. Hasta los dos años de edad mantener la lactancia materna
1	Carne y huevo	1 trozo de carne suave, ó 1 presa pequeña de pollo, ó 1 pedazo pequeño de pescado, ó 2 cucharadas de atún ó 1 huevo bien cocido
1/2	Aceite	2 cucharaditas de aceite vegetales crudos (oliva, soya, girasol, maíz) aportan los ácidos grasos esenciales necesarios para el crecimiento
5 cucharaditas	Azúcar	Incluidos en los alimentos (Ej: frutas)

1.4.3 El niño/La niña necesita tomar la leche.

Hasta los 2 años de edad el niño debe recibir leche materna que representa la mejor leche para el crecimiento y desarrollo del niño. A los 2 años, se puede seguir con el amamantamiento, pero en caso que se acabe la lactancia materna, es importante proporcionar leche de vaca y lácteos en cantidad. Los lácteos son fuentes de proteínas y de calcio, esenciales para el crecimiento y desarrollo del niño.

Las proteínas son esenciales para formar, mantener y reparar los órganos y tejidos del cuerpo y para que pueda funcionar correctamente. El calcio es esencial para que los huesos crezcan y se mantengan sanos y firmes.



Sobre los líquidos y el agua.

A veces se piensa que los niños no requieren tomar mucha agua. Todo lo contrario, por su actividad física los niños requieren de aproximadamente un litro y medio para cubrir sus necesidades y procesar los alimentos. Esta cantidad puede administrarse como jugos naturales, leche o como agua bien hervida.

1.4 Que alimentos evitar



- Dulces, en exceso
- Bebidas gaseosas, gelatina, jugos procesados y otros alimentos muy azucarados
- Alimentos grasosos, frituras y comida chatarra
- Café, té
- Dosificar la cantidad de sal
- Mayonesa, salsa de tomate procesada
- Condimentos fuertes
- Evite el exceso de hidratos de carbono y grasa, porque el niño obeso de hoy es el adulto enfermo de mañana.

CAPITULO II

2. DESNUTRICION.

2.1 Definición

La desnutrición proteínico-energética (DPE) es una enfermedad multisistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrimentos, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.

2.2 Etiología

La etiología puede ser:

Primaria: cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrimentos y/o episodios repetidos de diarreas o infecciones de vías respiratorias.

Secundaria: Cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrimentos.

En la mayoría de los países subdesarrollados y algunas áreas marginadas de países industrializados cuando hay desnutrición endémica, ésta presenta ciertos rasgos característicos: Peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciosas, estatura pequeña de

sus habitantes, tasas elevadas de mortalidad, particularmente en niños menores de cinco años y expectativas de vida más corta.

De tal manera que la desnutrición es la resultante de un círculo vicioso que perpetúa y agrava el subdesarrollo, empeorando el estado de salud y la nutrición de la comunidad. En un alto porcentaje de los casos la causa de la desnutrición es debida a una baja ingesta de nutrimentos, la cual es insuficiente para cubrir las necesidades, agregándose a éstas en cualquier momento la infección que aumenta la severidad de este cuadro.

La causa principal del marasmo es el aporte inadecuado de energía, la etiología del Kwashiorkor es más incierta y actualmente no se acepta, en general, que se deba únicamente el bajo aporte de proteínas, como se creía hace un tiempo. Hay razones para pensar que el Marasmo representa un estado de adaptación a la inadecuada nutrición, mientras el Kwashiorkor constituye un estado de desadaptación en el cual los aminoácidos se desvían para producir reactivos en la fase aguda como respuesta a la infección, en vez de ser utilizados para la síntesis visceral de proteínas.

2.3 Epidemiología

La magnitud del problema varía de un país a otro y en las diferentes áreas geográficas de un mismo país. Sin embargo, se reconoce que cuando menos de la mitad de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta son atribuibles a la Desnutrición.

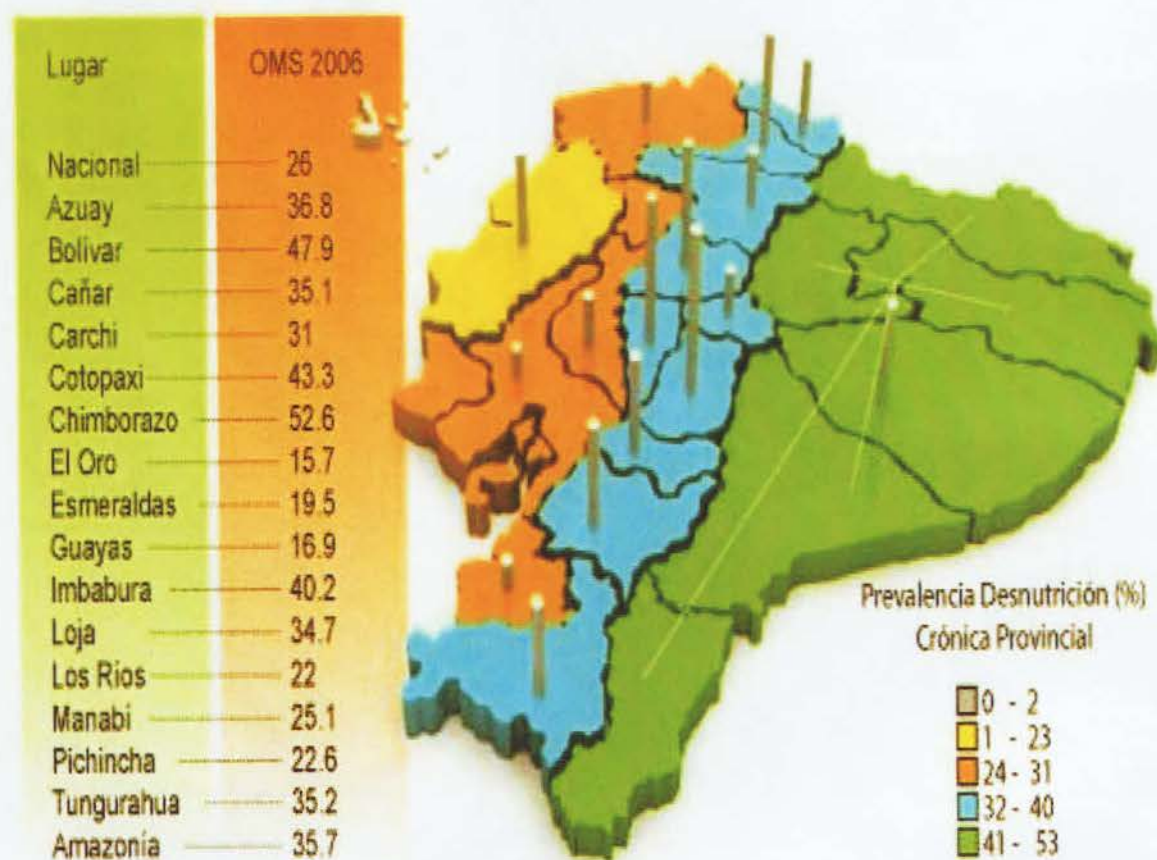
En América Latina se ha reconocido que alrededor de 25 % de los niños presentan desnutrición. En Ecuador uno de cada cuatro niños menores de 5 años tiene desnutrición crónica. Se sitúa, entonces, el país, entre aquellos de América Latina con altas tasas. Un análisis de la tendencia de la curva de desnutrición revela no solo si se está reduciendo sino a que velocidad lo hace el país: y los datos entre el '99 y el 2006 son claros un -7% es un ritmo muy lento, menos de -0.9% anual, mientras Chile lo hizo a -1.5% anual entre el '65 y 1980.

