

Trabajo Original

Universidad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello de Holguín

Aspectos epidemiológicos que influyen en la desnutrición proteico-energética en pacientes del área de Petare

Energy Protein Malnutrition Epidemiological Characteristics in Patients from Petare Area

Juana María González Marrero ¹, Mildred Labrada García ², Rubén Cruz Pérez ³, Xiomara Cardona Cáceres ⁴

1. Especialista de Primer Grado en MGI. Instructor. Máster en Atención Integral a la Mujer. Perfeccionamiento Municipio Holguín. Dirección Municipal de Salud
2. Especialista de Primer Grado en MGI. Instructor. Metodóloga de Holguín. Dirección Municipal de Salud
3. Especialista de Primer Grado en MGI. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello
4. Especialista de Primer Grado en MGI. Vicedirectora Docente Municipio Holguín. Dirección Municipal de Salud

RESUMEN

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, con el objetivo de evaluar los factores predisponentes a la desnutrición proteica energética en 21 niños (muestra) del área de Petare, durante enero a diciembre de 2006; con consentimiento informado, se aplicó un cuestionario a las madres. Esta desnutrición se presentó con más frecuencia en las niñas entre 0 y 4 años, con madres de bajo nivel cultural. El tipo de desnutrición más frecuente fue el marasmo asociada a antecedentes de desnutrición materna y

deficientes hábitos alimentarios; la totalidad de los pacientes tenían enfermedades asociadas, destacándose las caries dentales y el parasitismo intestinal.

Palabras clave: desnutrición, hábitos alimentarios, enfermedades asociadas

ABSTRACT

A descriptive study, aimed at assessing the predisposing energy protein malnutrition factors at Petare area from January to December 2006 was carried out. The sample comprised 21 children with energy protein malnutrition, a questionnaire was applied. The results showed that energy protein malnutrition was more frequent in girls between 0-4 years whose mothers had low cultural level. Marasmus malnutrition was the most frequent one associated to maternal malnutrition history and deficient alimentary habit. Most of patients had associated diseases such as dental caries and intestinal parasitism.

Key words: malnutrition, alimentary habits, associated illnesses

INTRODUCCIÓN

Se define como desnutrición proteico energética (DPE) la deficiente utilización por las células del organismo de los nutrientes esenciales, lo cual afecta en grado variable, el crecimiento y el desarrollo; por su impacto desfavorable sobre la salud, debe ser considerada como una afección biopsicosocial. En su etiología se incluyen factores tales como:

- biológicos y dietéticos: desnutrición materna, poca capacidad gástrica del niño, enfermedades infecciosas (TB, NIA, sida y otras)
- sociales y económicos: pobreza, ignorancia, prácticas culturales y sociales
- ambientales: hacinamiento, desastres naturales y pérdida de alimentos

Los grupos más afectados son las embarazadas, ancianos y niños menores de cinco años (predominan indígenas, pacientes de procedencia rural e hijos del tercer embarazo). La DPE se clasifica según su línea: en marasmo (que constituye una forma crónica de desnutrición) Kwarchiorkor (la cual se manifiesta como una forma más aguda) y del tipo combinado. También puede ser clasificada según su intensidad en ligera, moderada y severa.

En Latinoamérica existe un rango de prevalencia de un 12% y de los niños en edad de cinco años del 36%, lo que representa 193 millones de desnutridos de esta edad ⁽¹⁾ debido al marcado subdesarrollo, a la pobreza de las clases obrera y campesina, al crecimiento de la periferia de las ciudades por emigración desde el campo y a la importante disminución de la lactancia materna a niveles tan bajos como un 30% al tercer mes de vida.

Un análisis epidemiológico realizado en 53 países en vías de desarrollo, indicó que el 56% de las muertes de niños de 6 a 59 meses de edad se debió a la desnutrición, potenciado por efectos en enfermedades infecciosas; la desnutrición moderada representó el 83% de estas muertes ⁽¹⁾.

En el mundo existen cerca de 800 millones de personas con problemas de desnutrición, la mayoría se encuentran en países vías de desarrollo; cerca del 30% proceden de la región sur y este de Asia, el 25% de África y el 8% de Latinoamérica y el Caribe ⁽²⁾. Para la OPS, más de 480 000 niños menores de cinco años mueren cada año en la región de las Américas y cerca de 152 000 (3,1%) debido a deficiencias nutricionales. Las enfermedades infecciosas y la desnutrición representan entre el 40% y 70% de las hospitalizaciones y entre el 60% y 80% de las consultas en este grupo de edad ⁽³⁾.

