

031263

EF S
#0171





**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 1- 5 AÑOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA
AÑO 2004**

**ANGELICA DE ARCO BALLESTEROS.
KAREN BARROS DE LA HOZ.
LEIDYS GONZÁLEZ FUENTES.
YEITHY MURIEL GARCIA.**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR, FACULTAD DE ENFERMERÍA, VII SEMESTRE ,
INTRODUCCION A LA INVESTIGACION
BARRANQUILLA**

2005



**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 1- 5 AÑOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA
AÑO 2004**

**ANGELICA DE ARCO BALLESTEROS.
KAREN BARROS DE LA HOZ.
LEIDYS GONZÁLEZ FUENTES.
YEITHY MURIEL GARCIA.**

PROYECTO DE INVESTIGACION

**ENFERMERA TAYDE MONTERROSA, ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL Y EPIDEMIOLOGIA.**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR, FACULTAD DE ENFERMERÍA, VII SEMESTRE ,
INTRODUCCION A LA INVESTIGACION
BARRANQUILLA**

2005

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Dedico este triunfo a mis hijos, Daniel y Jesús, por su paciente y tolerante espera en momentos de ausencia, en los que dediqué tiempo a esta labor investigativa.

A mi madre, Enisza, por su comprensión y colaboración.

A mi esposo Danilo, por su apoyo integral e incondicional durante mi formación, y en general a todos mis familiares que apoyaron de una u otra forma mi deseos de superación.

Angélica



Le doy gracias a Dios por brindarme la oportunidad de ingresar a la universidad y tener la dicha de conocer un grupo de amigas y profesores que me han brindado lo mejor de su ser, a mis padres Magali y Ricardo les doy las gracias por el esfuerzo que han hecho para costear mis estudios y alcanzar así uno más de mis sueños.

Karen.



Dedico este triunfo primeramente a Dios, por haberme permitido culminar con éxito esta meta.

A mis padres, Fredy González y María Fuentes, porque sin su apoyo no hubiese sido posible la realización de este.

A mi novio, Alexis Chávez, por sus apoyo incondicional.

A todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron para que mi gran sueño fuese una realidad.

Leidy

Dedico este logro a Dios, por permitirme alcanzar un pedacito mas en mi vida personal y profesional.

A mis padres, Alvaro Muriel y Julia García y a mi novio Alberto Romero por brindarme su confianza y apoyo en el transcurso de mi carrera; y que día a día contribuyeron en mi proceso de formación.

Aleithy



TABLA DE CONTENIDO

	Pág
1. TITULO	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2.1 DESCRIPCION	11
2.2 FORMULACION	13
3. JUSTIFICACION	14
4. PROPOSITO	19
5. OBJETIVOS	20
5.1 OBJETIVO GENERAL	20
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
6. MARCO REFERENCIAL	22
6.1 MARCO TEORICO	22
6.2 MARCO ESPACIAL	38
6.3 MARCO TEMPORAL	39
7. DISEÑO METODOLOGICO	40
7.1 TIPO DE ESTUDIO	40
7.2 POBLACION DE ESTUDIO	40
7.2.1 Universo	40
7.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	40
7.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN Y TABULACION DE LA INFORMACION	40

7.5	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	42
8.	PLAN DE ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS	44
9.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
10.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	68
10.1	PRESUPUESTO	69
10.2	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	70
11.	BIBLOGRAFIA	72
	ANEXOS	75



1. TITULO

**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 1- 5 AÑOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA
AÑO 2004**

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCION

La desnutrición es un estado que indica que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes tales como vitaminas, minerales y carbohidratos acorde con la edad del individuo; esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas.

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimentos, también puede ocurrir cuando se consumen nutrientes en cantidades inferiores en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es digerido o absorbido apropiadamente.

Algunas patologías asociadas a la desnutrición pueden producir serias complicaciones y producir la muerte en muchos casos en los niños.

Además factores como la edad, el sexo, el nivel de educación de los padres, la lactancia materna, los ingresos económicos de la familia, los hábitos alimenticios y algunas enfermedades predisponentes como las gastrointestinales de origen viral, la enfermedad diarreico-aguda, los parásitos, etc pueden conllevar al niño a un cuadro de desnutrición.

Las manifestaciones clínicas mas comunes que se presentan en un estado de desnutrición son debilidad física, laxitud, retardo psicológico, infracciones en el tracto digestivo y tracto respiratorio, que puede conllevar a una sepsis, palidez, anemia, etc.

A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por si solos, la desnutrición continua siendo un problema por la pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra, diversos países han demostrado que la desnutrición y el hambre no son elementos extraños a este mundo.

Colombia presenta un panorama desalentador en cuanto a desnutrición infantil, problemática que cada día se vuelve mas crónica. Son muchos los factores que inciden en la aparición de la desnutrición en individuos de este grupo poblacional, entre los cuales cabe destacar: el desempleo, la pobreza, bajo nivel educativo, hacinamiento, falta de higiene general, desplazamiento, etc.

Teniendo en cuenta que esta patología ataca en mayor proporción a nuestra niñez y por ende nuestra sociedad, se hace necesario entonces que las políticas de manejo sean integrales para esta problemática que ataca en mayor proporción a la población infantil en nuestro caso, los niños de 1-5 años. Lo anteriormente expuesto nos conduce a plantear el siguiente interrogante:

2.2 FORMULACION

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la desnutrición infantil, en niños de 1-5 años atendidos en el HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA, DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO año 2004?.



3. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición es un problema de amplia importancia a nivel mundial. Considerado como grave y suele ser mas severo en la población infantil, teniendo en cuenta que a nivel mundial afecta al 45% de la población infantil. En Latinoamérica se ve afectada el 28% de la población infantil. En Colombia, el 10.% de la población infantil (4.791.042), en el Departamento del Atlántico se ve afectada el 32% de la población y a nivel urbano, afecta el 17.2% de los cuales son atendidos 53 niños en el Hospital Nazareth del Distrito de Barranquilla, a través del programa de "Recuperación Nutricional"¹, dirigido en asocio con la UNICEF y el ICBF.

En el Hospital Nazareth encontramos un alto índice de morbilidad por desnutrición (DNT) en niños de 1 – 5 años, evidenciado por las estadísticas del año 2003 en donde fueron atendidos 59 niños con problemas de desnutrición, y en el año 2004 se atendieron 53 niños.²

A nivel mundial existen 480 millones de personas que sufren desnutrición crónica, aproximadamente el 10,5 % de la población mundial. En América Latina, más del 50% de los niños menores de 6 años sufren de desnutrición. Bolivia con una población cercana a los 8

¹ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento de Archivo y Estadísticas; Barranquilla- 2004.

² Departamento de Estadísticas del Hospital Nazareth.

millones de habitantes, sufre desnutrición en un 46,5% de población infantil³.

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. Según la UNICEF, la mortalidad infantil en los niños menores de 5 años en Bolivia alcanza el puesto número 57 a nivel mundial y, en América Latina, el segundo puesto. Después de Haití, que ocupa el primer lugar.⁴

El problema de la desnutrición se debe a diferentes causas tales como déficit económico como resultado del desempleo que se evidencia en nuestro país, el bajo nivel educativo en los padres que les impide tener acceso a ciertas fuentes de empleo para mejorar su condición económica. El hacinamiento, la falta de higiene general incluyendo además algunas infecciones en la piel, el parasitismo y un factor que

³ Indexmédico.com/publicaciones/journals/revistas/Bolivia/Instituto-Sucre/Edición1/byron-desnutrición.html.

⁴ Ibid.



prima en nuestro país es el desplazamiento al cual se ven sometidas ciertas poblaciones.⁵

El país cuenta con un Plan Nacional de Nutrición (1999-2005) que propende por una adecuada alimentación y nutrición tanto en el nivel individual como colectivo y ha desarrollado acciones de seguridad alimentaria orientadas a los hogares y grupos mas vulnerables. Gracias a estos esfuerzos, la prevalencia de la desnutrición global (peso/edad) en menores de 5 años disminuyó.⁶

En esta ciudad este problema puede evidenciarse claramente teniendo en cuenta la cantidad de pacientes infantes que acuden a las diferentes instituciones hospitalarias del Distrito, tal es el caso del Hospital Nazareth en el cual se maneja un grupo de infantes que padecen la problemática de desnutrición en donde se le brinda atención médica integral garantizando la prestación de los servicios de salud básico a los menores afectados por la desnutrición para disminuir el índice de morbilidad infantil.⁷

⁵ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento de Archivo y Estadísticas; Barranquilla- 2004.