Uno de los aspectos sorprendentes es que para los padres la desnutrición crónica no es un problema visible por el que estén seriamente preocupados. Esta invisibilidad de la desnutrición crónica, o el lograr cambiar el patrón de expectativas de los padres sobre el crecimiento de sus hijos, se convierte en una pieza central para reducirla. Significa que se necesita invertir en capacitación, educación y campañas de explicación y persuasión de que la lactancia materna exclusiva de 6 meses es central para el desarrollo del niño y que después del semestre la alimentación complementaria debe ser adecuada. La medición de la talla y el peso puede ser el recurso a adoptarse masivamente para monitorear con afecto el desarrollo del niño.

Pero es evidente que otras intervenciones apropiadas sobre poblaciones apropiadas son necesarias. Entre ellas, el acceso de niños y madres embarazadas a un paquete completo de servicios de salud primaria y reforzar el programa de micronutrientes -interviniendo sobre otros aún no usados hasta ahora como el zinc.

Un recurso del que pocos hablan por parecer menos científico es el trabajo en redes de cooperación tanto al interior de un mismo país como en la Región: el constituir un espacio de relación voluntaria de información y producción de conocimientos en el campo de la desnutrición infantil podría constituirse en un recurso regional novedoso para reducirla radicalmente.

2.4 Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil por Provincia



Fuente: Encuestas de condiciones de vida 2006 Elaboración: SIISE-MCDS

2.5 Factores de riesgo

La mala nutrición de la madre y las infecciones intercurrentes durante el embarazo son factores frecuentes de prematurez y desnutrición en el útero. No es raro que niños nacidos en estas condiciones de desventaja nutricionales en su pasado inmediato, sean víctimas de prácticas inadecuadas de alimentación, especialmente en regiones en donde la lactancia materna está siendo reemplazada desde etapas muy tempranas de vida por fórmulas de alimentación preparadas de manera deficiente y en malas condiciones de higiene.

La desnutrición puede presentarse en todas las edades, sin embargo, es más notoria y grave entre los 6 y 36 meses de edad. Después del destete, que con frecuencia inicia antes del cuarto mes, el niño recibe poco o ningún alimento con leche, sus derivados u otros productos de origen animal. La combinación de una dieta baja en energía y proteínas con lleva a infecciones frecuentes digestivas y respiratorias propicia un avance lento y progresivo hacia una desnutrición grave.

En las zonas rurales y urbanas marginadas, el ciclo infección-desnutrición se debe a varios factores, entre ellos destacan:

- 1.- El abandono de la lactancia materna
- 2.- La ablactación temprana (antes de los dos meses de edad) o muy tardía (después del sexto mes de edad).
- 3.- El uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna.
- 4.- Las infecciones gastrointestinales frecuentes en el niño.

Por otro lado en regiones o países subdesarrollados la pobreza es causa y consecuencia de la falta de educación, mala salud de la población, comunicación deficiente, baja productividad, balance económico desfavorable e inadecuada utilización de los recursos naturales conducen a errores en el consumo y a una inadecuada distribución de los alimentos entre los miembros de la familia, particularmente desfavorable hacia los niños pequeños, al sexo femenino y aquellos con alguna enfermedad crónica y/o grave en quienes la ingestión de alimentos puede ser restringida dramáticamente.

Por lo anterior los factores que predisponen a la DPE primaria se encuentran: la escasa escolaridad de los padres, pobreza y las consiguientes carencias de sanidad ambiental, de ahí que la desnutrición primaria predomine en los países en vías de desarrollo.

La desnutrición afecta al 30-50% de los pacientes hospitalizados de todas las edades tanto por causas quirúrgicas como médicas aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. Es fundamental educar a todo el personal sanitario. La puesta en marcha de un método diagnóstico temprano, la necesidad de reevaluar la dotación de personal a las unidades de nutrición o equipos de nutrición.

La valoración del estado nutricional podemos considerarla, pues, el primer eslabón del tratamiento nutricional. Su principal objetivo es identificar aquellos pacientes, desnutridos o en peligro de desarrollar desnutrición, que pueden beneficiarse de un tratamiento nutricional.

Es importante determinar el estado de nutrición de un individuo puesto que la presencia de complicaciones diversas como retraso en la cicatrización de las heridas o menor resistencia a las infecciones, entre otras pueden determinar estancias hospitalarias más prolongadas e incremento del coste sanitario.

2.6 Fisiopatología

A través de una serie de mecanismos fisiológicos, el organismo tiende a mantener un equilibrio dinámico ante la ingesta de energía, cuando existen periodos largos de restricción energética y/o proteica, el organismo se adapta en forma progresiva a esta restricción con el objeto de mantener un estado funcional adecuado tanto como lo permita el suministro limitado de nutrientes. La adaptación nutricional significa que para sobrevivir a dos agresiones sinérgicas, la carencia de nutrientes y las infecciones frecuentes, el organismo modifica sus patrones biológicos de normalidad y crea nuevas condiciones homeostáticas.

La deficiencia de proteínas y energías (DPE) se desarrolla gradualmente y permite la siguiente serie de ajustes metabólicos que resultan en una disminución de la necesidad de nutrientes y en un equilibrio nutricional compatible con una disponibilidad más baja de nutrientes celulares. Si en este punto el suministro de nutrientes continúa siendo cada vez más bajo que el aceptado por el organismo para su adaptación sobreviene la muerte; sin embargo, aunque en la mayoría de los casos ese suministro es bajo, no lo es tanto para causar la muerte y el individuo es capaz de vivir en un estado adaptado a una ingestión disminuida.