Venezuela no queda exenta de estas cifras, sobre todo en los sectores más desatendidos, en los cuales en los últimos años se implementó un nuevo programa de atención primaria; por estas condiciones objetivas y por la gran frecuencia con que se diagnostica esta patología se realizó esta investigación.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva y longitudinal con el objetivo de determinar los aspectos más importantes de la desnutrición proteica energética en la comunidad atendida en la Parroquia Petare, durante enero a diciembre de 2004.

La muestra estuvo compuesta por un total de 21 niños diagnosticados con desnutrición proteica energética (DPE); un cuestionario se aplicó a sus progenitores; los datos se reflejaron en tablas y gráficos.

Se consideró como:

1. Hábitos alimentarios correctos: aquellos niños que tenían una dieta balanceada con ingestión de proteínas por lo menos tres veces por semana y en la cual se incluía, además, la fibra vegetal con igual frecuencia. En el caso de los lactantes se tuvo en consideración la adecuada lactancia materna según la edad y un esquema de ablactación que respondiese a las normas vigentes.
2. Hábitos alimentarios incorrectos: niños que ingieren proteínas y fibra vegetal con frecuencia inferior a la referida.

El tipo de desnutrición se clasificó según Wellcome (formas graves de malnutrición) que es ampliamente utilizada ⁽³⁾.

Peso (porcentaje del estándar)	Edemas	
	Presente	Ausente
60-80%	Kwashiorkor	Marasmo
<60%	Combinada	Marasmo Nutricional

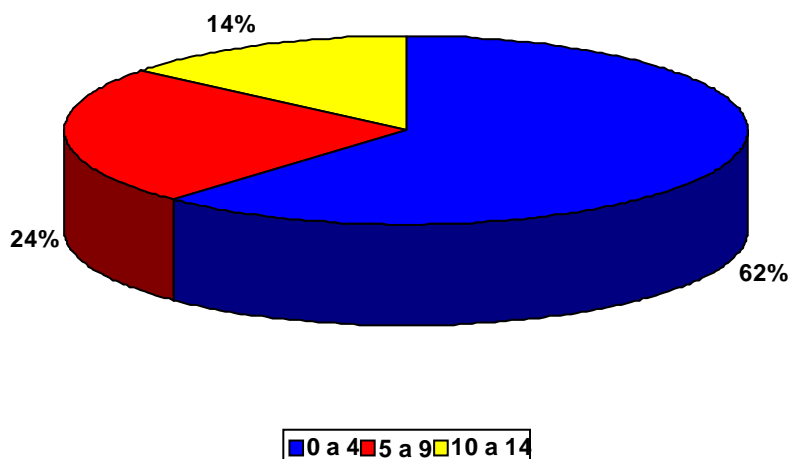
Fuente: encuesta

Se consideró al marasmo y marasmo nutricional como una sola entidad a la que se denominó con el mismo nombre (marasmo) y se tuvo en cuenta la ausencia de edemas.

RESULTADOS

El mayor número de niños desnutridos se encontró en el grupo de edad de 0 a 4 años con un 62% seguido por el grupo de 5 a 9 (24%) y el de 10 a 14 (14%). (Gráfico 1).

Gráfico 1
Distribución de pacientes desnutridos según grupo de edades



La distribución de la edad y el sexo en los pacientes con desnutrición (tabla I) se inclinó al predominio de edades tempranas y del sexo masculino con 13 pacientes (61,9%) sobre el grupo de las féminas con 8 niñas (38,1%).

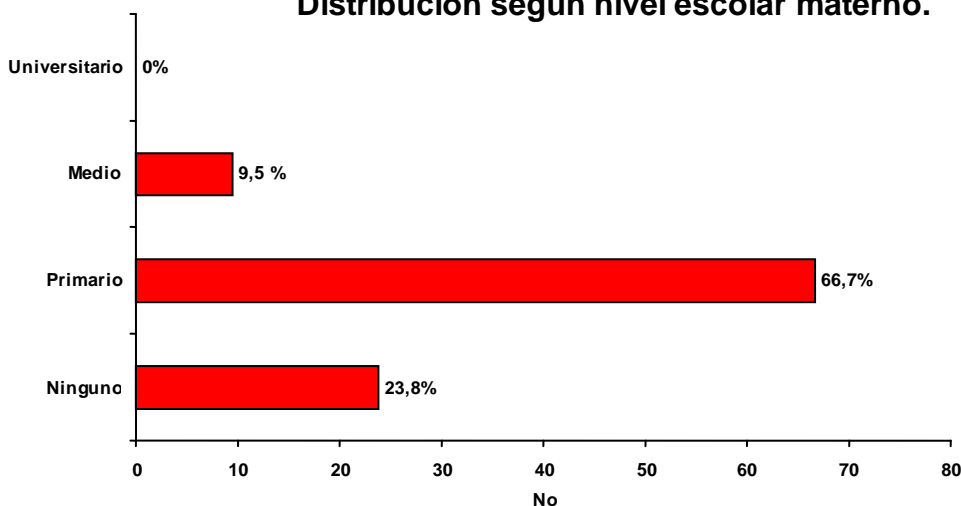
Tabla I. Distribución de los pacientes según edad y sexo