⁶Departamento de Estadísticas del Hospital Nazareth

⁷ Ibid.

El Hospital Nazareth hace ingentes esfuerzos para disminuir los índices de desnutrición en asocio con la UNICEF a través del programa Recuperación Nutricional. En el año 2004 asistieron al programa de crecimiento y desarrollo 1839 niños quienes de acuerdo al grado de desnutrición tienen controles cada 8 días los que presentan desnutrición severa y moderada, desnutrición leve cada 15 días y los niños sanos cada mes. Estos con un equipo interdisciplinario formado por fisioterapia, fonoaudióloga, pediatra, psicóloga, enfermera y trabajo social.⁸

De igual forma reciben mercados balanceados, consulta odontológica y profilaxis oral, desparasitación, etc.

Lo que demuestra que es mucho lo que se hace por la desnutrición pero no es suficiente.

Es necesario que los programas de Atención Primaria realicen mayores esfuerzos para evitar que los niños sigan siendo atacados por esta enfermedad.⁹

Queda demostrado como se viene trabajando para disminuir los casos de morbilidad por desnutrición en el Hospital Nazareth, el ICBF y la UNICEF, de igual forma así lo revelan estudios realizados entre los años 1990 y 2000., así como los estudios recientes realizados por la

⁸ ESE. Hospital Nazareth- Departamento de Nutrición y Estadísticas.2004.

⁹ Ibid.

secretaría de Educación y de salud del Distrito de Barranquilla y la lucha por el flagelo de la desnutrición, no es sólo a nivel nacional, sino también a nivel latinoamericano y a nivel mundial.¹⁰

¹⁰ UNICEF. Importancia de Una Buena Nutrición. % de Niños menores de 5 años bajos de peso. 2001.

4. PROPÓSITO

Crear y ejecutar estrategias para contribuir al manejo de desnutrición en el grupo de infantes de 1 a 5 años atendidos en el Hospital Nazareth del Distrito de Barranquilla en el año 2004 y educar a las madres de los niños que están inscritos en el programa para prevenir la desnutrición y controlar los factores de riesgo. De tal manera que se genere un restablecimiento del estado nutricional de la población en estudio.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar los factores de riesgo para la desnutrición infantil en niños de 1- 5 años atendidos en el Hospital Nazareth del Distrito de Barranquilla año 2004

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el peso corporal y talla en cada uno de los menores para identificar el grado de desnutrición.
- Identificar la edad de los niños sobre la cual tiene mayor incidencia la desnutrición.
- Identificar antecedentes de lactancia materna en cada uno de los menores atendidos en el Programa Recuperación Nutricional del Hospital Nazareth de Barranquilla.
- Identificar antecedentes de otras patologías (gastrointestinales, vírales, etc.) que favorecen el desarrollo de la desnutrición en los niños de 1 a 5 años.
- Identificar hábitos alimenticios en cada una de las familias de los menores inscritos en el Programa de Recuperación Nutricional.
- Determinar el nivel educativo de los padres de los menores en estudio.

- Identificar la situación socioeconómica de las familias de los menores atendidos en el programa de Desnutrición del Hospital Nazareth.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO TEÓRICO

La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del hombre, caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo. Para que estos fenómenos se produzcan con total normalidad, es fundamental una adecuada nutrición. La nutrición a su vez está sometida a factores condicionantes: algunos fijos, como el potencial genético del individuo y otros dinámicos, como los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se quiebra el conjunto armónico y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo, y aparece entonces la desnutrición infantil.¹¹

La desnutrición es un estado patológico caracterizado por la falta de aporte adecuado de energía o nutrientes acordes con las necesidades biológicas del organismo, que produce un estado catabólico, sistémico y potencialmente reversible.¹²

Durante cada momento de la existencia, la nutrición está íntimamente ligada con el fenómeno biológico del crecimiento en un equilibrio que puede manifestarse por el aumento (signo positivo), mantenimiento

¹¹ Instituto Colombiano De Bienestar Familiar, Departamento de Archivo y Estadísticas. Desnutrición Infantil. Barranquilla Atlántico, Año 2004.

¹² Mark. H Beers, y Robert Berkow, MD, *Manual de Merck de Diagnóstico y Tratamiento*, 10º Edición. Malnutrición pág 23.

(signo neutro) o disminución (signo negativo) de la masa y del volumen, que conforman al organismo en relación con el momento previo, así como por la adecuación a las necesidades del cambio de forma, función y composición corporal; es necesario comprender que la desnutrición daña las funciones celulares de manera progresiva, afectándose primero el depósito de nutrientes y posteriormente la reproducción, el crecimiento, la capacidad de respuesta al estrés, el metabolismo energético, los mecanismos de comunicación y de regulación intra e intercelular, y finalmente la generación de temperatura, por lo que de no resolverse a tiempo conduciría a la destrucción del individuo.¹³

ETIOLOGIA: La dieta de consumo no es sinónimo de nutrición, ya que los nutrimentos sólo adquieren importancia en la medida en que sean bien digeridos, absorbidos y metabolizados para liberar su energía química, así como para permitir un equilibrio térmico y energético que facilite la incorporación de elementos al protoplasma y a las estructuras celulares, garantizando la función, el crecimiento y la reproducción celular. La desnutrición infantil nace, en la mayoría de las ocasiones, como consecuencia de una pobreza extrema sustentada en el alcoholismo, la falta de legalización de la familia, el analfabetismo, la ausencia de inserción laboral por falta de

¹³ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, departamento de Archivo y Estadísticas.



capacitación, el saneamiento ambiental escaso y la promiscuidad. Estos, entre innumerables condicionantes, hacen que un niño no logre un normal crecimiento y desarrollo, ya que esta pobreza extrema anula, en sus padres o tutores, la capacidad mínima para satisfacer sus necesidades básicas. Podemos considerar entonces a la desnutrición como resultado final del subdesarrollo, en donde el niño sufre el mayor impacto, por depender de terceros para su cuidado y crecimiento.¹⁴

La escolaridad del "jefe de familia" influye de forma significativa en su ocupación, su nivel económico y su capacidad adquisitiva resultante, de igual manera en el estado nutricional de la familia, en tanto que la educación de la madre determina la actitud que ésta adopta ante la necesidad de vigilar la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de sus hijos, la capacidad para utilizar los recursos económicos en el diseño de una alimentación suficiente y adecuada que permita un buen estado nutricional y la preocupación por mantener adecuadas condiciones de higiene. Aunado a lo anterior, muchas veces los hijos abandonan la escuela a edades tempranas para convertirse en "aportadores", la mayoría consigue subempleos poco remunerativos debido a su bajo nivel escolar y, por lo tanto, la capacidad de superación educativa personal se detiene en forma prácticamente absoluta e irreversible. Además los matrimonios a corta edad con

¹⁴ Calzada León R. (Jefe de Servicio de endocrinología) Instituto Nacional de Pediatría.

cónyuges que también poseen educación formal incompleta permiten la "transmisión" de la incapacidad para mejorar las condiciones sociales, nutricionales y ambientales, ya que una madre que haya vivido en condiciones de saneamiento y nutrición inadecuadas no sólo las permitirá en su casa, sino que será incapaz de percibir los requerimientos higiénicos y nutricionales de sus hijos, y con ello aumenta la probabilidad de infecciones y desnutrición.

Por otro lado, ocurre que la falta de conocimientos formales de los padres mantiene modelos inadecuados de educación para los hijos, con falta de estimulación psicomotriz en etapas críticas de desarrollo neuronal. Cuando a ello se suma que la nutrición inadecuada in útero o en los dos primeros años de la vida puede producir modificaciones estructurales y funcionales en la corteza cerebral, es fácil comprender porqué algunos de estos niños evidencian incapacidad para resolver problemas que implican integración de funciones complejas, lo que en términos reales determina la existencia de disfunción intelectual. Dado que la educación escolar tradicional no aporta conocimientos actualizados en relación con el grado de competencia laboral ni profesional requerido, y no capacita a los estudiantes para reconocer, resolver así como prevenir los problemas ambientales, nutricionales, culturales ni económicos de su localidad, los individuos que crecen en esas condiciones son incapaces de exigir las modificaciones necesarias, ya sea porque no las perciben o porque tienen dificultades

para entenderlas. Los pocos que completan una educación formal y ocupan puestos laborales con remuneración económica mayor educan a sus hijos basados en conceptos más adecuados, pero con frecuencia alientan a que el resto de la población ocupe bajos niveles de empleo, mal remunerados y con escasa posibilidad de superación, lo cual determina el mantenimiento de una sociedad de "clases socioculturales".¹⁵

La desnutrición primaria se debe a la ingesta insuficiente de alimento, ya sea porque éste no se encuentre disponible o porque aunque existe no se consume. Por lo general tiene origen socioeconómico y cultural, así mismo se relaciona con el poder adquisitivo insuficiente. La existencia de un sistema social inadecuado, que se mantiene durante generaciones consecutivas en la misma población, produce factores modificadores que aunque no se heredan sí se transmiten de padres a hijos (herencia social), y limitan la disponibilidad de bienes y servicios, al mismo tiempo que provocan efectos deletéreos a la nutrición.¹⁶

¹⁵ Calzada León R. (Jefe del servicio de endocrinología). Instituto Nacional de Pediatría. Desnutrición. Año 2003.