2.6.1 Movilización y gasto de energía: El gasto de energía desciende con rapidez tras la disminución de la ingesta de sustratos calóricos y ello explica la reducción de los periodos de juego y actividad física que se observan y los periodos de descanso más prolongados y el menor trabajo físico. Cuando la disminución del gasto de energía no puede compensar la ingesta insuficiente, las reservas de la grasa corporal se movilizan y el tejido adiposo y el peso corporal disminuyen. La masa magra corporal se reduce a una velocidad menor como consecuencia del catabolismo de las proteínas del músculo que promueve una mayor liberación de aminoácidos. Conforme la deficiencia de energía se vuelve más grave, la grasa subcutánea se reduce en forma notoria y el catabolismo de proteínas lleva al desgaste muscular. Las proteínas viscerales se conservan por un tiempo mayor, en especial en pacientes con marasmo.

2.6.2 Degradación y síntesis de proteínas: La disponibilidad baja de proteínas dietéticas reduce la síntesis proteica. Las adaptaciones del organismo permiten conservar las proteínas estructurales y mantener las funciones esenciales que dependen de proteínas, esto conduce a cambios enzimáticos que favorecen la degradación de la proteína del músculo y la síntesis hepática de proteína, así como la movilización de sustratos de energía desde los depósitos de grasa. Hasta que las proteínas de los tejidos que no son esenciales se agotan, la pérdida de proteínas viscerales aumenta y la muerte puede ser inminente si no se instituye el tratamiento nutricional.

La vida media de las proteínas se incrementa. La velocidad de síntesis de la albúmina disminuye, hay un movimiento de albúmina desde las reservas extravasculares hacia las reservas intravasculares para ayudar a mantener niveles adecuados de albúmina circulante ante la disminución de su síntesis. Los mecanismos de adaptación fallan cuando el agotamiento de proteínas se vuelve muy grave y la concentración de las mismas en el suero disminuye. La reducción secundaria de la presión oncótica intravascular y la fuga de líquido hacia el espacio extravascular contribuyen a la formación del edema del kwashiorkor.

2.6.3 Hematología y transporte de oxígeno: La disminución de la concentración de hemoglobina y de masa de eritrocitos que se observa en casi todos los casos de DPE grave es un fenómeno de adaptación que se relaciona cuando menos en parte con los requerimientos de oxígeno por los tejidos. El decremento de la masa corporal magra y la actividad física menor de los pacientes con desnutrición también disminuyen la demanda de oxígeno. El descenso simultáneo de los aminoácidos de la dieta resulta de una disminución de la actividad hematopoyética, que reserva los aminoácidos para la síntesis de otras proteínas más necesarias. En tanto los tejidos reciben suficiente oxígeno, esta respuesta debe considerarse una forma de adaptación y no una forma "funcional" de anemia. Cuando la síntesis de tejidos, la masa corporal magra y la actividad física mejoran con un tratamiento dietético, la demanda de oxígeno se incrementa y es necesario que la hematopoyesis se acelere. Si no se cuenta con suficiente hierro, ácido fólico y vitamina B2 ocurre anemia funcional con hipoxia tisular secundaria.

2.6.4 Función cardiovascular y renal: El gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca y la presión arterial disminuyen y la circulación central cobra mayor importancia que la circulación periférica. Los reflejos cardiovasculares se alteran y ocasionan hipotensión postural y disminución del retorno venoso. La forma principal de compensación hemodinámica la constituye la taquicardia y no el aumento del volumen latido. Tanto el flujo plasmático renal como la velocidad de filtrado glomerular pueden disminuir a causa del descenso del gasto cardiaco, aunque al parecer la capacidad de excretar líquidos y de concentrar y acidificar la orina se conservan.

2.6.5 Sistema Inmunitario: Los defectos principales que se observan en la DPE grave parecen afectar los linfocitos T y el sistema de complemento. El número de linfocitos que se originan en el timo disminuye en forma intensa y la glándula se atrofia. Además se observa depleción de células de las regiones de linfocitos T en el bazo y los ganglios linfáticos. En la DPE disminuye la producción de varios componentes del complemento. Estas deficiencias pueden explicar la gran susceptibilidad a la sépsis por bacterias gram negativas.

Estos cambios tienen como consecuencia una mayor predisposición a las infecciones y a complicaciones graves.

2.6.6 Electrolitos: El potasio corporal total disminuye a causa de la reducción de proteínas musculares y de la pérdida del potasio del compartimiento intracelular. La acción baja de la insulina y la disminución de los sustratos de energía dentro de la célula reducen la disponibilidad de ATP y fosfocreatina.

2.6.7 Función gastrointestinal: La absorción de lípidos y disacáridos pueden alterarse y la velocidad de absorción de glucosa disminuir en la deficiencia de proteínas grave. También puede observarse menor producción de sustancias gástricas, pancreáticas y biliares, estos cambios alteran aún más las funciones de absorción que se manifiesta con diarrea y quizá también por la motilidad intestinal irregular y el sobre crecimiento bacteriano gastrointestinal. La diarrea incrementa la mala absorción y puede agravar más el estado nutricional.

2.6.8 Sistema nervioso central: Los pacientes que cursan con DPE a edad temprana pueden presentar disminución del crecimiento cerebral, de la mielinización de los nervios, de la producción de neurotransmisores y de la velocidad de conducción nerviosa. Aún no se demuestran en forma clara las implicaciones funcionales de estas alteraciones a largo plazo y no pueden correlacionarse con la conducta posterior ni con el nivel de inteligencia.

2.7 Respuestas Adaptativas:

- Adaptación metabólica para sobrevivir de manera "compensada".
- Limitación de funciones no vitales
- Detención de crecimiento y desarrollo
- Reducción de la síntesis de proteínas viscerales y musculares
- Reducción en la concentración de la Hemoglobina y Glóbulos Rojos

- Disminución del flujo plasmático renal y filtrado glomerular
- Disminución de secreción gástrica y pancreática, atrofia de vellosidades intestinales

2.8 Clasificación

Para elaborar el diagnóstico de desnutrición se requiere analizar la historia alimentaria, la frecuencia y severidad de las enfermedades previas, reconocer los signos y síntomas propios de esta enfermedad, medir el crecimiento y realizar algunas pruebas bioquímicas.

2.8.1 Clasificación etiológica:

A) Primaria: Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y la ignorancia, en la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo y la de origen secundario en países desarrollados.

B) Secundaria: cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sépsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neumopatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.

C) Mixta: se presenta cuando están coexistentes las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrientes y la necesidad no satisfecha de los mismos.

2.8.2 Clasificación clínica:

La DPE es un nombre genérico para un amplio espectro de estados de deficiencia de proteínas y energía y son clasificados como: energética, protéica y energética-protéica.