Edad	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No	%	No	%
De 0 a 4 años	8	38,1	5	23,8
De 5 a 9 años	3	14,3	2	9,5
De 10 a 14 años	2	9,5	1	4,8
Total	13	61,9	8	38,1

Fuentes: Historia Clínica

Según el análisis de la distribución de las madres del grupo estudio por su nivel escolar (gráfico 2) predominaron aquellas que poseían un nivel primario en un 66,7% y a medida que este aumentó, disminuyó el número de madres pues en el nivel medio solo existió el 9,5% y en el nivel universitario ninguna.

Gráfico 2:
Distribución según nivel escolar materno.



En la distribución de los pacientes del grupo estudio según sus hábitos alimentarios y tipo de desnutrición (tabla II) se observó que el 85,7% (18 casos) tenían hábitos alimentarios incorrectos y solo el 14,3% (3 enfermos) poseían alimentación adecuada; el marasmo o desnutrición crónica fue el tipo de desnutrición predominante con el 57,2% (12 pacientes) del total de desnutridos: En todos los tipos de desnutrición predominaron los hábitos alimentarios incorrectos; en el grupo de desnutridos combinado el 100% no se alimentaba adecuadamente.

Tabla II: Distribución de pacientes según tipo de desnutrición y hábitos alimentarios

Tipo de desnutrición	Hábitos alimentarios				Total	
	Correctos		Incorrectos			
	No	%	No	%	No	%
Marasmo	2	16,7	10	83,3	12	57,2
Kwashiorkor	1	25	3	75	4	19
Combinada	0	0	5	100	5	23,8
Total	3	14,3	18	85,7	21	100

Fuentes: historia clínica

Según los antecedentes maternos y el tipo de desnutrición (gráfico 3) predominaron los niños que tenían madres con desnutrición (con 13 pacientes) sobre los que no

poseían este antecedente (con 8 niños) y dentro de este grupo predominó la línea del marasmo con 53,8% (7 enfermos) seguidos por el tipo combinada y el Kwashiorkor con un 30,8% y 15,4%, respectivamente. Dentro de los que no poseían antecedentes maternos de desnutrición se encontró un 62,5% (5 niños) con marasmo; un 25% (dos pacientes) y un 12,5%(un paciente) con Kwashiorkor y desnutrición combinada, respectivamente.

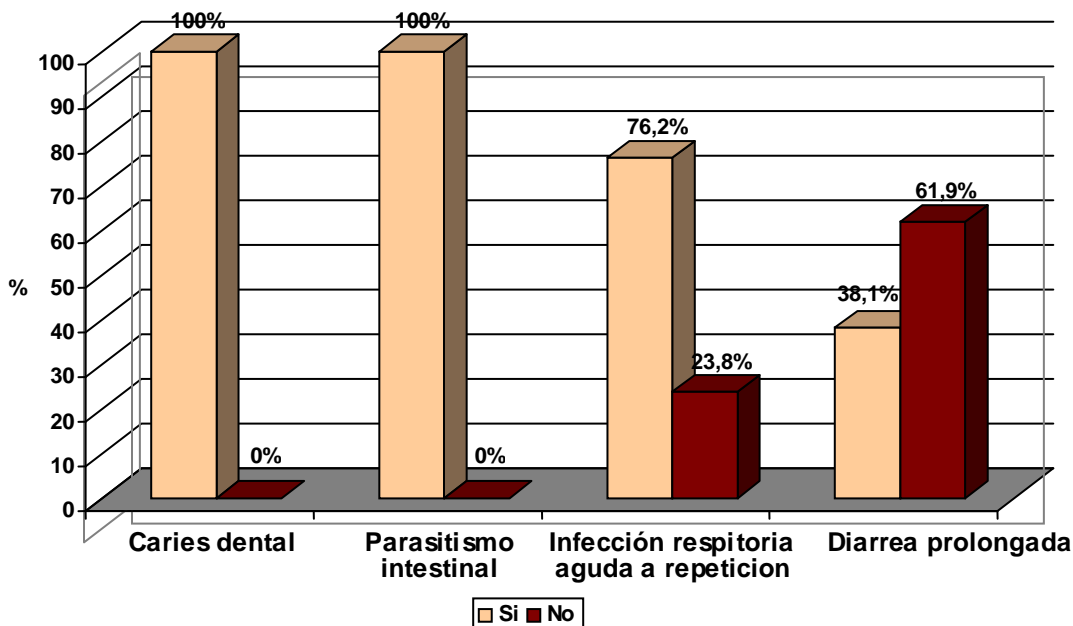
Tabla III. Distribución de los pacientes según antecedentes de desnutrición materna y tipo