¹⁶ Ibid .

La desnutrición secundaria se produce cuando el alimento disponible no es consumido o no es debidamente utilizado por el organismo, porque existen condiciones que:

- a) Interfieren con la ingestión: enfermedades neurológicas, motoras, psiquiátricas, estomatológicas, infecciosas y/o digestivas que producen anorexia o vómito, consumo de sustitutos alimentarios o programas dietéticos especiales mal diseñados que favorecen el desequilibrio en la ingesta de calorías, proteínas, grasas, minerales, vitaminas u oligoelementos.
- b) Aumentan los requerimientos energéticos y/o las necesidades de regeneración tisular: infecciones crónicas, quemaduras, traumatismo múltiple, hipertiroidismo, fístulas arterio-venosas, insuficiencia cardíaca, etc.
- c) Interfieren con la digestión y absorción: deficiencias enzimáticas digestivas congénitas o adquiridas, enfermedad celíaca, fibrosis quística del páncreas, insuficiencia hepática, alteraciones de vías biliares, pancreatitis, procesos inflamatorios crónicos de tubo digestivo como enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa crónica inespecífica, infecciones o infestaciones enterales, etc.

- d) Dificultan la utilización: Diabetes mellitus, neoplasias, enfermedades congénitas del metabolismo de carbohidratos, proteínas o grasas, hipoxemia por anemia, enfermedades pulmonares crónicas, cardiopatías congénitas, hemocromatosis, etc.
- e) Aumentan la excreción: diarrea crónica, fístulas enterales, urinarias o pleurales, problemas renales que afectan al glomérulo (síndrome nefrótico), a la función tubular (acidosis tubular renal, síndrome de Fanconi y otras tubulopatías) o ambos (insuficiencia renal crónica), quemaduras extensas, eczema crónico, etc.

La desnutrición mixta se presenta cuando existen tanto factores primarios como secundarios, que se adicionan o potencian.¹⁷

El doctor Federico Gómez propuso, en 1946, una cuantificación de la severidad basada en el déficit de peso para la edad, la cual ha sufrido modificaciones posteriores, de tal manera que actualmente la intensidad puede clasificarse en:

¹⁷ Calzada León R. (Jefe del servicio de endocrinología). Instituto Nacional de Pediatría. Desnutrición. Año 2003.



- **a) Desnutrición de primer grado:** el peso corporal corresponde de 76 al 90% del esperado para la edad y la talla, lo cual indica que el individuo pesa de 10 a 24 % menos de su peso normal; siendo así como la velocidad de crecimiento, el desarrollo psicomotriz y la pubertad, son normales tienen un retraso leve. Se asume que en estas condiciones se consumen las reservas nutricionales pero se mantiene la función celular.
- **b) Desnutrición de segundo grado:** el peso corporal corresponde de 61 al 75% del esperado para la edad y la talla, lo cual indica que el individuo pesa de 25 a 40% menos de su peso normal, siendo así como la velocidad de crecimiento, el desarrollo psicomotriz y/o la pubertad se retrasan de manera moderada a severa. Se han agotado las reservas nutricionales naturales y se utilizan elementos plásticos para obtener energía, por lo que la función celular se lesiona pero se mantiene la termogénesis.
- **c) Desnutrición de tercer grado:** el peso corporal es menor al 60% del esperado para la edad y la talla, es así como la velocidad de crecimiento, el desarrollo psicomotriz y/o la pubertad se detienen, o bien existe edema nutricional (Kwashiorkor). No sólo se ven afectadas las funciones celulares

sino la termogénesis por lo que se está en peligro inminente de morir.¹⁸

Manifestaciones. La desnutrición es básicamente sistémica e inespecífica por cuanto afecta, en grado variable, a todas y cada una de las células y se instala cuando el balance negativo de alguno de los componentes del complejo nutricio ocasiona una alteración metabólica que afecta, necesariamente, a los demás.

Signos universales. Se encuentran siempre sin importar la etiología, la detención del crecimiento y desarrollo, así como grados variables de dilución (hiponatremia, hipokalemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipoalbuminemia, anemia); disfunción (atrofia de vellosidades intestinales, esteatorrea, hipoglucemia, aumento en la retención de nitrógeno, alteraciones en el metabolismo de minerales y vitaminas, disminución en la producción de hormonas tiroideas y gonadales, resistencia a la hormona de crecimiento, hormona antidiurética y paratohormona, aumento de gamma globulinas, disminución de la inmunidad celular) y atrofia (disminución de grasa subcutánea y perivisceral, disminución de la masa muscular, degeneración neuronal, depleción linfocítica del timo, disfunción hepática, aumento de tejido conectivo en páncreas e hígado, piel seca, fría, xerótica, seborrérica o

¹⁸ Calzada León R. (Jefe del servicio de endocrinología). Instituto Nacional de Pediatría. Desnutrición. Año 2003.

pelagrosa, lesiones purpúricas, uñas distróficas, alteraciones en la coloración del cabello).¹⁹

Signos circunstanciales. Se trata de expresiones exageradas de los signos universales (edema, caída del cabello, lesiones dérmicas atróficas, hipotermia, nefrosis kaliopénica, insuficiencia cardíaca, hepatomegalia, neutropenia).²⁰

Signos agregados. Son manifestaciones independientes de la desnutrición que se deben a desequilibrios agudos o infecciones sobreimpuestas al desequilibrio crónico.²¹

Todos estos síntomas varían de acuerdo al grado de desnutrición y todas estas condiciones de salud se ven alteradas por una inadecuada absorción o utilización de los nutrientes, ya que el organismo necesita mas aporte de nutrientes durante ciertas etapas de la vida, niñez temprana, adolescencia. La pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento son las principales manifestaciones del mal estado nutricional de acuerdo a su "edad o estatura y basándonos en el peso

¹⁹ NELSON. *Tratado de Pediatría 15° Edición*. Editorial Mc-Graw-Hill Interamericana año 1997

²⁰ Calzada León R. (Jefe del servicio de endocrinología). Instituto Nacional de Pediatría. *Desnutrición*. Año 2003.

²¹ Ibid

esperado del niño se hace un cálculo que determina el grado de desnutrición”.²²

Tratamiento. Se basa en el conocimiento de los factores etiológicos que la determinan y de los mecanismos patogénicos que están presentes en cada individuo, pero debe cumplir los siguientes requisitos generales:

- Eliminar los agentes etiológicos que dieron origen a la desnutrición y asegurar un balance térmico adecuado, particularmente en neonatos y lactantes.
- Permitir que el organismo repare los daños ya causados durante los diversos estadios patogénicos en que se traduce el balance negativo y, por lo tanto, ser suficientemente prolongado para lograr una rehabilitación completa.
- En desnutrición de primer y segundo grado la dieta debe ser generosa, balanceada, completa y variada, de fácil digestión, agradable, sencilla de ingerir. En desnutrición de tercer grado debe evaluarse la corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas agudas que ponen en peligro la vida, la introducción de la alimentación es gradual, y debe asegurar el aporte balanceado de carbohidratos con poca fibra insoluble,

²² Calzada León R. (Jefe del servicio de endocrinología). Instituto Nacional de Pediatría. Desnutrición. Año 2003.

proteínas de alto valor biológico, ácidos grasos esenciales, vitaminas, minerales y oligoelementos, recordando que los procesos de ingesta, digestión, absorción y utilización causan un gasto térmico y energético.

- No deben manejarse las manifestaciones universales ni circunstanciales pero sí las agregadas, particularmente las infecciones o infestaciones concomitantes.²³

Recuperación. Si se ha tenido éxito podrá observarse una rápida mejora del apetito e interés por los alimentos, aumento de peso progresivo, desaparición del edema, curación de las lesiones de piel, normalización de albúmina, electrolitos y pH séricos, así como recuperación del crecimiento. Además aparecen: hepatomegalia progresiva, abdomen globoso, ascitis con red venosa colateral, hiperhidrosis, hipertrichosis tardía en frente, hombros y muslos, aumento de volumen y tono muscular en muslos, eosinofilia y elevación de inmunoglobulinas.²⁴

²³ Calzada León R. (Jefe del servicio de endocrinología). Instituto Nacional de Pediatría. Desnutrición. Año 2003.