Las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas. Incluyen: reducción en la velocidad de crecimiento, disminución en la actividad física y apatía general. Al incrementar el déficit de proteínas y energía, las manifestaciones primarias se hacen más evidentes. Sin embargo, sólo cuando la DPE es grave, los signos y síntomas específicos se hacen evidentes. Los términos marasmo, kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor se usan para designar expresiones clínicas de desnutrición calórico-proteica avanzada o de tercer grado.

Generalmente la desnutrición de **tipo marasmática** se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo, etc.

El Kwashiorkor forma "húmeda" o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una dermatitis denominada pelagroide, irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas.



La desnutrición marasmo-kwashiorkor anteriormente conocido como Síndrome Pluricarenal presenta tanto signos de marasmo como de kwashiorkor.

2.9 Signos de mal pronóstico

- * Edad menor de 6 meses
- * Déficit de P/T mayor del 30 % o de P/E mayor del 40 %
- * Estupor o coma
- * Infecciones severas (bronconeumonía, sarampión, etc.)
- * Petequias o tendencias hemorrágicas
- * Deshidratación, Alteraciones electrolíticas, acidosis severa

- * Taquicardia o datos de insuf. Respiratoria o cardíaca
- * Proteínas séricas menores a 3 gr/dl
- * Anemia severa con datos de hipoxia
- * Ictericia, hiperbilirrubinemia o aumento de transaminasas
- * Lesiones cutáneas eruptivas o exfoliativas extensas
- * Hipoglucemia e hipotermia

2.9.1 Consecuencias a largo plazo.

Hay clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como factor predisponente de un mayor riesgo de enfermar o de morir y como condición antecedente de una limitación estructural y funcional. Durante el estadio agudo de la desnutrición severa, la aparente mayor susceptibilidad del niño a contraer enfermedades infecto-contagiosas es sin duda la consecuencia de mayor trascendencia clínica.

Los estudios sobre el desarrollo mental indican que existe una interrelación estrecha entre la desnutrición y el desarrollo intelectual. Sin embargo, aún queda por precisar el grado de participación de la desnutrición en el retraso mental. En años recientes se ha logrado que lactantes severamente desnutridos tengan una mejor recuperación en su desarrollo neurológico, cuando son sistemáticamente estimulados durante su tratamiento médico dietético.

El niño desnutrido grave se deteriora más debido a un desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular y/o renal y a un déficit de los mecanismos de defensa contra la infección.

Las alteraciones psicológicas pueden ser profundas; la anorexia severa, apatía e irritabilidad hacen que el niño sea difícil de alimentar y manejar, y son de muy mal pronóstico. En general, la muerte es secundaria a bronconeumonía, septicemia por gram negativos, infecciones graves y falla aguda cardiovascular, hepática y renal.

Los signos y síntomas de deficiencia grave de vitaminas y minerales pueden ser importantes en la DPE y pueden hacerse aparentes durante la rehabilitación temprana si no se provee un suministro adecuado de estos nutrimentos. Además, el cuadro clínico puede complicarse por una deficiencia grave de folatos, tiamina o niacina y/o una deficiencia aguda de potasio, sodio y magnesio o por deficiencia crónica de hierro, zinc, cobre y cromo.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Desnutrición leve o moderada

La recuperación nutricional es rápida. Las necesidades iniciales se establecen en un rango intermedio entre las que le corresponderían por su peso actual y las calculadas para su peso ideal. En forma progresiva se deberá aproximar a las necesidades de un niño normal.

Desnutrición grave o severa

El tratamiento es prolongado y requiere de internación. En un primer momento se busca la estabilización del paciente.

Luego el tratamiento se divide en 3 etapas:

1) Inicio de la recuperación nutricional: Cuando la adecuación P/T es $< 70\%$ se intenta alimentación vía oral por 24 hs, si no se logra el aporte, se pasa a parenteral continua por sonda naso gástrica. De acuerdo a la evolución, se ofrecerán progresivamente alimentos por vía oral y se retirará la sonda luego de cumplidas 24 hs de recibir "todo" el aporte por boca.

- Aporte calórico: 80 – 100 cal /Kg /d

- Aporte Proteico: 1 gr /Kg /

- Aporte Hídrico: 120 – 130 ml /Kg /d, 100 ml/Kg /d (edemas) La progresión alimentaria debe ser lenta cada 48 – 72 hs. En esta etapa se

considera satisfactoria una ganancia de peso 5 – 6 g/Kg/d. Aporte de vitaminas y minerales

2) Consolidación de la recuperación nutricional: El niño generalmente recupera el apetito a la semana. En esta etapa se busca un aumento de peso no inferior a 10 – 12 gr/ Kg / día, siendo el ideal 20 gr/kg/d. La alimentación tiene que ser a voluntad, no forzada, con fórmulas o alimentos lo más energéticos posibles. Los lactantes que se alimentan por succión a libre demanda y tienen un aporte que les permite una curva ascendente de peso. Siguen con las vitaminas y minerales. Si la edad lo permite se comienza con semisólidos en forma progresiva, se ofrecen previo al biberón. Estos alimentos no se restan del aporte calórico total en la primera etapa.

- Aporte calórico: las calorías necesarias para la edad del niño, con el peso actual y agregar las calorías necesarias para la formación de nuevos tejidos. El aporte será de 175 – 200 cal/Kg/d

- Aporte proteico: 3 – 4 gr/Kg/d- Hidratos de Carbono: 50 – 60 %

- Grasas: 30 – 35 %. La absorción se encuentra disminuida en un 50 %, pero no se deben manejar restringidas por la alta densidad calórica.

- Agua: las necesidades basales + las pérdidas concurrentes si aún persiste la diarrea

- Micronutrientes: se mantiene la suplementación. En éste momento se agrega suplemento de Fe: 2 – 3 mg/Kg/d

Características de los alimentos a incorporar

- Sin gluten
 - Bajo contenido de fibra
 - Sin lactosa (se incorpora en el 2º mes del tratamiento)
-
- Alta concentración energética
 - Baja concentración de disacáridos y alta de polisáridos

3) Alta

Post Alta

Control con el Servicio de Nutrición a las 48 hs. del alta. Luego se hará semanalmente, y posteriormente mensualmente. A medida que se acerca al P/T, disminuye la ganancia ponderal como así también el apetito y el aporte alimentario. Esta situación es normal y puede provocar una leve y transitoria disminución del peso. A medida que el niño se recupera el aporte debe ir disminuyendo hasta llegar a una alimentación adecuada a las necesidades del niño.