Tipo de desnutrición	Antecedentes maternos de desnutrición			
	Con antecedentes		Sin antecedentes	
	No	%	No	%
Marasmo	7	53,8	5	62,5
Kwashiorkor	2	15,4	2	25
Combinada	4	30,8	1	12,5
Total	13	100	8	100

Fuentes: historia clínica

La distribución del grupo estudio según sus antecedentes patológicos personales y la concomitancia de enfermedades (gráfico 3), reflejó que el 100% de los pacientes presentaron caries dentales y parasitismo intestinal; le siguieron en orden de frecuencia las infecciones respiratorias agudas a repetición con un 76,2% y las diarreas prolongadas con un 38,1%.

Gráfico 3
Distribución según enfermedad asociada



DISCUSIÓN

En los niños menores de cuatro años es más frecuente la DPE. Millar en su estudio La pobreza el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo cognitivo de niños en los Estados Unidos de 1993, plantea que alrededor de 193 millones de niños de cinco años en los países en desarrollo están bajos de peso con un rango de prevalencia de un 12% de este grupo para Latinoamérica ⁽²⁾; son varios los autores con los cuales coincide este trabajo al plantear que la desnutrición es muy frecuente en edades tempranas de la vida y sobre todo alrededor del cuarto año de edad, más acentuado en aquellos países en vías de desarrollo ^(3, 4).

Con un crecimiento inversamente proporcional a la edad del número de desnutridos en ambos sexos, los autores de este trabajo no consideraron que el sexo constituyó un factor importante para la aparición de esta enfermedad y se entendió la prevalencia del masculino por el predominio de nacimientos de este género en la población. Estos resultados coincidieron con los encontrados en la bibliografía consultada donde se plantea un predominio del sexo masculino y de edades tempranas. ⁽⁵⁻⁷⁾

La educación se relaciona directamente con la salud, porque ayuda a elegir estilos de vida más sanos y comprender mejor la relación entre el comportamiento y la salud. A

juicio de estos investigadores la educación es un elemento crucial para el desarrollo de un estilo de vida saludable en todos los sentidos, este criterio coincide con la totalidad de la bibliografía consultada ⁽⁸⁾.

El hábito de alimentación saludable es de vital importancia para el mantenimiento de un estado de salud adecuado, también es un elemento fundamental en la prevención de diferentes patologías; la adecuada utilización de la lactancia materna y la ablactación en edades tempranas van a contribuir con una adecuada alimentación y por ende con la prevención de enfermedades.

La educación sanitaria adecuada de los tutores de los niños es fundamental para lograr una alimentación balanceada y correcta ajustándose a los requerimientos de cada edad, al este estudio realizarse en un grupo poblacional excluido y con baja cultura sanitaria fue evidente que aparecieran enfermedades como esta, la cual puede evitarse con simples medidas preventivas y educativas.

Velásquez Pérez plantea en su trabajo que la mayoría de los niños no tuvo lactancia materna exclusiva. Es conocido que esta hasta los cuatro meses representa un factor protector, por lo que el riesgo de desnutrirse es mayor para los niños que no la reciben ⁽⁸⁾. Amador García, al referirse a la ablactación observa la alta proporción de casos que no tiene una ablactación adecuada y es este un importante factor de riesgo. La introducción adecuada de los alimentos hacia los cuatro meses de edad constituye un proceso crítico en el desarrollo del niño ⁽⁹⁾. Coincidieron estos criterios con los referidos por este estudio y con otros autores. ⁽¹⁰⁻¹²⁾

Los antecedentes maternos de desnutrición se relacionan en frecuencia con la posterior aparición de esta enfermedad en la venidera generación. Llama la atención el predominio de la desnutrición crónica y su asociación con los antecedentes de desnutrición materna en estos niños, este hallazgo coincidió con lo planteado por varios autores al hacer referencia a los antecedentes de desnutrición materna como un factor de riesgo importante en la aparición de esta enfermedad en los niños, así como su asociación frecuente con la línea del marasmo ^(13,14).

Es frecuente encontrar en el paciente con desnutrición proteico energética, las enfermedades que favorecen su aparición y la empeoran una vez que está presente. Los procesos patológicos tales como: la caries dental y el parasitismo intestinal

interfieren en el proceso de alimentación y de digestión del niño lo que trae como consecuencia la aparición de la desnutrición con gran frecuencia; son varios los autores que hacen referencia a diferentes tipos de enfermedades como factores de riesgo para la desnutrición, por la alta concomitancia de ambos procesos.

Autores como Miler y Chandra plantean que las enfermedades diarreicas agudas son frecuentes en los desnutridos y está demostrada la existencia de interacción entre desnutrición, infección y disminución de la inmunidad ^(15,16), los resultados del presente estudio coincidieron con estos autores ^(13,14).

CONCLUSIONES

La DPE fue más frecuente en el grupo de niños de 0 a 4 años, del sexo femenino y madre con un nivel escolar bajo, fue el marasmo la forma crónica predominante. Fue usual el antecedente de desnutrición materna asociado sobre todo al marasmo. En la totalidad de los pacientes existían enfermedades asociadas y fueron las caries dentales y el parasitismo intestinal las más predominantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Karp RJ. Introduction and overview of malnourished children in the United States. In: Karp RJ, ed. Malnourished children in the United States: caught in the cycle of poverty. New York: Springer, 1993.
2. Miller JE, Korenman S. Poverty, nutritional status, growth and cognitive development of children in the United States . Princeton University :Office of Population Research, 2003.
3. Programa especial de Análisis de Salud (OPS/SHA) y Programa de Enfermedades Transmisibles (OPS/HCP/HCT). [Artículo en línea]. Gráficas sobre la situación de morbilidad de niños menores de cinco años en la Región de las Américas. <<http://www.fao.org/>> 2004. [consulta: 22 de febrero de 2004].
4. Sánchez Álvarez V. Actualización Inmunocompetencia en la malnutrición proteico energética. [Artículo en línea] Rev Cub Aliment Nutr 1999; 13(2):129-

36. <http://www.infomed.sld.cu/revistas/ali/vol13_2_99/alisu299.htm> [Consulta: 20 feb 2004]
5. Ashworth A, Khanum S, Jackson A, Schofield c. Guidelines for the inpatient treatment of severely malnourished children. World Health Organization 2003: p. 40-80.
6. The management of nutrition in major emergencies. World Health Organization, 2004: p. 11-15.
7. Nutrición en Pediatría. Prácticas y costumbres de alimentación infantil: enfermedades asociadas de origen yatrógeno y comercial. Clín Pediát Norteam ;2004; 49-61.
8. Velázquez Pérez A, Larramendy Pita J, Rubio Batista J. Factores de riesgo de desnutrición proteico energética en niños menores de un año de edad. [Artículo en línea] Rev Cub Aliment Nutr 1998; 12(2):82-5. <http://www.infomed.sld.cu/revistas/ali/vol12_2_98/alisu298.htm>.[Consulta: 20 feb 2004]
9. García A, Canetti Fernández S, Cobas Selva M, Hermelo Treche M, Jordán *et. al.* Pediatría. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación, 1996. T.2.
10. Gallardo S. Malnutrición y sistema inmune. Salud y Sociedad [Artículo en línea]. < <http://www.bioetica.org/>> [consulta: 20 de febrero de 2004].
11. Desnutrición: las causas. Estado Mundial de la Infancia. [Artículo en línea] 1998. <<http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/fs01sp.htm>> .[consulta: 27 abril 2004]
12. Oficina de Relaciones con los Medios de Comunicación de la FAO. Un curso para enseñar a los niños y niñas de todo el mundo a comprender el problema del hambre y la desnutrición [Artículo en línea]. 01/60 Roma <http://www.fao.org/WAICENT/OIS/PRESS_NE/PRESSSPA/2001/prsp0160.htm> [consulta: 20 de febrero de 2004].
13. Scrimshaw NS. Nutrición: pasado, presente y futuro. III. El niño en proceso de crecimiento. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá Publicaciones Científicas del INCAP 1962; (4)15-25.

14. Waterlow JC, Vergara A. Protein malnutrition in Brazil. Roma: FAO (Nutritional Studies, núm. 14), 1956.
15. Miler I. Nutrition in early life and the development of resistance and immunity. *Bibl Nutr Dieta* 1992; 31:55-69.

Correspondencia: Mildred Labrada García. Calle Victoria # 13 E/T Prado y Colon. Holguín. Correo electrónico mgi@ucm.hlg.sld.cu