²⁴ Ibid.

Prevención. Debe considerarse cada uno de los distintos factores sociales, geográficos, económicos, culturales y biológicos involucrados en su génesis.

Disponer de alimentos gracias a una producción, transporte y almacenamiento adecuados es la primera condición, que debe ser acompañada por un programa de educación nutricional y por el mejoramiento de la tecnología laboral para garantizar el aumento en la producción así como la adecuada utilización de los recursos naturales de la región, de tal manera que se asegure el cambio de actitud que pueda resultar en un estado de menor pobreza y mayor posibilidad de información, y educación familiar así como escolar, que permitan reconocer, manejar y prevenir los factores de riesgo, pero también llevar a cabo un programa de planificación familiar autodeterminado, acorde con las necesidades de cada núcleo familiar. No debe olvidarse que los cambios psicológicos, los que ocurren dentro del individuo mismo o en el seno de su familia, son más lentos que los socioeconómicos.²⁵

²⁵ Calzada León R. (Jefe del servicio de endocrinología). Instituto Nacional de Pediatría. Desnutrición. Año 2003.



Por esto la desnutrición infantil no es sólo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones, la desnutrición infantil compromete de una manera integral afectando al niño en todo su proceso de crecimiento, desencadenando una serie de obstáculos en el desarrollo físico, mental y psicológico del niño. La situación de desnutrición se ve afectada por la deficiente calidad, de los alimentos, agua, sanidad en la vivienda, acumulación de basuras, que conllevan a un alto riesgo de contaminación, por otro lado, la presencia de infecciones tales como gripa. Escabiosis, parasitismo, debido a las diferentes condiciones de vida que se encuentra sumergido la población infantil, siendo la principal causa de mortalidad, en ellos ya que todo esto alteran las barreras de inmunidad que protegen contra gérmenes virus invadiendo fácilmente en el organismo.²⁶

La desnutrición primaria se debe a la ingesta insuficiente de alimento, ya sea porque éste no se encuentre disponible o porque aunque existe no se consume. Por lo general tiene origen socioeconómico y cultural, así mismo se relaciona con el poder adquisitivo insuficiente. La existencia de un sistema social inadecuado, que se mantiene durante generaciones consecutivas en la misma población, produce factores modificadores que aunque no se heredan sí se transmiten de padres a

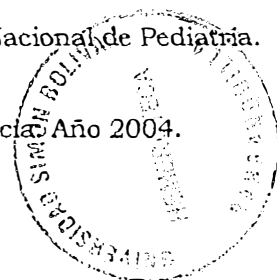
²⁶ www.google.com.co Salud y Desplazamiento [http:// pagdesaluddesplazamiento](http://pagdesaluddesplazamiento). Año 2004.

hijos (herencia social), y limitan la disponibilidad de bienes y servicios, al mismo tiempo que provocan efectos deletéreos a la nutrición.²⁷

La nutrición de una población es directamente proporcional al grado de tecnología social alcanzado, el cual a su vez depende del nivel educativo y cognoscitivo de dicha población, así como de la capacidad de desarrollo de sus integrantes. La pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento son las principales manifestaciones del mal estado nutricional de acuerdo a su "edad o estatura y basándonos en el peso esperado del niño se hace un cálculo que determina el grado de desnutrición". La situación de desnutrición se ve reflejada por la deficiente calidad, de los alimentos, agua, sanidad en la vivienda, acumulación de basuras, que conllevan a un alto riesgo de contaminación, por otro lado, la presencia de infecciones tales como gripa. Escabiosis, parasitismo, debido a las diferentes condiciones de vida que se encuentra sumergido la población infantil, siendo la principal causa de mortalidad, en ellos ya que todo esto alteran las barreras de inmunidad que protegen contra gérmenes virus invadiendo fácilmente en el organismo.²⁸

²⁷ Calzada León R. (Jefe del servicio de endocrinología). Instituto Nacional de Pediatría. Desnutrición. Año 2003.

²⁸ www.Unicef.org.co/05-nuthtm.documento Situación de la Infancia Año 2004.



El más reciente estudio de desnutrición realizada por las Secretarías de Educación y Salud del Distrito, sorprende que los menores entre 1 y 5 años de estratos 1 y 2 presenten serios problemas de crecimiento, producto de la precaria alimentación que reciben. El estudio concluye, además que la población estudiada está en alto riesgo de desnutrición. Esto solo es una muestra de la gravedad del problema, pues las diferencias geográficas son muy marcadas, por lo cual la situación en otras regiones es peor. Casi el doble de niños de la zona rural presenta retardo de crecimiento, acompañado con los niños de la zona urbana.²⁹

Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirán alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles. El cerebro es el órgano que mas rápidamente crece; en los primeros meses lo hace a un ritmo de 2 mg por minuto. Pesa 350 gr cuando nace el ser humano y llega a los 900 gr en 14 meses. Este peso equivale al 80% del peso del cerebro del adulto. Cuando hay desnutrición infantil no sólo se define crecimiento cerebral, sino que además hay una atrofia del cerebro y el espacio es ocupado por líquido cefalorraquídeo.³⁰

²⁹ Instituto Colombiano De Bienestar Familiar, Departamento de Archivo y Estadísticas. Desnutrición Infantil. Barranquilla Atlántico, Año 2004.

³⁰ [www.dinero.com8080/la revista/168/la gráfica.Asp](http://www.dinero.com8080/la%20revista/168/la%20gráfica.Asp). Documento: Población Infantil en Problemas.

Asimismo la suerte del sistema nervioso central está determinada en los primeros años de edad, más exactamente en los primeros 18 meses. Si durante este tiempo no recibe una adecuada ingesta de nutrientes el niño se transformará en un débil mental y en el futuro poco podrá hacerse para revertir esta situación.³¹

Es importante reconocer además que los efectos de la desnutrición se valoran a corto y largo plazo. En un primer momento aparecen enfermedades diarreicas, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, depresión de la inmunidad, infecciones, pérdida de peso, trastorno hematológicos, cardiorrespiratorios y renales. Más tardíamente aparecerán déficit de talla y disminución del cociente intelectual.³²

6.2 MARCO ESPACIAL

El trabajo de investigación se realiza en El hospital Nazareth, ubicado en la Carrera 16 #47B-06 del Distrito de Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, y en las respectivas residencias familiares de los niños vinculados en el proceso investigativo ubicadas en la misma ciudad, en diversos sectores del sur occidente.

³¹ [www.dinero.com8080/la revista/168/la gráfica.Asp](http://www.dinero.com8080/la%20revista/168/la%20gr%C3%A1fica.Asp). Documento: Población Infantil en Problemas.

³² www.Unicef.org.co/05-nuthtm.documento

6.3 MARCO TEMPORAL

La labor investigativa se inició en agosto de 2003, tiempo en el cual se define el tema, se realiza la respectiva revisión bibliográfica y en el mes de noviembre del mismo año se define el título y problema de investigación.

De marzo a junio de 2004 se definen aspectos teóricos, fase metodológica, fase administrativa y realización de estandarización. De agosto a noviembre del mismo año se lleva a cabo la fase ejecución del trabajo, lo cual implica recolección de la información, revisión de la misma, procesamiento e interpretación de resultados.

De marzo a mayo de 2005 se cumple la etapa de divulgación, la cual implica realización de informe científico, entrega del mismo y presentación de los resultados de la información.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo – Prospectivo

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

7.2.1 Universo. Estará conformada por 53 niños de 1 – 5 años inscritos en el programa “Recuperación Nutricional” del Hospital Nazareth.

7.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Fuente: Primaria y Secundaria.

Primaria: Obtenida de los padres

Secundaria: Obtenida de las historias clínicas.

7.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN Y TABULACION DE LA INFORMACION

Encuesta

Instrumento: Formulario individual y observación.



Plan de procesamiento de la información: La información procesada será manualmente.

Plan de presentación: tablas de frecuencia y gráficos de barra.

Plan de análisis: Medida de frecuencia absoluta y relativas en porcentaje.

7.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 1-5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2.004.

MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INTERRELACION
Factores asociados a la desnutrición infantil	Edad	No. De años que ha vivido una persona desde su nacimiento	cuantitativa	razón	1-2 2-3 3-4 4-5	independiente
	Peso	Masa corporal de un individuo representado en Kg.	cuantitativa	razón	<10 Kg. >13 Kg. >15 Kg. <20 Kg.	independiente
	Talla	Altura de un individuo representada en cm.	cuantitativa	razón	<80,85,90,95 ,100,105,110,111, 112	independiente
	Sexo	Condición genero que diferencia al hombre de la mujer	cualitativa	nominal	Femenino Masculino	Independiente
	Nivel educativo de los padres	Grado de escolaridad que ha tenido el grupo familiar	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario	Independiente
	Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Alimentación exclusiva durante los primeros 6 meses de vida	Cualitativa	Nominal	Si No	Dependiente

MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INTERRELACION
Factores asociados a la desnutrición infantil	Ingreso familiar Diario	Cantidad de dinero que obtiene el grupo familiar a través de una actividad	Cualitativa	Razón	<\$7.000 <\$10.000 <\$12.000	Independiente
	Hábitos alimenticios	Alimentos que ingiere el individuo diariamente para satisfacer sus necesidades metabólicas	Cualitativa	Nominal	Granos Verduras Carbohidratos Sopas Carnes rojas Frutas Lácteos Pescado	Independiente
	Enfermedades predisponentes	Enfermedades capaces de producir al individuo un estado de desnutrición	Cualitativa	Nominal	Virales E.D.A. Parasitosis Escabiosis Anemia Otras	Independiente
	Grado de desnutrición de acuerdo a la edad, peso y talla	Escala que clasifica a la desnutrición en el niño	Cualitativa	Ordinal	Grado I Grado II Grado III	Dependiente



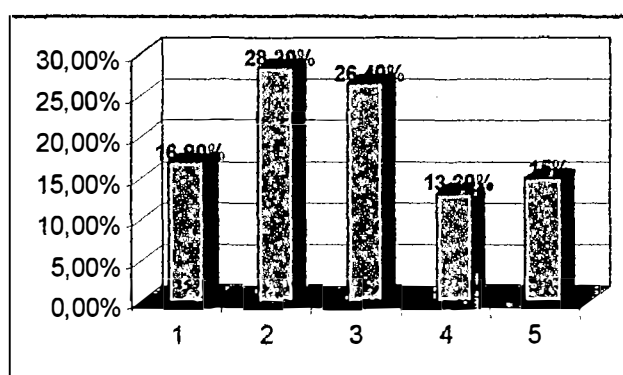
8. PLAN DE ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.

TABLA 1.DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

EDAD (Años)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	9	16,9%
2	15	28,3%
3	14	26,4%
4	7	13,2%
5	8	15%
Total	53	100%

FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 1

Tabla 1

De acuerdo a la edad la mayor incidencia de desnutrición se encuentra entre los niños de 2 a 3 años de edad, con un porcentaje de 28,3% y 26,4% respectivamente, el grupo de edad con menor frecuencia de desnutrición fue el de 4 años con un porcentaje de 13,2 %.

DISCUSION

De acuerdo a la edad, el grupo con mayor índice de desnutrición fue el de dos años de edad, que corresponde al 28,3%, comparando este estudio realizado por estudiantes de VII semestre de Enfermería de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, con un estudio de la UNICEF del año 2000 se encontró similitud, ya que en este se establece que la edad con mayor incidencia de desnutrición fue en niños de esta misma edad con un porcentaje de 37%.³³

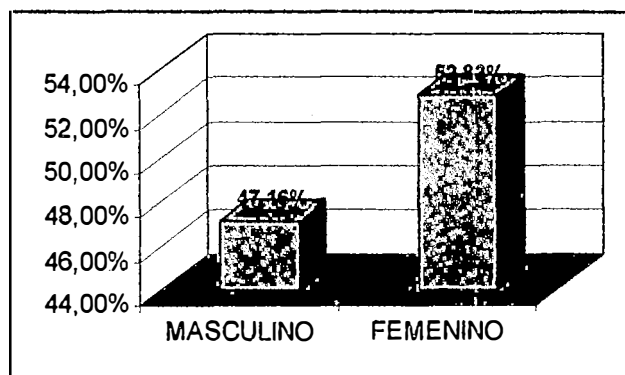
³³ www.unicef.org.com/nut.htm.

TABLA 2. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	25	47,16%
FEMENINO	28	52,83%
TOTAL	53	100%

FUENTE: ENCUESTA

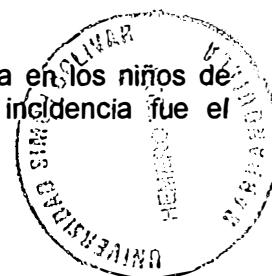
GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE : TABLA 2

Tabla 2

De acuerdo al sexo se establece que la mayor incidencia se presenta en los niños de sexo femenino con un porcentaje de 52,83%. El sexo de menor incidencia fue el masculino con un porcentaje de 47,16%.



DISCUSION

De acuerdo al sexo, el grupo que presentó mayor índice de desnutrición fue el sexo femenino, al comparar este estudio con el realizado C.N.S. N.3 de Santa Cruz de la Sierra en el mes de Diciembre de 1.999 no se encontró similitud, ya que este estudio reveló que el sexo más afectado por la desnutrición fue el sexo masculino.³⁴

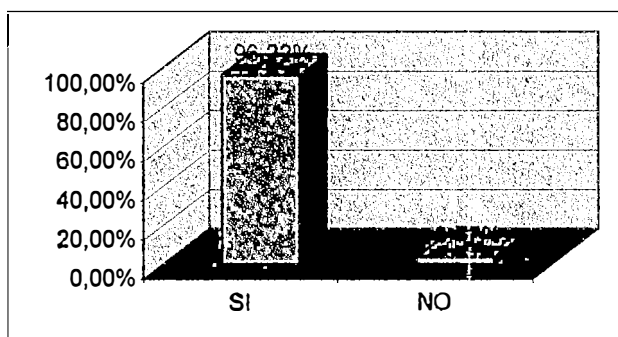
³⁴ Hosapital Obrero N.3 de Santa Cruz de la Sierra. Junio- diciembre de 1.999.

TABLA 3. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LACTANCIA MATERNA ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	51	96,22%
NO	2	3,77%
TOTAL	53	100%

FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 3. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LACTANCIA MATERNA ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 3

Tabla 3

De acuerdo a la encuesta realiza a los padres, se establece que la mayoría de los casos recibieron lactancia materna con un porcentaje de 96,22%, y el 3,77% no recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

DISCUSION

De acuerdo a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad nuestro estudio encontró que la mayoría de los niños objeto de estudio (96,22%) si reciben lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Comparando este resultado, con el estudio de la UNICEF del año 2.000 se encontró diferencias ya que éste arrojó que sólo el 12% de las madres dieron lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, lo que revela la dificultad de cambiar prácticas culturales instaladas en los años 60 y 70 por la presión de las industrias productoras de alimentos infantiles.³⁵

³⁵ www.UNICEF.org. Com. Importancia de una buena nutrición: %de niños menores de 5 años bajos de peso/2000.

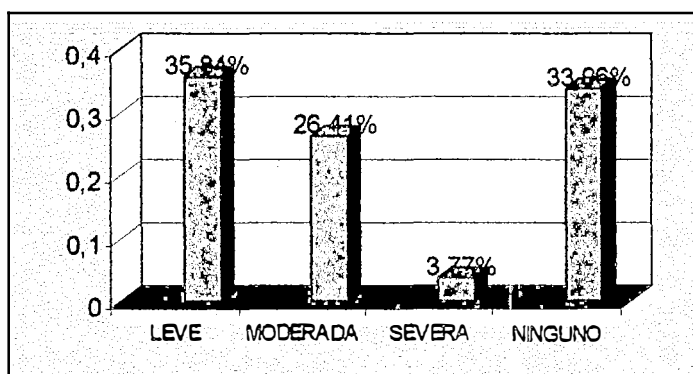


TABLA 4. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE DESNUTRICION ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

GRADO DE DESNUTRICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	19	35,84%
MODERADA	14	26,41%
SEVERA	2	3,77%
NINGUNO	18	33,96%
TOTAL	53	100%

FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 4. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE DESNUTRICION ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 4

Tabla 4

De acuerdo al análisis se establece que el estado de desnutrición de mayor incidencia es la desnutrición leve con un porcentaje de 35,84%, y al transcurrir el presente año el programa ha mostrado resultado satisfactorio ya que un 30.18% de los niños actualmente se clasifican en ningún tipo de desnutrición.