CAPITULO III

3. CUIDADOS DE ENFERMERIA.

3.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Control de funciones vitales, nivel de conciencia
- Aislar al paciente para la prevención de enfermedades
- Instalación de vía periférica, para la administración de soluciones
- Valorar continuamente la hidratación del niño
- Control de diuresis(peso de pañal)
- Controlar peso y talla diariamente del paciente
- Realizar balance hídrico estricto
- Educar a la madre sobre la nutrición del niño
- Favorecer el consumo de una dieta líquida.

3.2 GUÍA ALIMENTARIA

- Transición alimentaria con papillas: Aumento progresivo de de la densidad de los nutrientes, pequeñas porciones de carnes para así aumentar la concentración de hierro y zinc, bajo potencial alergénico
- Aumentar la densidad de azúcar y aceite
- Principio de la combinación múltiple: Combinar los cinco grupos en cada comida, lácteos , carnes , verduras, legumbre y harinas, y por ultimo azúcar, aceite y miel.
- Control de las golosinas, gaseosas, pan ,etc.

- Suspender otras actividades en el horario de la comida, por ejemplo el ver televisión

3.3 Fomentar buenos hábitos alimentarios.

En esta época de la vida, empiezan a crearse hábitos alimentarios saludables, que repercutirán en los siguientes años. Estos hábitos se ven influenciados fundamentalmente por el medio que rodea al niño: su familia, amigos, vecinos o centro infantil.

Aquí algunas sugerencias que crearán buenos hábitos alimentarios:

- 1.- Hay que crear un ambiente favorable durante la comida, un ambiente positivo, tranquilo, libre de tensiones, peleas o gritos. La alimentación no sólo es física, sino también espiritual y los niños perciben esto muy bien.
- 2.- Es preferible que el niño se reúna con la familia u otros niños durante las comidas. Esto crea un ambiente positivo de sociabilidad y apoyo. Al observar, el niño aprende por imitación de las personas que lo acompañan.
- 3.- El niño debe tener su sitio en la mesa, su silla y su vajilla propia. Insistir a que el niño coma sentado y no corriendo alrededor de la mesa, para evitar atragantamiento y fomentar buenos hábitos.

4.- Se debe evitar comer con la televisión o con juguetes en la mesa que puedan distraer al niño. En la hora de la comida hay que comer, y en la de los juegos que jugar.

5.- Es importante establecer y mantener claramente los horarios de comidas y organizados en desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y cena. Tampoco no se debe ser estricto e inflexible, a tal punto que el horario vuelva a la comida un suplicio. Más bien, esta regularidad debe ser parte del entrenamiento práctico sobre normas sociales y responsabilidades para el niño.

6.- Otros hábitos, como lavarse las manos antes de comer, agradecer por los alimentos, esperar que todos empiecen deben estimularse.

7.- Uno de los grandes problemas que las familias enfrentan es la disminución de apetito e interés por alimentos a partir de los tres años más o menos. Para afrontar esta situación se debe tener mucha constancia y paciencia en las horas de la comida. No se debe alimentar al niño con apuro o brusquedad. Además el "picoteo" de comida chatarra entre las comidas quita el apetito, por lo tanto no dar golosinas entre las comidas, peor aún como recompensa

8.- Tanto los centros de estimulación temprana (antes llamados guarderías) y la escuela pueden convertirse en excelentes sitios de experiencia en relación a la comida, porque el proceso de socialización a través de la alimentación se amplía y se adquiere nuevos hábitos, que se esperan sean los correctos. Esto último depende del régimen alimentario escolar, que debe ser organizado y vigilado por personal calificado.

9.- Cuando prepare los alimentos tenga cuidado en la higiene. Lávese las manos frecuentemente. Siempre lave las verduras y frutas. Utilice agua hervida para cualquier preparación y utensilios limpios.

10.- Si en ocasiones el niño tiene menos ganas de comer no se le debe forzar a hacerlo, pero hay que vigilar esta inapetencia.

El niño va a ir aprendiendo a desarrollar sus preferencias y gustos en cuanto a sabores, olores y texturas. Para ello se le ofrecerá una gran variedad de alimentos. Una presentación atractiva de los nuevos alimentos facilitará que el niño los acepte. Si los rechaza es mejor no obligarle a que se los coma, y pasado un tiempo se probará de nuevo a dárselos en pequeñas cantidades para que se anime a comerlos. La reiteración es la manera más eficaz para conseguir que el niño coma de todo, pero siempre respetando, en la medida de lo posible, las preferencias y rechazos del niño.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cómo inciden las intervenciones de enfermería, en la evolución de los pacientes en edad preescolares, ingresados con diagnóstico de desnutrición?

METODOLOGIA

5. JUSTIFICACION DE LA ELECCION DEL METODO.

El tipo de estudio que se empleo fue retrospectivo con el fin de determinar de qué manera los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería, favorecen en la evolución de los pacientes en edad preescolares, ingresados con diagnostico de desnutrición.

5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Muestra: o población en estudio son los niños con desnutrición hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

La población en estudio es del 100% de los preescolares hospitalizados con desnutrición el Hospital Abel Gilbert Pontón del área de Pediatría que corresponde a 20 pacientes.

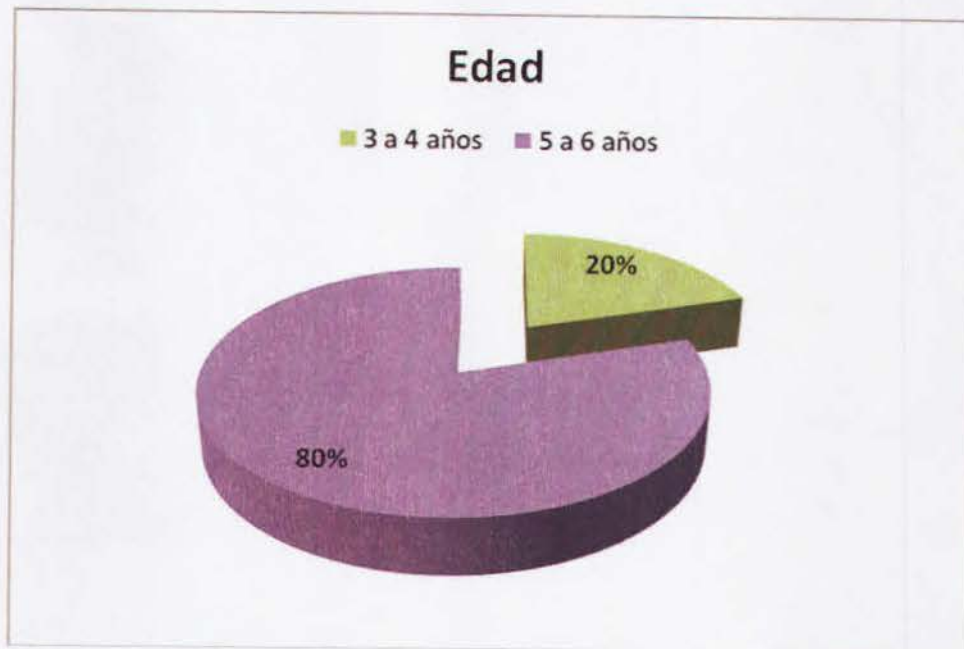
Técnica de recogida de datos: Como instrumento para recoger datos se utilizó un cuestionario para entrevista, que fue dirigido a los familiares o cuidadores.

