



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



55

**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO  
DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS  
DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS  
CON DESNUTRICIÓN  
EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL  
"DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA"**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN

*Alejandra de la Luz Guerra Lepeda*

No. DE CUENTA 098608548

*Sandra Luz Toledo Castellanos*

No. DE CUENTA 098612367

ASESOR

*M. C. Julio Hernández Falcón*



Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social

MARZO DE 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

# Paginación Discontinua

## **DEDICATORIAS**

**A DIOS**

**Por darme vida, salud y acompañarme siempre.**

**A MI ABUELITA**

**Por darme su cariño, apoyo y por confiar en mí.**

**A FAUSTO, MI PADRE**

**Por su amor y cariño, te quiero.**

**ALEJANDRA.**

**A dios y a mis padres por haberme dado la vida.**

**A la memoria de mi abuelita cuyas creencias y valores me ayudaron en mi  
vida personal y profesional.**

**A esa personita especial que forma parte de mi, y que ha dado nuevas  
ilusiones a mi vida.**

**Y a todas aquellas personas que quiero y que me han apoyado en los  
momentos más difíciles e importantes.**

**SANDRA.**

## INDICE

	Página
RESUMEN.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. MARCO TEORICO.....	6
2.1 Nutrición y alimentación.....	6
2.2 Notas sobre los requerimientos nutricionales.....	11
2.3 Historia Natural de la Desnutrición.....	12
2.4 Métodos de diagnóstico (Evaluación).....	23
2.5 Desnutrición y desarrollo del niño.....	25
2.6 Perfil epidemiológico de la Desnutrición en México.....	27
2.7 Desnutrición energético-proteíca como problema global.....	30
2.8 La Desnutrición: Una enfermedad social.....	31
2.9 Participación de enfermería en el niño con desnutrición.....	34
III. MATERIAL Y METODOS.....	36
3.1 Justificación.....	36
3.2 Objetivos.....	37
3.3 Planteamiento del problema.....	38
3.4 Hipótesis.....	38
3.5 Variable estudio.....	39
3.6 Tipo estudio.....	44
3.7 Universo estudio.....	44
3.8 Unidades de observación.....	44
3.9 Criterios de inclusión, exclusión, eliminación.....	44
3.10 Universo muestra.....	45
3.11 Instrumentos.....	45
3.12 Validez y confiabilidad.....	45
3.13 Procesamiento estadístico.....	46

<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 Datos generales.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2 Datos específicos.....</b>	<b>52</b>
<b>4.3 Discusión y análisis.....</b>	<b>73</b>
<b>4.4 Propuestas.....</b>	<b>74</b>
<b>4.5 Conclusiones.....</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>82</b>

## INDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro N° 1 Edad sujeto estudio.....	48
Cuadro N° 2 Sexo sujeto estudio.....	49
Cuadro N° 3 Lugar de origen sujeto estudio.....	50
Cuadro N° 4 Nivel socioeconómico sujeto estudio.....	53
Cuadro N° 5 Escolaridad mínima de los padres sujetos estudio.....	54
Cuadro N° 6 Escolaridad mínima de los padres sujetos estudio.....	55
Cuadro N° 7 Actividad laboral de los padres sujetos estudio.....	56
Cuadro N° 8 Actividad laboral de los padres sujetos estudio.....	57
Cuadro N° 9 Ingreso económico sujetos estudio.....	58
Cuadro N° 10 Distribución de gastos sujetos estudio.....	60
Cuadro N° 11 Número de integrantes en la familia sujetos estudio.....	61
Cuadro N° 12 Religión sujetos estudio.....	62
Cuadro N° 13 Características de la vivienda sujetos estudio.....	63
Cuadro N° 14 Características de la vivienda sujetos estudio.....	64
Cuadro N° 15 Características de la vivienda sujetos estudio.....	65
Cuadro N° 16 Disponibilidad de servicios básicos de urbanización sujetos estudio.....	66
Cuadro N° 17 Disponibilidad de servicios básicos de urbanización sujetos estudio.....	67
Cuadro N° 18 Disponibilidad de servicios básicos de urbanización sujetos estudio.....	68
Cuadro N° 19 Características de los alimentos sujetos estudio.....	70
Cuadro N° 20 Uso de servicios de salud sujetos estudio.....	71
Cuadro N° 21 Peso al nacer de niños menores de seis meses sujetos estudio.....	72

## RESUMEN

Durante el año 2001, como alumnas de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia realizamos la presente investigación sobre las características socioeconómicas prevalecientes en niños menores de cinco años que padecen desnutrición en sus diversos estadios, hospitalizados en el Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascasio Gamboa", durante el periodo comprendido del 11 de julio al 11 de agosto del año 2001; encontrando que la edad en que más prevaleció la desnutrición fue en niños de 1 mes a un año de edad, del sexo masculino.