DISCUSION

En el análisis del grado de desnutrición como factor de riesgo asociado a desnutrición se determina que la desnutrición leve fue el de mayor incidencia con un porcentaje de 35,84%; y la de menor incidencia fue la desnutrición severa con un porcentaje de 3,77%, comparando este resultado con un Informe – Estudio encontrado en Bolivia del año 2.000, no se encontró similitud ya que según éste el grado de desnutrición grave presentó una incidencia del 40%, el moderado 30% y el leve 30%.³⁶

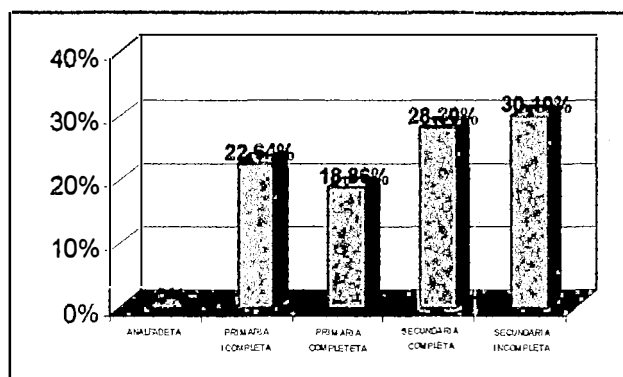
³⁶ Revista Instrumento Médico “Sucre LXV:116 (43-53)/2.000.

TABLA 5. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	0	0%
PRIMARIA INCOMPLETA	12	22,64%
PRIMARIA COMPLETA	10	18,86%
SECUNDARIA COMPLETA	15	28,3%
SECUNDARIA INCOMPLETA	16	30,1%
TOTAL	53	100%

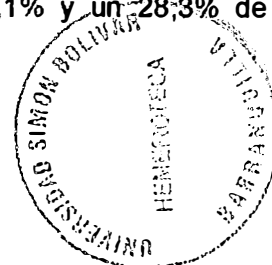
FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 5. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 5

Tabla 5. De acuerdo al nivel educativo de los padres se establece que la mayoría de estos cursaron secundaria incompleta con un porcentaje de 30,1% y un 28,3% de secundaria completa y ninguno de los padres es analfabeta.



DISCUSION

De acuerdo a la variable Nivel educativo de los padres, encontramos a través de este estudio que la secundaria incompleta fue el nivel educativo que más alcanzaron los padres de los menores con desnutrición y no hubo analfabeta, al compararlo con un Estudio-Informe de la Revista Mundo Médico del año 2.000 arrojó que el 26,8% de madres de niños con desnutrición alcanzó un nivel superior de educación, no encontrándose similitudes, ya que los datos obtenidos en uno y otro difieren.³⁷

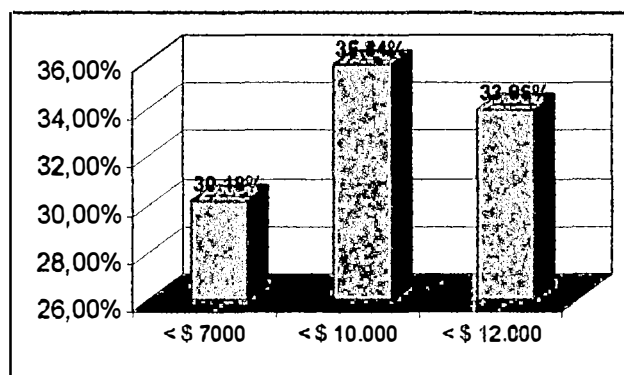
³⁷ Revista Instrumento Médico. "sucre" LXV 116 (43-53)/2.000

TABLA 6. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL INGRESO FAMILIAR DIARIO DE LOS PADRES ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

INGRESOS FAMILIAR DIARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< \$ 7000	16	30,18%
< \$ 10.000	19	35,84%
< \$ 12.000	18	33,96%
TOTAL	53	100%

FUENTE: ENCUESTAS

GRAFICA 6. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL INGRESO FAMILIAR DIARIO DE LOS PADRES ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 6

Tabla 6

En lo que concierne a los ingresos diarios del núcleo familiar se determina que el 31,84% reciben ingresos < \$10.000 diarios, y un 33,96% reciben < \$12.000 diarios.

DISCUSION

El análisis del ingreso económico diario de las familias establece que el de mayor prevalencia es el de < \$10.000 y el de menor prevalencia es el de < \$7.000, revisando otros estudios a cerca de la desnutrición infantil no se encontró evidencias respecto a esta variable.³⁸

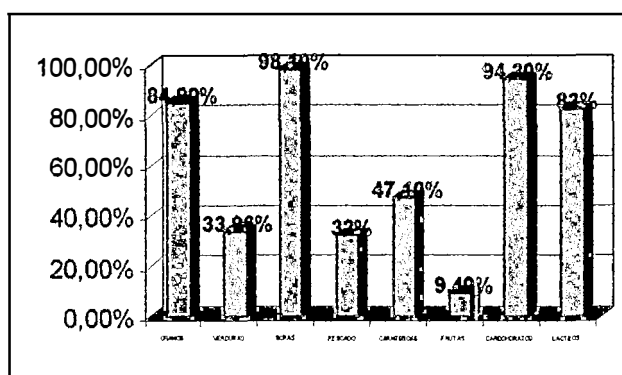
³⁸ Caracterización de los factores de riesgo asociados a la desnutrición en niños de 1-5 años atendidos en el Hospital Nazareth del Distrito de Barranquilla año 2.004.

TABLA 7. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ALIMENTOS CONSUMIDOS EN LA DIETA DIARIA ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA. LA AÑO 2004

ALIMENTOS CONSUMIDOS EN LA DIETA DIARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRANOS	45	84,9%
VERDURAS	18	33,96%
SOPAS	53	98,1%
PESCADO	17	32%
CARNES ROJAS	25	47,1%
FRUTAS	5	9,4%
CARBOHIDRATOS	50	94,3%
LACTEOS	44	83%
TOTAL		

FUENTE: ENCUESTA

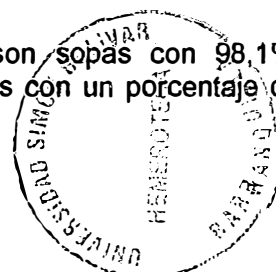
GRAFICA 7. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ALIMENTOS CONSUMIDOS EN LA DIETA DIARIA ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 7

Tabla 7

De acuerdo al análisis los alimentos que mas consumen son sopas con 98,1%, carbohidratos 94,3%, granos 84,9% y en menor proporción frutas con un porcentaje de 9,4%.



DISCUSION

De los alimentos consumidos en la dieta diaria se encontró que la mayoría consumen en gran proporción sopas y carbohidratos, en una mínima proporción consumen frutas. Comparando al respecto sólo se encontró un estudio Conjunto de la Secretarías de educación y de salud del Distrito en el año 2004 que arrojó un resultado de 16% de los niños de 0-5 años reciben una precaria alimentación, no deja de manifiesto en qué se basaba la alimentación de los infantes. De igual forma se establece en este estudio que la alimentación inadecuada en niños de 0-5 años que han presentado desnutrición se debe en gran parte al desconocimiento del valor nutricional de los alimentos por parte de los padres.³⁹

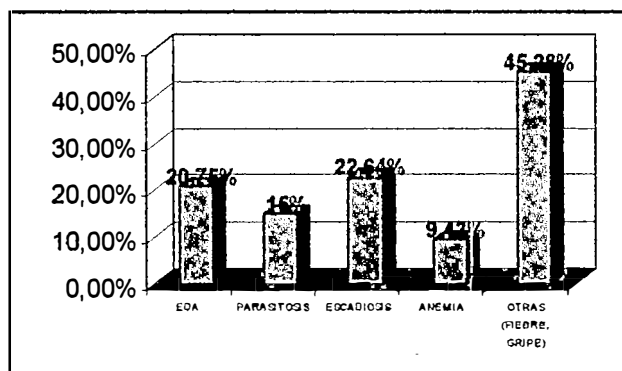
³⁹ Factores Etiológicos Asociados al retardo del crecimiento en niños de 0-5 años. Secretaría De Educación y de Salud del Distrito de Barranquilla – 2.001. Programa Escuela saludable.