Técnica y modelo de análisis de datos: Para el análisis de los datos se revisaron la entrevista realizada a los familiares, para así tabular los datos en Excel y los resultados presentarlos en tablas y gráficos.

PRESENTACION DE LOS DATOS

GRAFICO N° 1

Qué edad tiene el niño



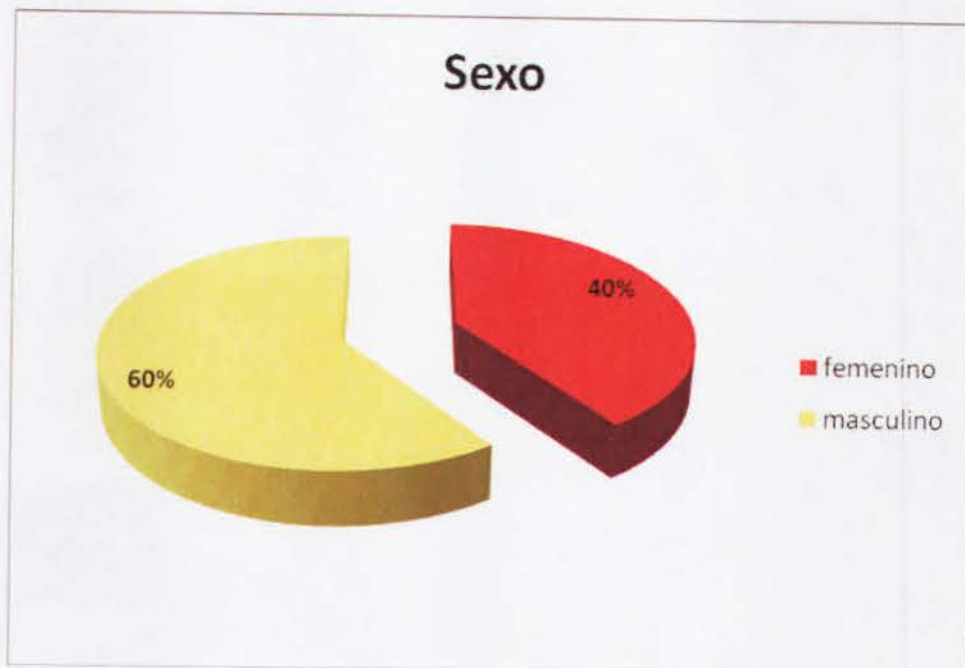
Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Ámbar Haon Rodríguez..

Análisis: El 80% de los pacientes tienen un promedio de edad que va desde los 5 a 6 años.

GRAFICO N° 2

Sexo del niño



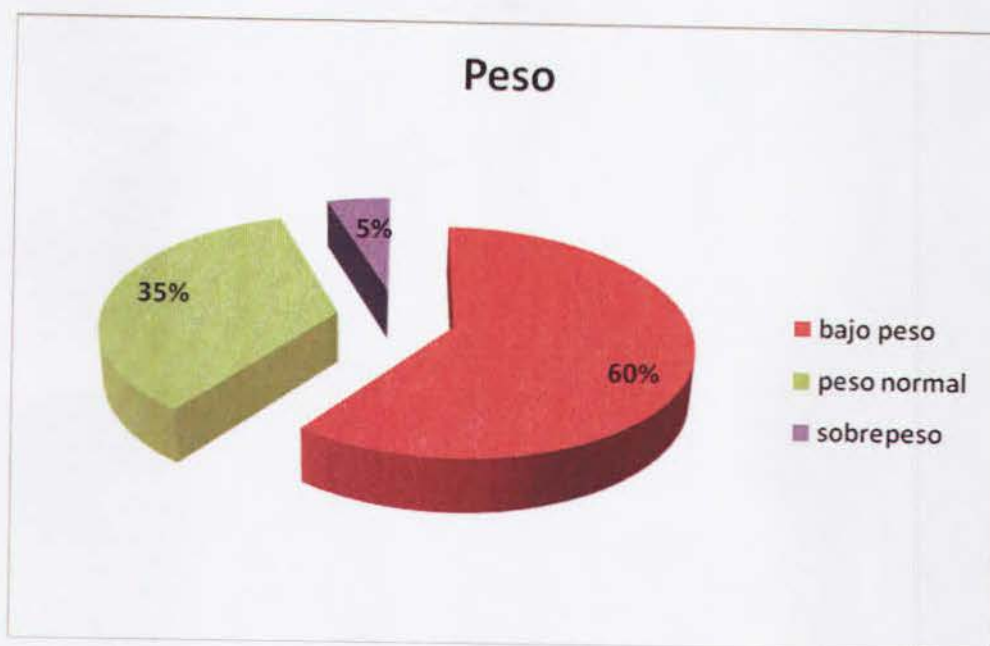
Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Ámbar Haon Rodríguez.

Análisis: El 60% de los niños afectados con la desnutrición es de sexo masculino.

GRAFICO N° 3

Peso del niño



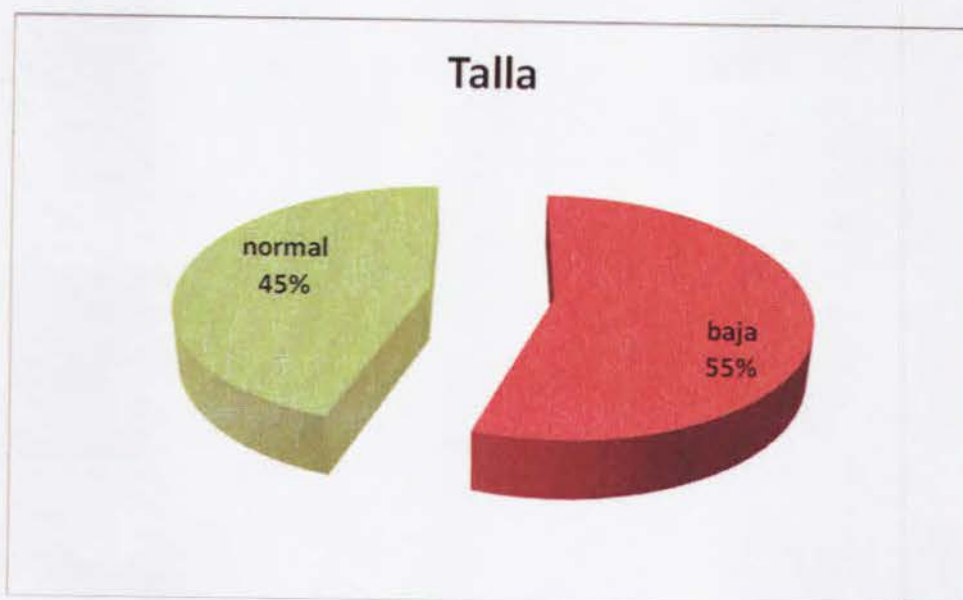
Fuente. Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Ámbar Haon Rodríguez

Análisis: El 60% de los niños tiene bajo peso para la edad lo que hace que sea un factor de gran riesgo a complicar el cuadro de desnutrición.