Los factores socioeconómicos que destacaron en nuestra población de estudio fueron: grado de escolaridad bajo en los padres, cuya actividad laboral es la agricultura básicamente, ingreso económico de menos de \$500.00 quincenalmente, los cuales son distribuidos principalmente en alimentación, vestido y vivienda, familias integradas por 2 a 8 miembros, que practican la religión católica en su mayoría, habitan en casas construidas con piso de tierra, paredes de ladrillo, lámina o madera y techo de lámina o teja, en cuanto a la disponibilidad de los servicios básicos de urbanidad (luz eléctrica, agua potable y drenaje), un porcentaje elevado aun no cuenta con ellos, la alimentación está basada principalmente por verduras, huevos y leguminosas, estas familias hacen uso de los servicios de salud únicamente en caso de enfermedad; dentro de los sujetos de estudio se detectaron ocho niños menores de 6 meses los cuales en un 75% pesaron entre 2.5 a 3.0 kilogramos al nacer.

Con el propósito de conocer y determinar cuales fueron son las características socioeconómicas coadyuvantes en la desnutrición en niños menores de cinco años, la metodología utilizada para este fin fue mediante la aplicación de entrevistas a través de encuesta .

Los resultados referente a los datos generales nos demuestran que el 45.45% de los sujetos estudiados se encuentran en el grupo de edad de un mes a un año, con relación al sexo el 69.69% correspondió al masculino.

Dentro de los datos específicos el 93.93% corresponde al nivel socioeconómico bajo, en la escolaridad mínima del padre es el 39.39% es primaria incompleta y de la madre un 48.48%, referente a la actividad laboral del padre es un 51.51% que se dedica al campo y lo que respecta a las madres un 87.87% dedicadas al hogar, en relación al ingreso económico un 66.66% gana menos de \$500.00 pesos quincenalmente, en cuanto a la distribución de gastos un 57.57% le da importancia a la alimentación, vestido y vivienda (por orden de importancia), respecto al número de integrantes por familia en el 45.45% de ellas, se integran con 2 a 4 personas, un 36.36% de 4 a 6 y un 18.18% de 6 a 8 personas, en relación a la religión un 66.66% son católicos, referente a las características de la vivienda el 69.69% tiene piso de tierra, paredes un 66.66% corresponde a otro material diferente a ladrillo, lámina o madera, techo en un 36.36% corresponde a otro material de lámina. En relación a la disponibilidad de servicios básicos de urbanización un 30.30% no cuenta con luz eléctrica , en un 39.39% no cuenta con agua potable y un 67.67% no cuenta con drenaje, con respecto a las características de los alimentos el 66.66% consume verduras, huevos y leguminosas, en relación al

uso de servicios de salud un 72.72% solo acude en caso de enfermedad y en lo que respecta al peso de nacimiento de los niños menores de seis meses fue de 2.5 a 3.0 Kg. que corresponde a un 75%.

Por todo lo anterior se concluye que todos los factores socioeconómicos aquí estudiados estuvieron presentes, en un porcentaje elevado en todos los casos de desnutrición detectados, por lo que se establece que estos factores en conjunto se presentan concomitantemente y además fueron determinantes para la presencia de desnutrición.

En base a los resultados generados, nosotras como enfermeras proponemos que la atención de estos problemas sea enfocado en el Primer Nivel de Atención, integrando un servicio de consulta de Enfermería Materno Infantil personalizada, realizando actividades de vigilancia sistemática de crecimiento y desarrollo del niño sano, que acude a la consulta, y principalmente vigilancia y seguimiento estrecho del niño desnutrido, tomando en cuenta también a la mujer embarazada para evitar nacimientos de niños con bajo peso. Así mismo se involucrara al sistema de salud tradicional presente en la comunidad, integrado por parteras, empíricos, etc. para que ellos a su vez sean los que hagan participe a su misma comunidad con los sistemas de salud moderno ( enfermeras y médicos ), asignar promotores de salud quienes deberán detectar y vigilar niños con desnutrición en zonas marginadas donde no existan clínicas de salud.

## I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición, desde hace muchos años se ha venido presentando como un problema social y económico en donde los niños menores de cinco años que se encuentran en etapa de crecimiento y desarrollo son los más afectados, por que dependen de terceras personas para su alimentación, las que a veces no tienen los recursos necesarios para ello.

Actualmente la desnutrición ha alcanzado cifras de hasta 35 millones de niños menores de cinco años, que van desde un desnutrición leve hasta una aguda y que la mayor parte de esta población habita en el sur-sureste de nuestro país concentrándose en los estados de Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Tabasco.