TABLA 8. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ENFERMEDADES PADECIDAS POR EL NIÑO ASOCIADAS A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

ENFERMEDADES PADECIDAS POR EL NIÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDA	11	20,75%
PARASITOS	8	15%
ESCABIOSIS	12	22,64%
ANEMIA	5	9,43%
OTRAS (GRIPA, FIEBRE)	17	32,07, 28%
TOTAL	53	100%

FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 8. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ENFERMEDADES PADECIDAS POR EL NIÑO ASOCIADAS A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 8

Tabla 8

Las enfermedades de mayor prevalencia son gripa y fiebre con un 48,28%, escabiosis 22,64% EDAD 20,75%, y anemia en menor proporción con un porcentaje de 9,43%.

DISCUSION

De las enfermedades padecidas por el niño asociadas a la desnutrición aparece un porcentaje mayor otras (fiebre, gripe) y en menor escala las parasitosis. Al comparar con otros estudios solo se encontró una relación con uno realizado en el año 2.001 realizado por la Secretaría de Educación Distrital el cual arroja un resultado que muestra que los niños estudiados con problemas de desnutrición habían padecido parasitosis en especial por áscaris lumbricoide encontrándose una relación o similitud con el nuestro.⁴⁰

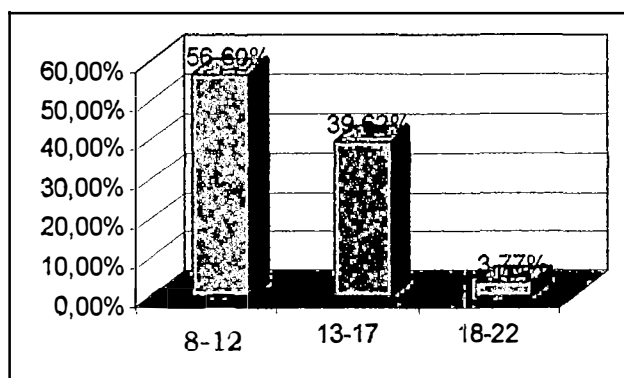
⁴⁰ Factores Etiológicos Asociados al retardo del crecimiento en niños de 0-5 años. Secretaría De Educación y de Salud del Distrito de Barranquilla – 2.001. Programa Escuela saludable.

TABLA 9. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL PESO ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

PESO (KG)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8-12	30	56,6%
13-17	21	39,62%
18-22	2	3,77%
TOTAL	53	100%

FUENTE: CONTROL DE PESO

GRAFICA 9. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL PESO ASOCIADO A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 9

Tabla 9

De acuerdo al peso se establece que de 8-12 kg es la mayor incidencia con un porcentaje de 56,6%, seguido de un 39,62% de 13-17 kg y en menor proporción los que tenían peso de 18-22kg, con un porcentaje de 3,77%.

DISCUSION

Respecto a la variable de peso encontramos que: La mayoría de los niños presentó un peso entre 8-12 Kg. y en menor proporción de 18-22 Kg., no se encontró evidencias en otros estudios respecto a esta variable, pero un estudio del Hospital Obrero de Santa Cruz de La Sierra en Bolivia muestra una relación directa entre bajo peso y desnutrición.⁴¹

⁴¹ Hospital Obrero N.3 Santa Cruz de la Sierra: Nutrición infantil. Doctor Edgar Valdez. MD Pediatra Director del Centro Regional Nutricional Santa Cruz 10. 1.998

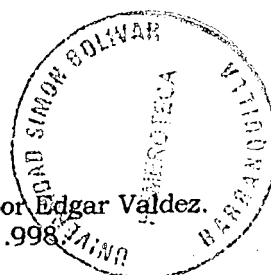
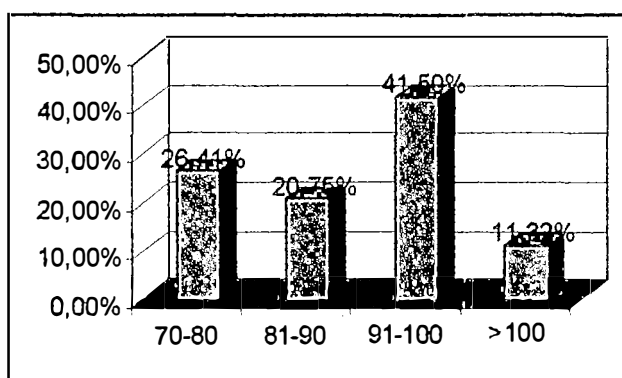


TABLA 10. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LA TALLA ASOCIADA A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004

TALLA CMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
70-80	14	26,41%
81-90	11	20,75%
91-100	22	41,5%
>100	6	11,32%
TOTAL	53	100%

FUENTE: CONTROL DE PESO

GRAFICA 10. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LA TALLA ASOCIADA A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004



FUENTE: TABLA 10

Tabla 10

La talla de mayor prevalencia oscila entre los 91 y 100 cms con un porcentaje de 41,5%, seguido de 26, 41% entre 70-80 cms, y en menor proporción el grupo de >100 cm con un porcentaje de 11,32%.

DISCUSION

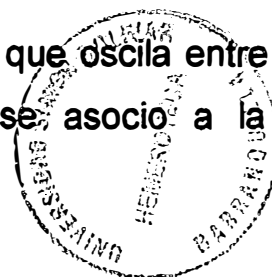
La variable talla arroja una proporción mayor para los niños con talla entre 91- 100 cm., y una proporción menor para los niños con talla >100cm, se encontró similitud con un estudio sobre nutrición y desnutrición infantil en Bolivia del año 1998 el cual arrojó datos importantes y concluyentes de la relación talla- desnutrición.⁴²

⁴² Hospital obrero N. 3. Santa cruz de la sierra: nutrición infantil. DR Edgardo Valdez. MD Pediatra. Director del Centro Regional Nutricional Santa Cruz 10. 1998.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El sexo con mayor prevalencia de desnutrición es el sexo femenino en un 52,83%, seguido del sexo masculino con un 47,16%.
- La edad como factor de riesgo para la desnutrición en nuestro estudio arrojó un porcentaje de 28,3% para niños de 2 años y 26,4% para los niños de 3 años. Y en menor proporción de desnutrición el grupo de 4 años con un 13,2%.
- En cuanto al peso nuestro estudio arrojó un 56,6% presentó un peso de 8-12Kg, un 39,22% un peso de 13-17 Kg. y el grupo de 18-22 Kg. corresponde al 3,77% de la población que menos presento desnutrición.
- Analizando las enfermedades que se consideran factor de riesgo para la desnutrición nuestro estudio encontró que la gripe y la fiebre se presentaron en estos niños desnutridos en un 45,28%, y en menor proporción en anemia con un 9.43%.
- Al análisis de los alimentos que consumen estos niños que presentaron desnutrición, se determinó que la mayoría consume sopas con 98%, carbohidratos con 94,3%, los granos con 84,9%, y solo el 9,40% consume frutas.

- En cuanto al nivel educativo de los padres se encontró en nuestro estudio una prevalencia de la secundaria incompleta cursada por los padres de los niños desnutridos con 30,1%, secundaria completa con 28,3% y primaria incompleta con 22,64%, y ninguno eran analfabeta.
- La lactancia materna se encontró en nuestro estudio como factor de riesgo asociado a la desnutrición en niños de 1-5 años y que el 96,22% de los niños con desnutrición recibió lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y el 3,77% no recibió lactancia materna.
- Del ingreso familiar como factor de riesgo asociado a desnutrición nuestro estudio encontró que el mayor porcentaje de los familiares tiene un ingreso familiar diario menor de \$10000 pesos con un 35,84%, y el menor ingreso familiar recibido por ellos fue menos de \$ 7000 pesos con un 30,18%.
- El grado de desnutrición que mas se presenta es el leve con un 35,84%, y la desnutrición severa se presenta en un 3,77%.
- La talla que mas se asocio a la desnutrición es la que oscila entre 70-80 cm. con un 26,41%, y la que menos se asocio a la desnutrición es la >100cm en un 13,32%



RECOMENDACIONES

- Encaminar las actividades de atención primaria en salud a la prevención de la desnutrición en infantes del sexo femenino que es donde mas se presenta problemas de desnutrición.
- Insistir en los padres, a través de la promoción de la importancia de inscribir a sus hijos desde recién nacidos en el programa de crecimiento y desarrollo, para evitar y/o prevenir la desnutrición a temprana edad.
- Intensificar la promoción de los programas alimentarios del ICBF y del programa de Recuperación Nutricional en el Hospital Nazareth.
- Desarrollar estrategias educativas a la comunidad, que disminuyan las enfermedades asociadas a desnutrición tales como, EDA, Fiebre, Escabiosis, gripe y evitar así las complicaciones y la mortalidad.
- Desarrollar guías alimentarias y las historias dietéticas, con sus grupos de alimentos y frecuencia de consumo dirigidos al personal sanitario del Hospital Nazareth y comunidad en general.
- Aumentar las actividades de promoción de la lactancia materna en las madres de los niños inscritos en el programa de Recuperación

Nutricional y mujeres en embarazos que asisten a control prenatal en el Hospital Nazareth.