GRAFICO N° 4

Talla del niño



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por : Ámbar Haon Rodríguez

Análisis: La gran mayoría de niños evaluados poseen una talla baja en relación con la edad, lo que nos indica el déficit alimenticio que les impide continuar con su crecimiento normal.

GRAFICO N° 5

Cuántas comidas consume al día



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Ámbar Haon Rodríguez

Análisis: El 70% indicó que consume de 2 a 3 comidas al día, en relación a un 15% indica que consume solo de 1 a 2 comidas al día lo que preocupa ya que es un indicador potencial de que la desnutrición se complicara.

GRAFICO N° 6

Cuántas tazas de leche consume al día

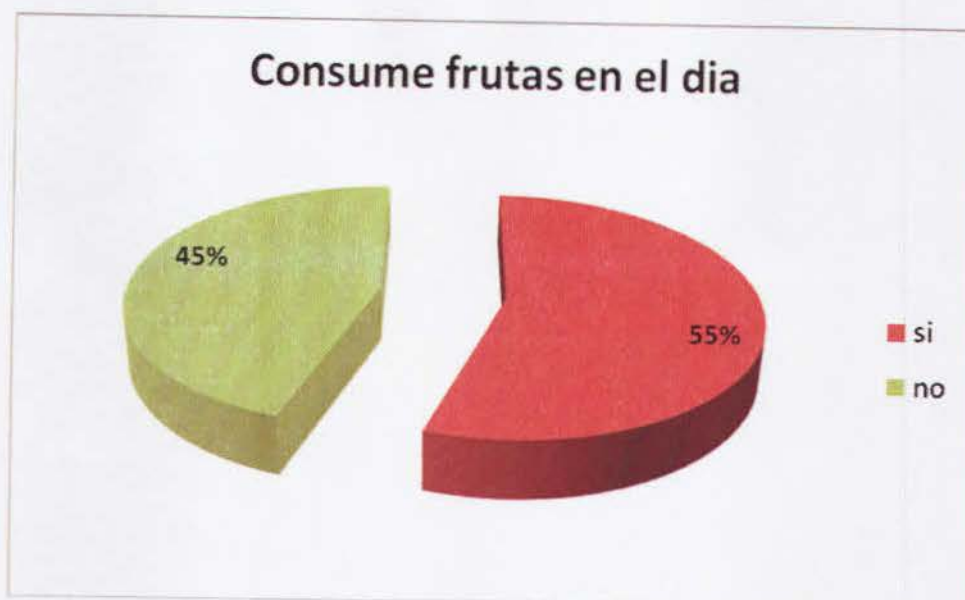


Fuente : Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Ámbar Haon Rodríguez

Análisis: El 40% consume 2 tazas de leche ,mientras que el 30% consume 1 taza de leche y el 10% ninguna cuando deberían consumir lo requerid que son 3tazas importantes para el crecimiento y fortalecimiento de los huesos.

GRAFICO N° 7



Fuente: : Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Ámbar Haon Rodríguez

Análisis: Podemos considerar de acuerdo al grafico que el 55% consume frutas en el día mientras que el resto no, como indicaban algunas madres quizás porque económicamente no pueden sustentar este gasto

GRAFICO N° 8



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Ámbar Haon Rodriguez

Análisis: La mayoría de los niños no consume legumbres , alimento de gran importancia en las comidas diarias del preescolar.

GRAFICO N° 9



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: : Ámbar Haon Rodriguez

Análisis: El 55% han sido diagnosticado con anemia, lo que da a notar que la desnutrición ha llevado a estas consecuencias a los preescolares, lo que es un factor de riesgo muy serio para estos niños.

GRAFICO N° 10



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por : Ámbar Haon Rodriguez

Análisis: El 60% de las madres no llevan a un control periódico a los preescolares he aquí la falta de importancia y quizás de comunicación de parte del personal de salud en indicarles la importancia del control médico.

GRAFICO N° 11



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Ámbar Haon Rodriguez

Análisis: El 70% de las madres indicaron que no les realizan exámenes de control, a excepción de cuando están ingresados en el hospital.

GRAFICO N° 12



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Ámbar Haon Rodriguez

Análisis: Un gran porcentaje de niños no recibe ningún suplemento vitamínico, como no asisten a los controles médicos estos se pierden de recibirlos de acuerdo a su estado nutricional.

GRAFICO N° 13



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Ámbar Haon Rodriguez

Análisis: El 75 % de las madres no saben que tipo de alimentación deben recibir de acuerdo a la edad, lo que nos permite saber que no se esta realizando ningún tipo de consejería de parte del personal de salud para dar charlas a las madres de familia..

GRAFICO N° 14

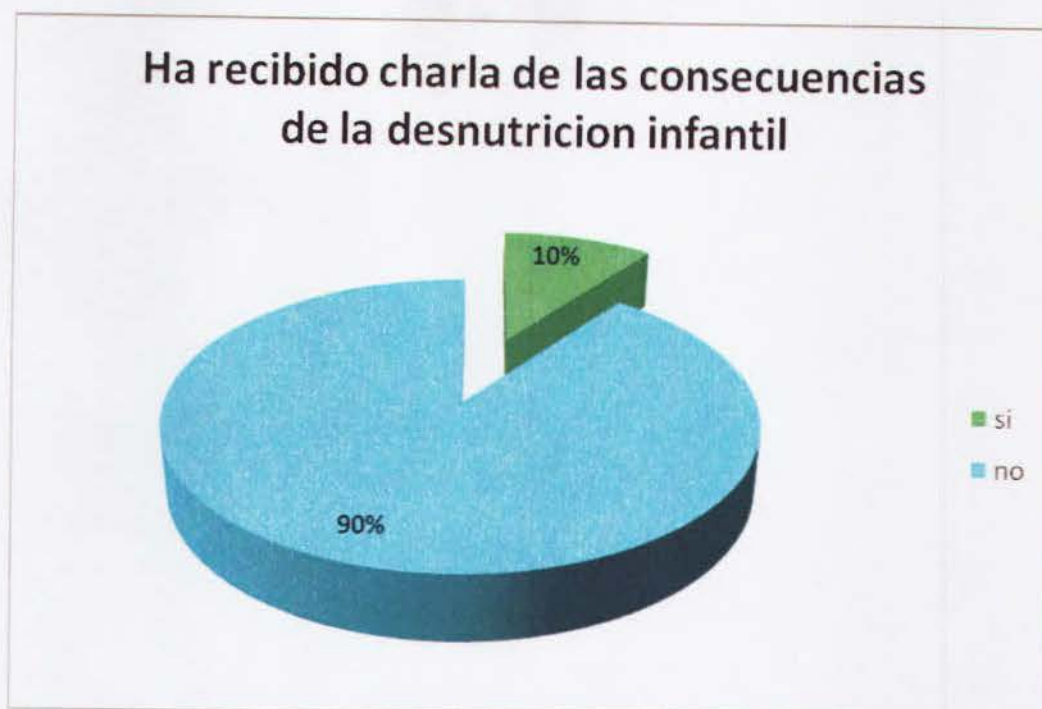


Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Ambar Haon Rodriguez

Análisis: El 45% indica que el médico es el que les proporciona información acerca de la alimentación que debe consumir el niño, Enfermería un 35%

GRAFICO N° 15



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por Ambar Haon Rodriguez

Análisis: el 90% de las madres no ha recibido charlas de la enfermedad de sus niños, en relación a un 10% que si recibieron la charla.

GRAFICO N° 16



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con Desnutrición, del área de Pediatría Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaborado por : Ambar Haon Rodriguez

Análisis: Se puede observar en el grafico que el 90% de las madres no tiene conocimiento de la enfermedad de sus hijos y llegamos a la conclusión de la escasa información que provee el personal de salud

6. CONCLUSIONES.

Realizado este estudio investigativo se ha llegado a la siguiente conclusión:

En el grafico N° 14 se observó el 45% que el médico es el que les proporciona información acerca de la alimentación que debe consumir el niño, en relación con el personal de Enfermería un 35%

Dentro de la muestra estudiada el 60% de los niños tiene bajo peso para la edad lo que hace que sea un factor de gran riesgo a complicar el cuadro de desnutrición

Por otra parte el 60% de las madres no llevan a un control periódico a los preescolares he aquí la falta de importancia y quizás de comunicación de parte del personal de salud en indicarles la importancia del control médico.

Al realizar la encuesta el 75 % de las madres desconocen el tipo de alimentación que deben recibir de acuerdo a la edad, lo que nos permite saber que no se está realizando ningún tipo de consejería de parte del personal de salud para dar charlas a las madres de familia..

Se puede observar que el 90% de las madres no tiene conocimiento sobre la enfermedad de sus hijos, no han recibido charlas, en relación a un 10% que si recibieron la charla, y se llega a la conclusión de la escasa información que provee el personal de salud.

Entre los factores que afectan en el estado nutricional de los niños es el socio económico, el nivel cultural de los padres, La poca importancia que le ponen los padres al estado de salud de sus hijos.

7. VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION.

Las recomendaciones que sugiero son las siguientes:

- Impartir conocimientos realizar talleres para educar continuamente al personal de enfermería que labora en la institución hospitalaria.
- Elaborar charlas educativas para las madres de los niños hospitalizados acerca de la desnutrición, ya que así proporcionarían mayor cuidado a sus hijos teniendo el conocimiento previo.
- Facilitar información por medio de folletos o escritos indicando el tipo de alimentación que debe consumir los preescolares para su edad.
- No podemos cerrar los ojos frente a este problema que crece cada día existen lugares declarados en extrema pobreza en donde los niños solo comen una vez al día el gobierno local de turno debería de realizar una campaña para poder ayudar a estos sectores castigados por el mal momento económico que se vive.
- Existen maneras tan sencillas de poder superar este mal pero la falta de publicidad y difusión sobre que alimentos balanceados se deben de consumir hacen de que ignoremos algunos alimentos que son ricos e importantes que ayudan a la correcta nutrición.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Torresani, María Elena. Cuidado Nutricional Pediátrico. Buenos Aires. Eudeba. 2006- Ashworth, A., Khanum, S., Jackson, A., Schofield, C. Directrices para el tratamiento hospitalario de los niños con malnutrición grave. OMS, 2004.

2. M. Rosario Arnaud Viñas, José Mataix Verdú Revista española de nutrición comunitaria = Spanish journal of community nutrition, ISSN 1135-3074, Vol. 11, Nº. 3, 2005 , págs. 128-134

3. Alimentación del preescolar de 2 a 5 años

Recuperado de :

<http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/salud-nutricion-familia/nutricion/alimentacion-preescolar/>

4. Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador

Recuperado de :

<http://ecuador.nutrinet.org/materno-infantil/estadisticas/112-prevalencia-de-la-desnutricion-cronica-infantil-en-ecuador>

5. Consecuencias de la Desnutrición

Recuperado de:

<http://ecuador.nutrinet.org/materno-infantil/introduccion>

6. La desnutrición.

Recuperado de:

<http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricion/desnutricion.shtml>

7. Desnutrición y pobreza: Un enfoque de asignación intrafamiliar de recursos en el caso de los preescolares Y. Pamela Ortiz Arévalo*

Recuperado de:

<http://gacetadeeconomia.itam.mx/Administracion/N11AY.%20Pamela%20Ortiz%20Ar%C3%A9valo.pdf>

8. El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú

Recuperado de:

<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/38538/dp-dds-Costo-hambre.pdf>

9. Biomédica vol.27 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2007. Estado de los micronutrientes hierro y vitamina A, factores de riesgo para las deficiencias y valoración antropométrica en niños preescolares del municipio de Funza, Colombia.

Recuperado de:

http://74.125.155.132/scholar?q=cache:LCGYqvMxeT4J:scholar.google.com/+DESNUTRICION+en+preescolares+en+ecuador&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1

10. Nutrición de la madre y del niño.

Recuperado de:

<http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/DPC/CD/AIEPI4-12.pdf>

11. Nutrición

Recuperado de:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Nutrici%C3%B3n>

12. Manejo de urgencias del niño desnutrido grave.

www.innatia.com

13. Manual de Atención Integral a las enfermedades prevalentes a la Infancia (AIEPI)

ANEXOS