En este trabajo de investigación se incluyen temas como Nutrición y alimentación donde se habla del mantenimiento de una buena nutrición que es esencial para desarrollar una actividad completa como para prevenir las enfermedades.

En el apartado de notas sobre los requerimientos nutricionales se enumeran aspectos importantes que se deben de tomar en cuenta para la adecuada nutrición.

Se incluye la historia natural de la desnutrición donde se dan a conocer las diferentes clasificaciones, cambios fisiológicos en el niño y cuadros clínicos. Así como también los métodos de diagnóstico que existen para la detección de la desnutrición.

Se hace especial mención de las consecuencias de la desnutrición en el niño que se encuentra en pleno crecimiento y desarrollo y que en un futuro repercutirá en su vida adulta.

Dentro del perfil epidemiológico de la desnutrición, se proporcionan datos estadísticos de lo que ha sido y es la desnutrición en nuestro país. De igual manera se incluye un apartado de la desnutrición como problema global.

También incluimos un documento donde se aplica a la desnutrición el termino de enfermedad o problema social por ser consecuencia de la pobreza, miseria y de la sociedad egoísta y materialista.

Es importante recalcar que la participación de enfermería es importante en la prevención y detección de la desnutrición en niños por lo que se enumeran algunas medidas en los diferentes niveles de prevención.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

El conocimiento de las necesidades nutricionales constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier período de la vida y en diferentes condiciones ambientales.

Se entiende por NUTRICIÓN al conjunto de procesos merced a los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza elementos químicos contenidos en los alimentos. Estas sustancias constituyen los materiales necesarios y esenciales para el mantenimiento de la vida.

ALIMENTACIÓN es, en cambio, tan sólo la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano esos alimentos que son los indispensables.<sup>1</sup>

El mantenimiento de una buena nutrición es esencial tanto para desarrollar una actividad completa como para prevenir las enfermedades.

Desde una perspectiva nutricional, los mecanismos que controlan el apetito y la conducta alimentaria tienen como objeto mantener una ingesta energética adecuada a las necesidades de los adultos sanos, del crecimiento en el niño y a las necesidades de la gestación y la lactancia.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.gob.gba.gvo.ar/cdi/documentos/unicef98/mainmesp.htm>

<sup>2</sup> Isselbacher, Kurt J., Braunwald, Eugene, et al. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 13ª edición. Volumen I Madrid; España, Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill 1994. P.p.509

## 2.2 ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MENOR DE SEIS AÑOS

- Las recomendaciones sobre el aporte de energía salen de lo sugerido por la FAO/OMS/UNU en 1985 que tienen en cuenta gasto energético total, incluye energía acumulada en los tejidos en crecimiento, y el costo energético para sintetizar estos tejidos.
- Se considera que en los primeros seis meses de vida las necesidades de energía de un niño nacido de término puede ser satisfecha con lactancia materna exclusiva.
- En el calculo de las recomendaciones para niños menores de seis meses hay dos posibilidades: que la fuente de proteínas sea de origen animal principalmente, o de origen vegetal.
- Las recomendaciones con respecto a las proteínas debe apuntar a permitir un balance positivo de Nitrógeno, y a ganancia de peso y talla.
- Se sugiere que en niños entre seis y doce meses, el 50% de proteínas que reciben son de origen animal y en el niño de uno a cinco años este porcentaje es de 20 a 40%.
- En Latinoamérica, la fuente más común de estas proteínas son la leche de vaca y huevos; pero el consumo de carne de pollo, cerdo o pescado tendrían otras ventajas adicionales, como aumentar el aporte y la

biodisponibilidad de varios micronutrientes en la dieta como hierro, zinc, y algunos ácidos grasos esenciales.

- Para poblaciones más carenciadas, cuyas dietas se basan fundamentalmente con alimentos de origen vegetal se recomienda mezclar cereales y leguminosas que satisfagan las necesidades de aminoácidos esenciales. En general combinar 75% de cereales con 25% de leguminosas proporciona una cantidad aminoácidos esenciales.
- La ingesta de grasas en el primer año de vida es fundamentalmente para aportar energía.
- Los niños alimentados con leche materna tienen un aporte de energía dada por grasa del 40 – 60%. Esta proporción baja al 30 – 40% cuando se introducen semisólidos siendo generalmente cereales y frutas con bajo contenido de grasa.
- No se recomienda limitar en menores de dos años la ingesta de grasa con respecto a cantidad y tipo de la misma.
- Después de los dos años, se recomienda limitar grasa al 30% de energía total y los ácidos grasos saturados al 10%.
- Se recomienda también la ingestión de 300mg/diarios de colesterol.