- Motivar a las familias de los niños del programa Recuperación Nutricional, a idear mecanismo o formas de trabajo que les ayude a aumentar sus ingresos y a mejorar la calidad de vida en su alimentación.
- Realizar un seguimiento a los niños que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en conjunto con el departamento de Recuperación Nutricional del Hospital Nazareth con el fin de detectar a tiempo signos de desnutrición.

10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

RECURSOS

1. Recursos humanos

- Conformada por cuatro estudiantes de VII semestre de la Facultad de Enfermería.
- Médico pediatra.
- Nutricionista.
- Fonoaudióloga.
- Psicóloga.
- Fisioterapeuta.
- Enfermera del Hospital Nazareth.
- Trabajadora Social.
- Asesor Metodológico.

2. Asesores: Tayde Monterrosa.

3. Recursos materiales

- Carteleras
- Marcadores
- Resmas de papel para impresión
- Folletos, fotocopias, Libros para investigación.
- Diskettes.
- Lápices, calculadora, Carpetas.



10.1 PRESUPUESTO:

Gastos generales

Asesoría de investigación	\$ 170.000
Papelería y útiles de oficinas.....	\$ 60.000
Fotocopias.....	\$ 40.000
Transcripciones y Empaste.....	\$ 280.000
Impresión Internet.....	\$ 28.000
Horas consultadas por Internet (30 h)....	\$ 45.000
Refrigerios.....	\$ 35.000
Transporte de investigadores.....	\$ 80.000
Gastos varios.....	\$25.000

Total.....\$ 763.000

10.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 1-5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AÑO 2003 II SEMESTRE																AÑO 2004 I SEMESTRE															
I. ETAPA: PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. Definición del tema																																
2. Revisión bibliográfica																																
3. Definición de título y problema																																
4. Definición de aspectos teóricos																																
5. Definición de fase metodologica																																
6. Definición de fase administrativa																																
7. Realización de estandanzación																																

**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DESNUTRICIÓN
INFANTIL EN NIÑOS DE 1-5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NAZARETH DEL
DISTRITO DE BARRANQUILLA AÑO 2004.**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AÑO 2003 II SEMESTRE																AÑO 2004 I SEMESTRE																	
II. ETAPA: EJECUCIÓN DE TRABAJO	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Marzo				Abril				Mayo				Junio					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1. Recolección de la información	■	■	■	■	■	■	■	■																										
2. Revisión de la información									■	■																								
3. Procedimiento											■	■	■																					
4. Realización de presentación tabular y graficar														■	■																			
5. Análisis de interpretación de resultados																■																		
III. ETAPA: DE DIVULGACION																																		
1. Realización de información científico																	■	■	■	■	■	■	■	■										
2. Entrega de informe científico																								■	■	■	■							
3. Presentación de los resultados De la investigación.																												■						

11. BIBLIOGRAFÍA

CALZADA LEON, R. (Jeje del Servicio de Epidemiología del Instituto Nacional de Pediatría). Desnutrición año 2003.

NELSON, Tratado de Pediatría 15 ed. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.1997.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Departamento de Estadísticas y archivo. Barranquilla año 2004.

www.google.com.co Documento publicado por salud y desplazamiento. http://pagdesaluddesplazamiento.

www.dinero .com 8080/la revista/168/la grafica.asp. documento: Población Infantil en problemas. 2004.

www.facmed.unam.mx/familiar/bol75/desnutrición.html.

www.Unicef.org.co/05-nut.htm. Documento Situación de la Infancia Año 2004.

Indexmédico.com/publicaciones/journals/revistas/Bolivia/instituto-sucre/edición1/byron-desnutriciónhtm.



www.fundacioncamino.org/portada2/desnutricion1.htm

Mark H Beers y Robert Berkow, MD, Manual de Merck de Diagnóstico Y Tratamiento, 10 ed. Editorial Océano. Malnutrición pág 23.

ESE HOSPITAL NAZARETH, Departamento de Estadísticas, Barranquilla. 2004

ESE HOSPITAL NAZARETH, Departamento de Nutrición, Barranquilla. 2004

UNICEF. Importancia de una Buena Nutrición. % de niños Menores de 5 años Bajos de peso. 2001.

Dr. Edgar Valdez. Médico Pediatra. HOSPITAL OBRERO N.3 de Santa Cruz de la Sierra. Junio-Diciembre de 1.999.

REVISTA INSTRUMENTO MEDICO “Sucre” LXV 116 (43-53)/2.000.

FACTORES ETIOLOGICOS ASOCIADOS EN EL RETARDO DEL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS. Sec. De Educación y de Salud del Distrito de Barranquilla- 2.001. Programas Escuelas Saludables.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS, Normas colombianas para la presentación de trabajos de investigación. Quinta actualización. Año 2004.

ANEXOS

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN
BOLÍVAR**

**Caracterización de los factores de riesgo para la desnutrición
infantil en niños de 1 - 5 años atendidos en el Hospital Nazareth
del Distrito de Barranquilla año 2004.**

ENCUESTA APLICADA A LOS PADRES DE FAMILIA

1. Identificación familiar:

Dirección: _____

Fecha: _____

Barrio: _____

2. Nombre del niño _____ **Sexo** _____

Edad _____ Peso _____ Talla _____

Lactancia materna exclusiva : Si _____ No _____

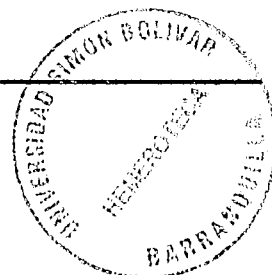
Tiempo de lactancia: _____

Valoración de Estado de desnutrición por estudiantes de Enfermería:

Leve: _____

Moderado: _____

Severo: _____



3. Nivel educativo de los padres

Analfabeta_____

Primaria completa_____

Primaria incompleta_____

Secundaria completa_____

Secundaria incompleta_____

4. Nivel de ingresos del núcleo familiar diario :

< \$7.000_____

< \$10.000_____

< \$12.000_____

5. Alimentos consumidos en la dieta diaria

Granos _____ Verduras _____ Sopas_____

Pescado_____

Carbohidratos_____ Carnes rojas_____

frutas_____

Lácteos_____

6. Enfermedades padecidas por el niño

EDA_____ Parasitosis_____

Escabiosis_____

Anemia_____ **otras**_____ **cuales?**_____

Barranquilla, 9 de septiembre de 2004

Doctor
GENGIS ESCOBAR
Subgerente Científico
HOSPITAL NAZARETH
Barranquilla

Cordial saludo:

La Universidad Simón Bolívar a través de su Facultad de Enfermería, viene adelantando actividades académico científicas desde junio de 1998 en el Distrito de Barranquilla y Departamento del Atlántico; por tal motivo me permito manifestarle que los estudiantes de la facultad de Enfermería conscientes que la investigación es la búsqueda de respuesta a los interrogantes del hombre, la solución a problemas específicos o la identificación de causas o consecuencias de eventos determinados han soñado diseñar una investigación sobre Factores de riesgos que influyen en la desnutrición infantil de 1 – 5 años, atendidos en el Hospital Nazareth del Distrito de Barranquilla año 2003 .

Por lo anterior me permito presentar a los estudiantes de VI semestre Angélica De Arco, Yeithy Muriel, Elidís González y Karen Barros, bajo la coordinación de la Enfermera **Tayde Monterrosa**, quienes son conocedores de la Misión de la Institución que usted dignamente dirige y los beneficios que presta a la comunidad del Distrito de Barranquilla.

Por tal motivo, me permito solicitarle su autorización para el ingreso de los estudiantes antes mencionados, y la posibilidad de que nuestros estudiantes realicen su proyecto en esa Institución , espacio que aportará al desarrollo de su investigación.

Segura de contar con su apoyo y colaboración en tan importante gestión

Atentamente,



MILDRED CARROLL MOZO
Decana

recibido
por
Fecha
Hora
sep 16/04
7:30 AM



- 1- DESNUTRICION INFANTIL
- 2- ALIMENTOS - CONTENIDO CALORICO
- 3- NUTRICION INFANTIL
- 4- DESNUTRICION INFANTIL - DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
- 5- HABITOS ALIMENTICIOS
- 6- NIÑOS - CRECIMIENTO
- 7- ENFERMERIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS