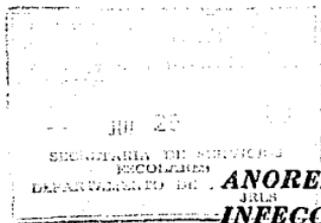


11237
128
200



HOSPITAL INFANTIL PRIVADO

AFILIADO A LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.



**ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES
INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS IMPACTO EN
LA NUTRICION FACTORES DE RIESGO.**

TESIS Y TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PARA OBTENER EL TITULO DE:
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A .

DRA. MARGARITA PLAZA GARCIA



MEXICO, D. F. **TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.- ANTECEDENTES HISTORICOS	5
2.- OBJETIVO	10
3.- JUSTIFICACION	11
4.- MATERIAL Y METODOS	12
5.- RESULTADOS	17
6.- DISCUSION	54
7.- CONCLUSIONES	57
8.- BIBLIOGRAFIA	58

ANTECEDENTES HISTORICOS

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

Una adecuada nutrición requiere de una ingestión apropiada de alimentos, de acuerdo al metabolismo basal, gasto energético en crecimiento, pérdidas así como una digestión y absorción completas. La ingestión diaria de acuerdo a lo que el comité de la FAO/WHO considera una "ración recomendada", permite reducir la posibilidad de una nutrición deficiente. Sin embargo, en diferentes enfermedades por incremento de las pérdidas, deficiente digestión y absorción a pesar de una adecuada ingesta resultan en deficiente nutrición (1).

La ingesta de alimentos en un niño enfermo puede ser reducida debido a anorexia, a una reducción de alimentos por la madre o a la sustitución de alimento regular de un niño por alimentos de baja densidad energética (2). En algunos casos las madres atribuyen enfermedades como la diarrea a ciertos alimentos ingeridos por los niños, motivo por el cual reducen el aporte de estos (3).

Los niños pueden perder nutrientes por una absorción ineficiente debido al tránsito rápido de los alimentos por el intestino o como resultado de cambios morfológicos de este -

(durante las enfermedades gastrointestinales), al desgaste de tejidos corporales durante la infección ya que el organismo es capaz de sacrificar cantidades importantes de proteínas musculares para satisfacer los requerimientos anabólicos (2) Las pérdidas catabólicas son resultado de un complejo número de respuestas a la infección incluyendo alteraciones metabólicas, hormonales e inmunológicas (3). La fiebre es el mejor estímulo para iniciar las pérdidas catabólicas durante un episodio agudo infeccioso y están relacionadas con la severidad y duración de la fiebre. El desgaste funcional puede resultar de sobreutilización, secuestro o desviación de nutrientes durante la infección (2).

Un factor que se ha visto como clave importante en el deterioro nutricional es la restricción de ingestión de alimentos. El fenómeno es frecuentemente relacionado con las prácticas culturales, creencias, tabúes, a cerca del alimento durante la enfermedad, pero frecuentemente es el resultado directo de anorexia, fiebre y vómito, que son síntomas y signos en particular importantes dado su notorio impacto sobre el estado nutricional (4).

El apetito es un elemento determinante en el consumo de--

nutrientes en una población física y mentalmente normal. La reducción en la ingesta de nutrientes puede ocurrir por varias causas: vómito, fiebre, deshidratación, dolor abdominal, anorexia presentes en los procesos infecciosos, esta última puede ser debido a las alteraciones metabólicas u hormonales observadas durante la infección y en los cuales elementos como la acidosis, fiebre, prostaglandinas, factor de necrosis tumoral han sido implicados (5).

De las múltiples categorías de enfermedades solo las febriles producen un impacto significativo sobre la ingesta dietética. Enfermedades infecciosas especialmente la diarrea se sabe causan daño sobre el estado nutricional del niños, una posible explicación es la reducción de la ingesta calórica. Estudios en comunidades de niños guatemaltecos con edad de 15 a 69 meses han demostrado una disminución de hasta 20% del consumo de energía durante la infección (6).

Estimaciones cuantitativas de los efectos en la dieta de los síntomas más comunmente encontrados en las enfermedades infecciosas son reportadas en un estudio realizado por Martorell en niños de Guatemala en donde se observó una reducción promedio de 175 kcal por día de la ingesta, disminuyendo tam-

bién el consumo de proteínas en un 18% en el grupo que presentaba síntomas de infección gastrointestinal, en el grupo que se encontró patología respiratoria la ingesta disminuyó 61 kcal por día y 1 gramo de proteínas. Se observó que el consumo era menor en el grupo de 42 a 60 meses (22% menos de las calorías recomendadas) (7).

Los hallazgos concuerdan con los estudios de Lechting y Mata quienes mostraron asociaciones negativas entre enfermedad y dieta en mujeres embarazadas y niños respectivamente (8).

Investigaciones antropológicas apoyan la hipótesis de que las infecciones gastrointestinales tienen un efecto mayor sobre la ingesta de alimentos en comparación con otras enfermedades infecciosas. Mata y colaboradores han estudiado los efectos de la enfermedad sobre la ingesta de alimentos y su análisis muestra que esta se correlaciona negativamente con ciertas patologías, observándose durante los períodos agudos de diarrea una disminución en la ingesta de 25 a 50%. En otro estudio realizado por Later se encontró consumo de 22% menos comparándolo con lo consumido por niños sanos (2).

Estudios clínicos más recientes en Bangladesh indican que

el consumo de alimentos esta suprimido durante los días iniciales de la enfermedad, encontrándose una ingesta de 60 a 70 kcal por kg por día durante este período (6).

Tres estudios clínicos más realizados en Bangladesh sobre anorexia e ingesta de nutrientes durante la diarrea mostraron de un 30 a 50% de disminución en el consumo durante los primeros días de enfermedad en comparación con un grupo control de niños sanos y en comparación con ellos mismos después del término de la enfermedad (3), lo cual no ocurre si el paciente es alimentado al seno materno (6-9).

Algunos autores como Briscoe están algo sorprendidos por la virtual ausencia de datos cuantitativos publicados sobre el efecto de las diferentes infecciones sobre la ingesta de alimentos en el niño. Su sorpresa tanto como la de nosotros se estriba en el hecho de que muchas publicaciones describen gran importancia sobre el efecto de la infección en la ingesta de alimentos (7).

OBJETIVO.

Conocer los factores de riesgo en la presentación de anorexia durante las enfermedades infecciosas de niños y su impacto en la ingesta de -- calorías en forma cuantitativa.

JUSTIFICACION

Se ha observado que los pacientes del Hospital Infantil Privado con infección presentan una disminución en la ingesta calórica durante estos procesos que puede repercutir en su estado nutricional, lo anterior también ha sido observado y estudiado por otros autores, quienes han llegado a la conclusión de que la anorexia en los niños es un impedimento crítico para la ingesta de nutrientes durante las enfermedades infecciosas, motivo por el cual resulta importante estudiar el apetito y los factores de riesgo para la presencia de anorexia en una población de niños con diferentes procesos infecciosos que permita delinear estrategias de intervención.

MATERIAL Y METODOS.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 50 pacientes admitidos en el Hospital Infantil Privado que aceptaron su participación de julio 1991 a julio de 1992.

El estudio que se llevo a cabo fue prospectivo, longitudinal, univariable.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con enfermedades infecciosas digestiva, urinaria o respiratoria mayores de 3 meses.

- infección intestinal: definida como la presencia de evacuaciones aguadas en número mayor de 3 en 24 horas, acompañadas o no de vómito, e hipertermia mayor de 38 GC, con o sin deshidratación o desequilibrio ácido-base que contraíndiquen la vía oral.

- Infección respiratoria: definida por la presencia de tos productiva, secreciones nasales u orofaríngeas, estertores broncoalveolares y Rx de tórax con opacidades sugestivas de neumonía o bronconeumonía e hipertermia con temperatura mayor de 38 GC.

- Infección urinaria; definida por la presencia de diu-

resis frecuente y dolorosa, hematuria macro o microscópica, -
piuria y cultivo de orina con desarrollo de más de 100 mil-
colonias de bacterias como germen único, aunado a la presen-
cia de hipertermia con temperatura superior a 38 GC.

- Sin contraindicación para la vía oral.
- Hospitalizados en el Hospital Infantil Privado.

Cráterios de exclusión:

- Alta voluntaria
- Ayuno por requerimientos quirúrgicos posteriores al ini-
cio del estudio.

Cráterios de no inclusión:

- Pacientes sometidos a cirugía que requieran ayuno.
- Desnutrición con déficit mayor de 30% para la talla se-
gún las tablas de la NCSH.

Variables:

- Independientes.
 - 1.- Tiempo de evolución de la fiebre.
 - 2.- Infección digestiva, urinaria o respiratoria.
 - 3.- Estado nutricional valorado mediante peso y ta-
lla.
- Dependientes.

1.- Anorexia: considerando las siguientes definiciones operacionales:

A). Ingestión completa: en la cual el niño ingiere de 100 a 125 kcal por kilo de peso por día.

B). Ingestión no completa: en la cual el niño ingiere 70-100 kcal por kilo de peso por día.

C). Anorexia: en la cual el niño ingiere menos de 70 kcal por kilo de peso por día.

2.- Calorías ingeridas.

Inmediatamente después del ingreso se efectuara la historia clínica habitual del hospital y el residente encargado de la investigación hara una revisión de las características específicas requeridas para el estudio de acuerdo con los criterios de inclusión. Se investigara al momento de su ingreso:

- Nombre, edad, sexo

- Peso en gramos, talla en centímetros, que se llevara a cabo mediante báscula con sensibilidad de 10g, tallímetro en de cúbito hasta un metro, posteriormente de pie.

- Duración de la fiebre (en horas) y del padecimiento actual (en días).

- Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura.

- Hematócrito, proteínas, glucosa, Ph séricos (mediante microhematócrito, gasometro NOVA, proteínas por índice de refracción).

Posteriormente se iniciara hoja de alimentación. La enfermera encargada de cada paciente recibira una lista de los alimentos de cada comida con las cantidades, se efectuará el peso de los alimentos antes y después de comer para obtener la cantidad ingerida por toma.

Se anotaran las cantidades de alimentos semisólidos, sólidos y fórmula láctea ofrecida e ingerida, por diferencia de peso del recipiente lleno y después de la alimentación. Los horarios de alimentación seran los habituales del hospital.

Los pacientes alimentados al seno materno lo continuarán recibiendo ad libitum, Se anotara la cantidad ingerida por toma y por día por diferencia de peso antes y después de la alimentación.

El estudio en cada paciente tendra una duración de al menos 5 días. El egreso sera dado por el médico.

Método estadístico:

Se describirán las características de ingreso en $\bar{X} \pm DS$ (edad, sexo, talla, proteínas, Ph, glucosa hematócrito séricos), - se utilizará χ^2 .

RESULTADOS

RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 50 niños (29 del sexo masculino y 21 del sexo femenino). Los pacientes se dividieron por grupos de acuerdo al tipo de infección que presentaban. El grupo 1 estuvo formado por 19 niños con infección gastrointestinal, el grupo 2 fueron aquellos con infección urinaria en número de 12 y el grupo 3 se integró con pacientes en que se encontró infección de vías respiratorias bajas siendo estos un total de 19. De ellos se observó que el 48% era menor de 24 meses y el 52% era mayor de esta edad (gráficas 1 y 2).

Las características de los pacientes a su ingreso se describen en la tabla 1 en la que podemos observar que el grupo 1 obtuvo una \bar{X} de edad en 22 ± 24.7 m, peso 10.1 ± 4.7 kg, talla 78.9 ± 18.4 cm, temperatura 38.7 ± 4.7 GC, frecuencia cardiaca 119.7 ± 12.9 , frecuencia respiratoria 32.1 ± 4.7 . Con respecto a las determinaciones de laboratorio encontramos una X de proteínas en 6.79 ± 0.06 , hematócrito 37.4 ± 3.98 , Ph 7.39 ± 0.03 , glucosa 117.8 ± 13.5 . El grupo 2 presentó una X edad 53.2 ± 24.7 , peso 17.74 ± 6 , talla 104 ± 13.2 cm, temperatura 38.3 ± 0.4 , FRECUENCIA cardia-

ca 98.2 ± 7.4 , frecuencia respiratoria 27.5 ± 3.36 . De los exámenes de laboratorio se obtuvo una \bar{X} = proteínas 7.01 ± 0.22 , hematócrito 37.2 ± 4.04 , Ph 7.40 ± 0.62 , glucosa 105 ± 12.4 . En el grupo 3 la \bar{X} fue de 28 ± 23.6 de edad, peso 12.2 ± 3.4 , talla 89.92 ± 15.2 , temperatura 38.8 ± 0.51 , frecuencia cardiaca 120.1 ± 12.5 frecuencia respiratoria 36.6 ± 8.29 . Las determinaciones de laboratorio presentarán la siguiente \bar{X} = proteínas 6.91 ± 0.28 , hematócrito 36.99 ± 4.89 , Ph 7.37 ± 0.03 , glucosa 107.3 ± 37 . No hubo diferencia significativa en los datos de laboratorio encontrados en los 3 grupos. El grupo 2 presentó una \bar{X} mayor de edad, peso y talla, no habiendo diferencias importantes en los grupos restantes. La \bar{X} de temperatura fue similar en los 3 grupos, en cuanto a la frecuencia cardiaca y respiratoria se observó que la \bar{X} era mayor en el grupo con infección respiratoria.

En la tabla 2 (gráfica 3), se encuentran las calorías ofrecidas durante los 5 días del estudio por grupo de enfermedad y por día. En el grupo 1 se observa una \bar{X} de kcal ofrecidas -- de 68.89 ± 64.35 en el primer día, 129.65 ± 65.13 en el segundo, 163.29 ± 47.54 en el tercero, 173.27 ± 64.29 en el cuarto y 176 ± 2.44 en el quinto día. En el grupo 2 se obtuvo una \bar{X} de Kcal

ofrecidas durante el primer día de 61.4 ± 38.9 , en el segundo--
170.3 \pm 150, 137.7 \pm 57.3 en el tercer día y 128.1 \pm 47.7, 128.5 \pm 47-
en el cuarto y quinto días respectivamente. En el grupo 3 se
encontró una \bar{X} = 92.4 \pm 54.6 en el primer día, 140.3 \pm 44.1 en el
segundo, en el tercer día 146 \pm 27.8, en el cuarto y quinto día-
140.4 \pm 32 144.8 \pm 38.6 respectivamente. Los datos anteriores se
reportan en kcal/kg/día, se observa que a partir del segundo-
día el ofrecimiento calórico es adecuado, esto es debido a --
que en la mayoría de los pacientes el inicio de la vía oral-
fue con dieta líquida de baja densidad energética.

La tabla 3 describe la ingesta de calorías por kg y por --
día en los grupos estudiados, encontrándose en el grupo 1 una
 \bar{X} = 27 \pm 38.8 en el primer día, 60.7 \pm 43.9 en el segundo, en el --
tercero 73.6 \pm 33.4, en el cuarto 90.7 \pm 34.4 y en el quinto 94 \pm -
30.6. En el grupo 2 se encontró una \bar{X} = 12.2 \pm 9.9, 34.8 \pm 14.6 en-
el primero y segundo días, en el tercero 42.9 \pm 18.4, 45 \pm 17.1 en
el cuarto y 48.7 \pm 18.9 en en quinto. Por último en el grupo 3-
observamos una \bar{X} = 25.8 \pm 27.2, 49.1 \pm 20.9 durante el primero y -
segundo día de estudio. 57.5 \pm 19.9, 67.5 \pm 27 y 67.8 \pm 28.3 en los-
días subsiguientes. De los datos anteriores observamos una --
disminución de la ingesta de calorías en los 3 grupos, siendo

mayor en el grupo 2.

De los pacientes estudiados se encontraron con anorexia 46 en el primer día, 43 en el segundo, 34 en el tercero, 30 y 29 en el cuarto y quinto día. (gráfica 4).

Se realizó una correlación de la presencia de anorexia por grupo de infección encontrándose en el primer día 16 pacientes anoréxicos en el grupo 1, 12 en el grupo 2 y 18 en el grupo 3. En el segundo día observamos 14 pacientes con anorexia en el grupo 1, 12 en el grupo 2 y 17 en el grupo 3. con una $p > 0.05$ en ambos días. En el tercer día se encontraron 9 pacientes anoréxicos en el grupo con infección digestiva, 10 en el grupo 2 y 15 en el grupo 3 obteniéndose una $\chi^2 = 6.06$ con $p > 0.05$. En el cuarto día de estudio se observaron 5 pacientes con anorexia en el grupo 1, once en el grupo 2 y 14 en el grupo con infección respiratoria con $\chi^2 = 15.48$ y $p < 0.01$, en el quinto día se encontró 4 pacientes anoréxicos en el grupo 1, 10 en el grupo 2 y 15 en el grupo 3 con $\chi^2 = 17.23$ y $p < 0.01$ siendo el valor de p a partir del tercer día estadísticamente significativo (tabla 4 gráficas 5-9).

Así mismo se realizó una correlación entre presencia de anorexia con el tiempo de evolución del padecimiento, dividiendo

dose a los pacientes en aquellos con un padecimiento menor de 7 días y los que presentaban evolución mayor, en el primero se incluyeron a 41 pacientes y 9 en el segundo. Del grupo que presentaba una evolución menor de 7 días se encontrarán 37 con anorexia en el primer día, 34 en el segundo, 25 en el tercero, 21 en el cuarto y quinto días. De aquellos que presentaban evolución mayor de 7 días se obtuvieron 9 pacientes con anorexia en el primero, segundo, tercero y cuarto día y en el quinto día se encontrarán 8 pacientes anoréxicos, obteniéndose un valor de $p = 0.05$ estadísticamente significativo. (tabla 5 gráficas 10-14), a partir del tercer día de estudio.

Dentro del tiempo de evolución de la fiebre los pacientes se dividieron en aquellos que presentaban menos de 72 horas y más de 72 horas de evolución obteniéndose los siguientes resultados: dentro del grupo de menos de 72 horas se encontraron 31 pacientes con anorexia, 28 en el segundo, 21 en el tercero, 18 y 17 en el cuarto y quinto días. En el grupo con más de 72 horas de evolución se obtuvieron durante el primer día de estudio 15 pacientes con anorexia, 15 durante el segundo, 13 en el tercero y 12 pacientes con anorexia en el cuarto y quinto días no habiendo diferencia estadísticamente sig

nificativa (tabla 6 gráfica 15-19).

los pacientes estudiados se dividieron de acuerdo a la ingesta de calorías en dos grupos aquellos que consumieron más de 70kcal/kg/día y los que tuvieron una ingesta menor a esta cantidad, estos a su vez se dividieron por grupo de edad (mayores de 24 meses y menores de esta edad), posteriormente se realizó una correlación entre estos dos grupos para determinar en que grupo de edad era más frecuente la anorexia encontrándose los siguientes resultados: 26 pacientes fueron mayores de 24 meses y 24 menores, observándose durante el primer día de estudio y dentro de aquellos pacientes con edad mayor a 24 meses que 23 presentaban anorexia, 21 en el segundo día, en el grupo de menor edad se observaron 23 con anorexia en el primer día y 22 en el segundo no habiendo diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos durante estos dos días, sin embargo durante el tercer día de estudio se obtuvieron 22 pacientes anoréxicos en el grupo mayor de 24 meses y 12 en el menor con una $X^2= 6.73$ y $p = 0.01$. En el cuarto día se encontraron 20 pacientes anoréxicos en el primer grupo y 10 en el grupo de menos de 24 meses con una $X^2=6.33$ y $p = 0.01$. En el quinto día se obtuvo una $X^2= 11.3$ y $p = 0.01$ encontran

do 21 pacientes con anorexia en el grupo mayor de 24 meses--
contra solo 8 en los pacientes menores de esta edad, siendo--
el valor de p a partir del tercer día estadísticamente sig--
nificativo (tabla 7 gráfica 20-24). Estos datos indican una--
relación importante entre la presencia de anorexia y la e--
dad siendo esta más frecuente en niños mayores de 24 meses.

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS NIÑOS

MASCULINOS
29 (58%)



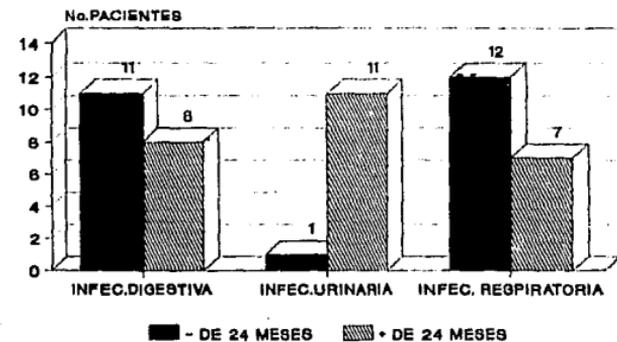
FEMENINOS
21 (42%)

FRECUENCIA POR SEXO

GRAFICA No.1

PACIENTES ESTUDIADOS 50

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS



GRAFICA No.2

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS
DE LOS NIÑOS.

Tabla 1. Características de los pacientes a la admisión.

Característica	Infec.diges- tiva, n= 19	Infec.urina- ria, n= 12	Infec.res- piratoria n= 19
EDAD	X=22±24.7m	X=53.2±24.7m	X=28±23.6m
PESO (kg)	X=10.1±4.7	X=17.7±6.6	X=12.2±3.4
TALLA (cm)	X=78.9±18.4	X=104±13,2	X=89.9±15.2
TEMPERATURA (GC)	X=38.7±4.7	X=38.3±0.4	X=38.8±0.51
FREC.CARDIACA	X=119.7±12.9	X=98.2±7.4	X=120±12.5
FREC.RESPIRATORIA	X=32.1±4.7	X=27.5±3.36	X=36.6±8.29
PROTEINAS	X=6.79±0.06	X=7.01±0.22	X=6.91±0.28
HEMATOCRITO	X=37.4±3.98	X=37.2±4.04	X=36.9±4.89
Ph	X=7.39±0.03	X=7.40±0.62	X=7.37±0.03
GLUCOSA	X=117.8±13.5	X=105±12.4	X=107.3±37

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS.

TABLA 2

CALORIAS OFRECIDAS (kcal/kg/día)	INFECCION DIGESTIVA	INFECCION URINARIA	INFECCION RESPIRATORIA
PRIMER DIA	$X = 68.8 \pm 64.35$	$X = 61.4 \pm 38.9$	$X = 92.4 \pm 54.6$
SEGUNDO DIA	$X = 129.6 \pm 65.13$	$X = 170.3 \pm 150$	$X = 140.3 \pm 44.1$
TERCER DIA	$X = 163.2 \pm 47.54$	$X = 137.7 \pm 57.3$	$X = 146 \pm 27.8$
CUARTO DIA	$X = 173.27 \pm 64.29$	$X = 128.1 \pm 47.7$	$X = 140.4 \pm 32$
QUINTO DIA	$X = 176 \pm 62.44$	$X = 128.5 \pm 47$	$X = 144.8 \pm 38.6$

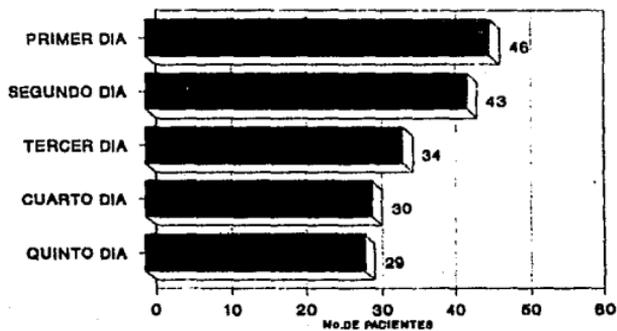
ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS.

TABLA 3

CALORIAS INGERIDAS (kcal/kg/día)	INFECCION DIGESTIVA	INFECCION URINARIA	INFECCION RESPIRATORIA
PRIMER DIA	X = 27 ± 38.8	X = 12.2 ± 9.9	X = 25.8 ± 27.2
SEGUNDO DIA	X = 60.7 ± 43.9	X = 34.8 ± 14.6	X = 49.1 ± 20.9
TERCER DIA	X = 73.6 ± 33.4	X = 42.9 ± 18.4	X = 57.7 ± 19.9
CUARTO DIA	X = 90.7 ± 34.4	X = 45 ± 17.7	X = 67.5 ± 27.0
QUINTO DIA	X = 94.0 ± 30.6	X = 48.7 ± 18.9	X = 67.8 ± 28.3

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

FRECUENCIA DE ANOREXIA POR DIA



H.I.P.

GRAFICA No.4

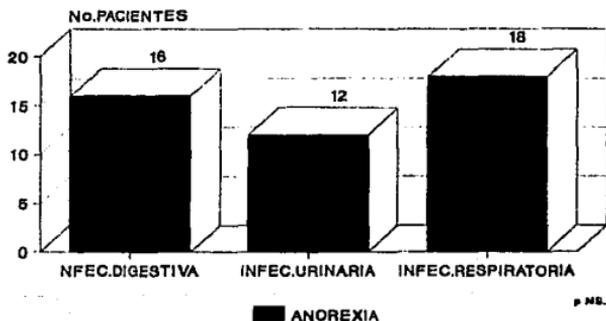
ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

TABLA 4

PATOLOGIA	DIA DE ESTUDIO				
	1	2	3	4	5
INFECCION DIGESTIVA	16	14	9	5	4
INFECCION URINARIA	12	12	10	11	10
INFECCION RESPIRATORIA	18	17	15	14	15
	pns	pns	$\chi^2 6.06$ $p < 0.05$	$\chi^2 15.48$ $p < 0.01$	$\chi^2 17.23$ $p < 0.01$

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

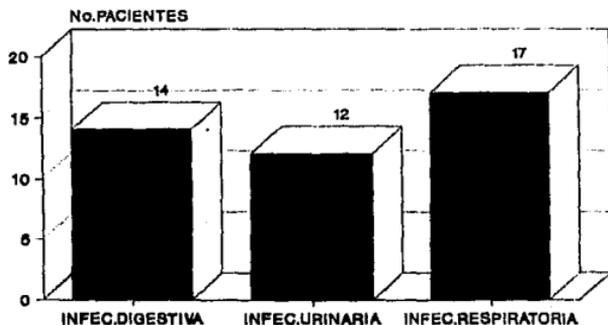
FRECUENCIA POR GRUPO DE INFECCION



H.I.P.

GRAFICA No.5 PRIMER DIA DE ESTUDIO

**ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES
INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS**
FRECUENCIA POR GRUPO DE INFECCION

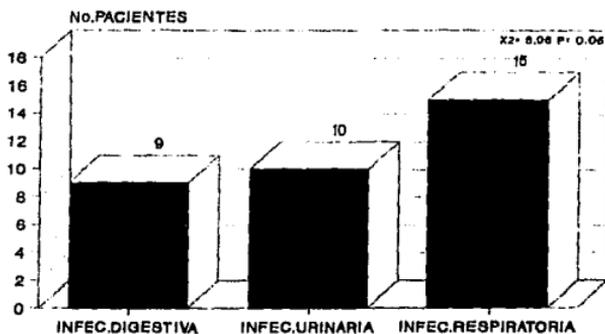


HIP

GRAFICA No.5 SEGUNDO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

FRECUENCIA POR GRUPO DE INFECCION

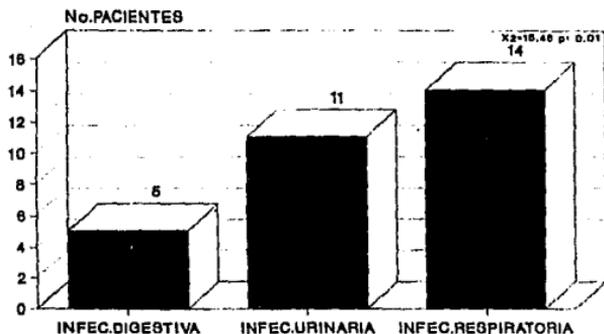


H.I.P.

GRAFICA No.7 TERCER DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

FRECUENCIA POR GRUPO DE INFECCION

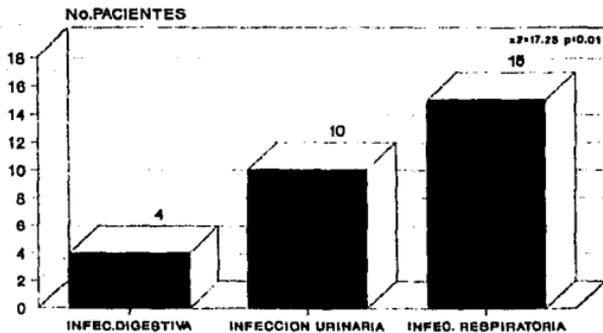


H.L.P.

GRAFICA No.8 CUARTO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

FRECUENCIA POR GRUPO DE INFECCION



H.I.P.

GRAFICA No.9 quinto día de estudio

TABLA 5

TIEMPO DE EVOLUCION DEL PROCEJIMIENTO		DIA DE ESTUDIO				
		1	2	3	4	5
< 7 DIAS	CON ANOREXIA	37	34	25	21	21
	SIN ANOREXIA	4	7	16	20	20
> 7 DIAS	CON ANOREXIA	9	9	9	9	8
	SIN ANOREXIA	0	0	0	0	1
		pns	pns	χ^2 5.06 p<0.05	χ^2 7.17 p<0.01	χ^2 4.21 p<0.05

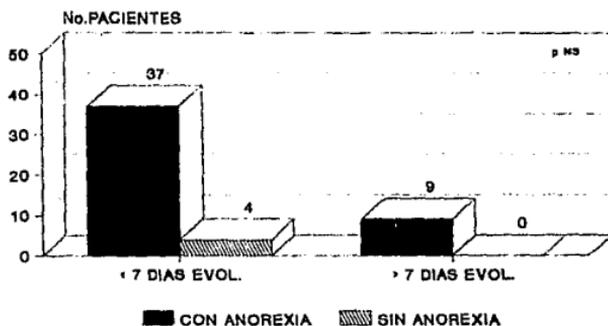
TABLA 6

-TIEMPO DE EVOLUCION DEL PROCEJIMIENTO		DIA DE ESTUDIO				
		1	2	3	4	5
< 72 hrs	CON ANOREXIA	31	28	21	18	17
	SIN ANOREXIA	3	6	13	18	17
> 72 hrs	CON ANOREXIA	9	9	9	9	8
	SIN ANOREXIA	1	1	3	4	4

pns.

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

TIEMPO DE EVOL DEL PADECIMIENTO

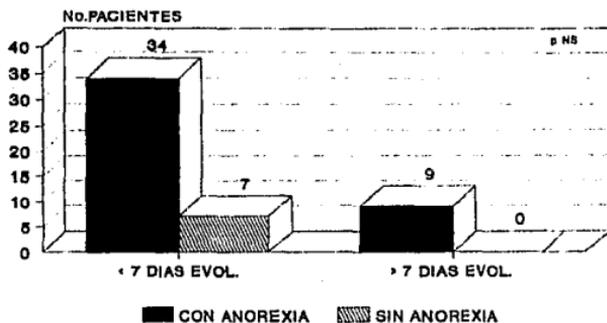


H.I.P.

GRAFICA No.10 PRIMER DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

TIEMPO DE EVOL DEL PADECIMIENTO .

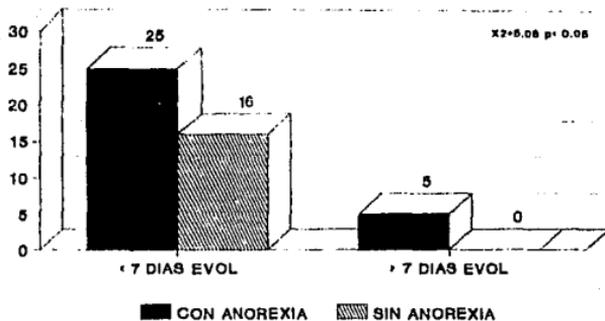


H.I.P.

GRAFICA No.11 SEGUNDO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

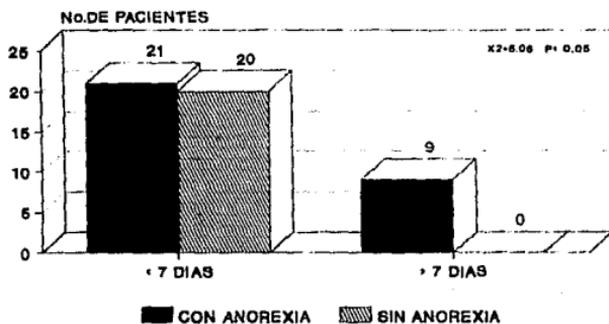
TIEMPO DE EVOL DEL PADECIMIENTO



H.I.P.

GRAFICA No.12 TERCER DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS. TIEMPO DE EVOL DEL PADECIMIENTO

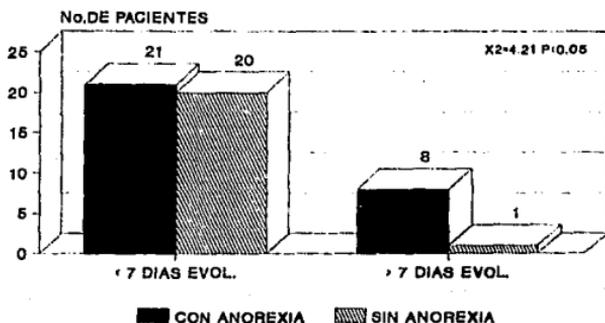


H.I.P

GRAFICA No.13 CUARTO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

TIEMPO DE EVOL. DEL PADECIMIENTO

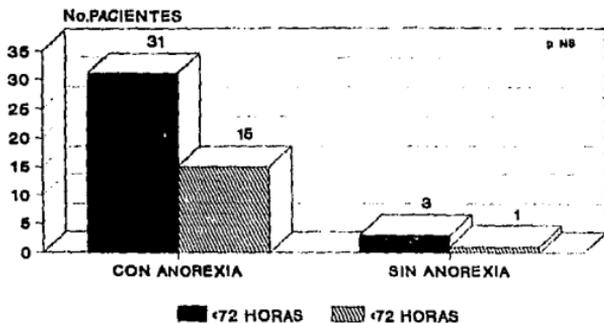


H.I.P.

GRAFICA No.14 QUINTO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

TIEMPO DE EVOL. DE LA FIEBRE

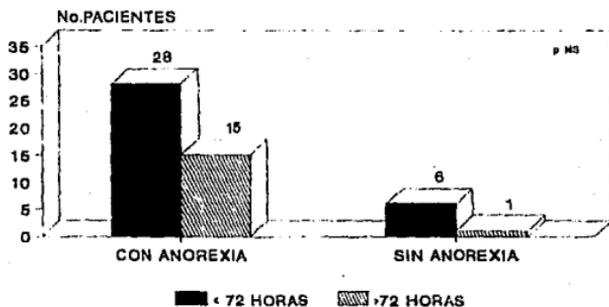


H.I.P

GRAFICA No.15 PRIMER DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS NIÑOS

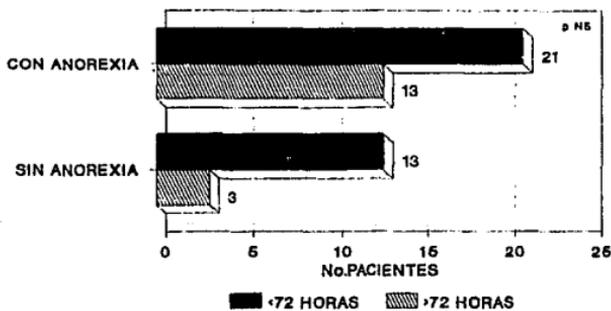
TIEMPO DE EVOL. DE LA FIEBRE



H.I.P.

GRAFICA No.16 SEGUNDO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS. TIEMPO DE EVOLDE LA FIEBRE

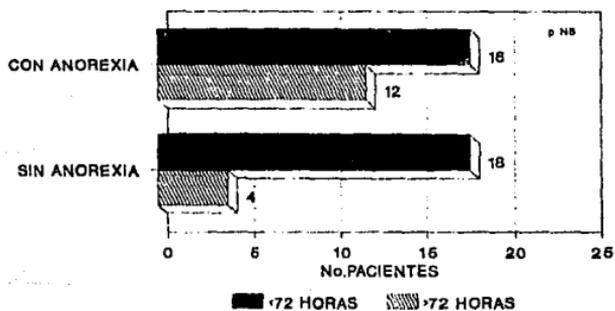


M.P.

GRAFICA No.17 TERCER DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS.

TIEMPO DE EVOL. DE LA FIEBRE

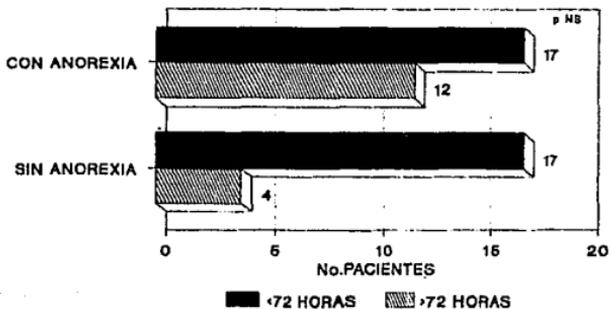


M.P.

GRAFICA No.18 CUARTO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

TIEMPO DE EVOLDE LA FIEBRE



N.P.

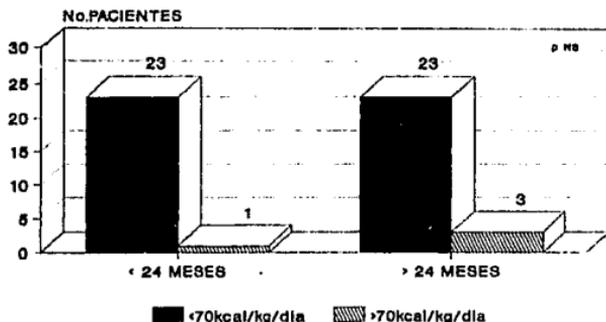
GRAFICA No.19 QUINTO DIA DE ESTUDIO

TABLA 7

Kcal INGERIDAS	EDAD	DIA DE ESTUDIO				
		1	2	3	4	5
< 70	< 24 m	23	22	12	10	8
Kcal/Kg/d	> 24 m	23	21	22	20	21
> 70	< 24 m	1	2	12	14	16
Kcal/Kg/d	> 24 m	3	5	4	6	5
		pn ³	pn ³	x ² 6.73 p<0.01	x ² 6.33 p<0.01	x ² 11.3 p<0.01

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

KILOCALORIAS INGERIDAS POR GRUPO DE EDAD

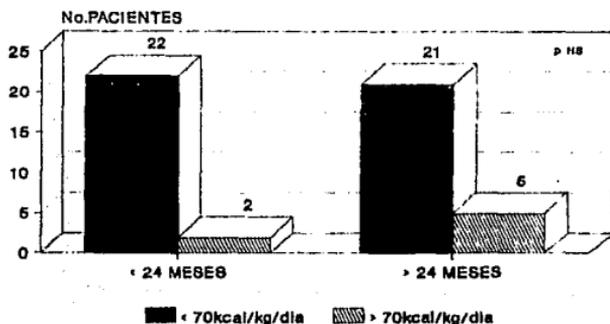


H.I.P.

GRAFICA No.20 PRIMER DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

KILOCALORIAS INGERIDAS POR GRUPO DE EDAD

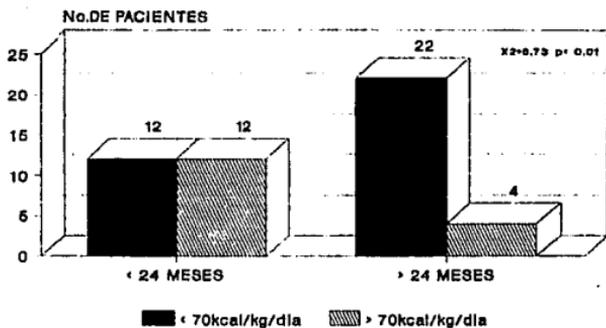


H.I.P.

GRAFICA No.21 SEGUNDO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

KILOCALORIAS INGERIDAS POR GRUPO DE EDAD

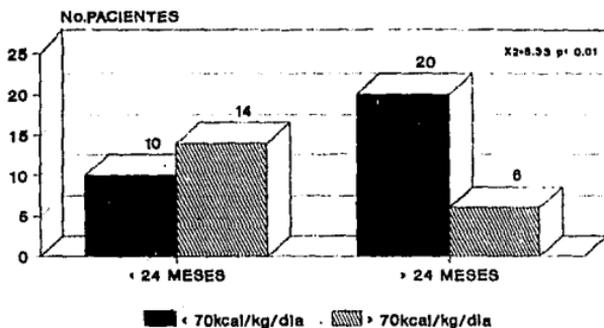


H.I.P.

GRAFICA No.22 TERCER DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

KILOCALORIAS INGERIDAS POR GRUPO DE EDAD

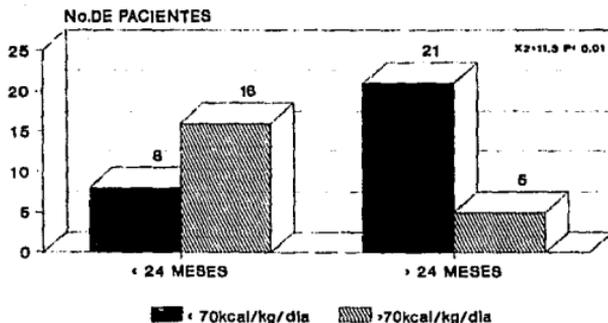


H.I.P.

GRAFICA No.23 CUARTO DIA DE ESTUDIO

ANOREXIA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS NIÑOS

KILOCALORIAS INGERIDAS POR GRUPO DE EDAD



H.I.P

GRAFICA N.24 QUINTO DIA DE ESTUDIO

DISCUSION

Los resultados presentados nos indican que la reducción -- en la ingesta calórica esta asociada con procesos infeccio-- sos comunes dentro de nuestra población, esto es comparable-- con los datos reportados por Brown (6), sin embargo en nues-- tro estudio encontramos una menor ingesta de alimentos en a-- aquellos pacientes que presentaban infección urinaria y res-- piratoria lo que no concuerda con los datos obtenidos por -- Briscoe (2). quien en su investigación reporta mayor disminu-- ción en el consumo de calorías en aquellos pacientes que pre sentaban infección gastrointestinal, aunque cabe mencionar -- en ninguno de los estudios se incluye un grupo con infec-- ción de vías urinarias, aunque si con infección de vías respi ratorias bajas. No encontramos alteraciones metabólicas que - pudieran correlacionarse con la presencia de anorexia como - se menciona en el artículo de Sarker (5) en donde se impli-- can alteraciones metabólicas (acidosis) como factores de --- riesgo para la presencia de anorexia.

La evolución del padecimiento tiene una relación estrecha con la presencia de anorexia encontrando en nuestro estudio-

una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.05$ comparado con el grupo que presentaba una evolución mayor de 7 días con los que presentaban una evolución menor a esta, lo anterior esta en desacuerdo con lo reportado por Bruce y Majid (6-9) quienes encontraron una mayor disminución de la ingesta durante el periodo agudo de la enfermedad (menos de 7 días), en niños con diarrea, no habiéndose estudiado esta relación en otras enfermedades infecciosas.

Encontramos que la fiebre se relaciona con la presencia de anorexia como también es reportado por Briscoe y Mata (2-4) quienes relacionaron a la fiebre como un factor de riesgo para la presencia de anorexia, sin embargo, no se encontró correlación entre el tiempo de evolución de la fiebre y la presencia de anorexia, siendo los resultados obtenidos no significativos estadísticamente con una $p < 0.05$.

En cuanto a los datos reportados en nuestro estudio sobre la edad en que es menor la ingesta de alimentos, encontramos una reducción más importante en el grupo mayor de 24 meses, lo anterior también ha sido descrito por otros autores como Williams (7) quien en su investigación reporta una mayor reducción en la ingesta calórica en el grupo de 40 y sesenta -

meses.

Otro factor que es mencionado por Mata (4) relacionado con la disminución en la ingestión de nutrientes es el pobre ofrecimiento que se les da en ocasiones a los pacientes durante la enfermedad, sin embargo, este factor no contribuyó en la presencia de anorexia en nuestros pacientes ya que el aporte calórico fue adecuado.

Por último cabe mencionar que los resultados son similares a los encontrados por los varios autores que han escrito sobre la materia, y que estas investigaciones han sido realizadas en países similares al nuestro'.

También mencionamos que este es el primer estudio sobre ingesta calórica que se realiza en el hospital.

CONCLUSIONES.

- 1.-Se observó disminución en la ingesta calórica en los tres grupos estudiados.
- 2.-La reducción en el consumo de calorías fue más importante en aquellos niños que presentaban infección de vías urinarias en comparación con los otros dos grupos y principalmente en relación con el que presentaba infección digestiva.
- 3.-Los niños mayores de 24 meses presentaron una disminución más importante en comparación con niños menores de esta edad siendo esta significativa estadísticamente.
- 4.-La presencia de anorexia no tuvo relación con el tiempo de evolución de la fiebre.
- 5.-El tiempo de evolución del proceso infeccioso mayor de 7-días se relacionó significativamente con la presencia de anorexia.
- 6.-No se encontraron alteraciones metabólicas que pudieran ser un factor de riesgo para la presencia de anorexia.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- William R. Impact of infection on nutritional status. Am J Clin Nutr 1977;30:1206-10.
- 2.- Briscoe J. The quantitative effect of infection on the use of food by young children in poor. Am J Clin Nutr 1979;32: 648-76.
- 3.- Bruce H y Lincoln C. Breast-feeding and food intake among children with acute diarrheal disease. Am J Clin Nutr 1980;-- 33:2365-71.
- 4.- Mata L, Kromal R, Urrutia J y cols. Effect of infection on food intake and the nutritional state: perspectives as viewed from the village. Am J Clin Nutr 1977;30:1215-27.
- 5.- Sarker S, Molla A, Rahaman. Food intake during and after recovery from diarrhea in children. Plenum Press 1983;20:113-- 23.
- 6.- Brown K, Black R, Becker S y cols. Effects of season and illness on the dietary intake of weanlings during longitudinal studies in rural Bangladesh. Am J Clin Nutr 1985;42:343-55.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

59

7.- Martorell R, Yarbrough C, Klein R y cols. The impact on the dietary intakes of malnourished children. Am J Clin Nutr 1980; 33:345-50.

8. Lechting A, Guzmán G y Habicht J. Morbilidad materna y crecimiento fetal en poblaciones rurales de Guatemala. Arch Latinoamer Nutr 1972; 22:255.

9.- Majid A, Sarker S y Rahaman M. Impact of supplementary --- food intake of breast milk in diarrhoea. Lancet 1983; 10:1349-1351.