- El límite en ingesta de huevos o de grasas animales, debe ser amplio, ya que estos alimentos son a veces única fuente de proteínas animales y de grasas que dan densidad energética adecuada.
- Los ácidos grasos esenciales (AGE) son el 4 – 5% de la energía total. En los menores de un año es importante para el desarrollo cerebral que la dieta contenga ácido araquidónico y decosahexaenoico. Esto se logra con ingesta de leche materna o incorporando alimentos como yema de huevo, hígado y carne.
- Los carbohidratos no son esenciales en la dieta, pero representa la mayor fuente de energía alimentaria, después del primer semestre de vida.
- En los primeros tres meses de edad, el niño aún no tiene capacidad para digerir almidones y otros carbohidratos complejos, por lo que la dieta debe tener cantidades adecuadas de azúcares simples.
- Los almidones de la dieta son buena fuente de energía, como complemento de lactancia. Deben estar procesados, cocidos o precocidos para facilitar su digestión.
- Recordar que retienen agua y al cocinarse aumentan su volumen y disminuyen su densidad calórica.

- La fibra (carbohidratos no digeribles) no se deben restringir en la dieta de un niño , ya que aporta vitaminas.
- El ácido pantotéico, biotina y la vitamina K son nutrientes esenciales, no se dan recomendaciones por que su deficiencia dietética es casi inexistente.
- La deficiencia de la vitamina D, en niños expuestos al sol por lo menos una hora diaria, no existe se deben suministrar en niños en climas muy fríos con ropa que cubra toda la piel de los mismos.
- Los niños alimentados a pecho, y expuestos al sol, no requieren aporte adicional de vitaminas, a menos que su madre sea vegetariana, en este caso suministrar vitamina B12.
- Se estima que un niño sano de termino no requiere suplementos antes de los seis meses, si está siendo alimentado a pecho.
- Hay dietas que dan mayor biodisponibilidad en minerales, ejemplo: carnes, pescados, pollo o la vitamina C con respecto al hierro.
- Las dietas pobres en filatos, taninos y fibra también mejoran biodisponibilidad, por que estos inhiben absorción de minerales.

- En el caso del hierro, los menores de seis meses, sanos de término, alimentados a pecho, no requieren aporte de este elemento. Si es necesario en mayores de cuatro meses a menos que ingieran fórmulas fortificadas. Esto debe mantenerse hasta los dos años, donde la dieta es más completa y la velocidad de crecimiento del niño se reduce.
- La recomendación de hierro en menores de 2 años son 10 mg/día.
- Las recomendaciones de calcio son 500 mg/día en menor de un año.<sup>3</sup>

### 2.3 NOTAS SOBRE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

- La velocidad de crecimiento es una variable que modula los requerimientos nutricionales en el niño.
- El niño cuanto más pequeño es , es más hidrodépendiente.
- Pasada la primera infancia existe una gran variabilidad individual en los requerimientos energéticos.
- En nuestro medio uno de los errores dietéticos más frecuentes es el aporte excesivo de proteínas.
- La calidad y proporción de los distintos ácidos grasos es tan importante o más que el aporte total de grasas.

---

<sup>3</sup> <http://www.elizalde.gov.ar/alimentación/dieta2.htm>

- En el lactante la lactosa debe ser el hidrato de carbono predominante.
- La leche materna es deficitaria en Vitamina D por eso se deben administrar 300UI/día los seis primeros meses y 400 luego. De Vitamina K lo es en los primeros días.<sup>1</sup>

## **2.4 HISTORIA NATURAL DE LA DESNUTRICIÓN**

### **Desnutrición Primaria**

Es el síndrome clínico debido a un balance negativo de nutrientes por carencia alimenticia fundamentalmente acompañada por carencia de estimulación neuropsicoafectiva y que afecta a lactantes y a niños de estratos sociales con graves carencias socio-económicas-culturales.

La desnutrición se manifiesta por pérdida y/o falta de progreso de peso, con peso inferior a lo normal y finalmente consumo de las propias reservas grasas y autofagia proteínica. Es una regla sin excepción que la desnutrición afecta principalmente al niño menor de 6 años por su rápido crecimiento, ya que tiene requerimientos nutritivos que son más elevados, específicos y difíciles de satisfacer. Por otra parte ellos dependen de otras personas para su alimentación, las que a veces no tienen los recursos necesarios.

---

<sup>1</sup> <http://www.gob.gba.gvo.ar/cdi/documentos/unicf98/mainesp.htm>

**La desnutrición puede ser:**

**1.- Dependiendo del tipo de nutriente:**

**a) Específica:** Cuando falta un nutriente bien determinado. Ejemplo:

Anemia = Falta de hierro.

Raquitismo = Falta de vitamina D.

Escorbuto = Falta de vitamina C.

Cretinismo = Falta de Yodo.

**b) Global:** La deficiencia nutricional, tanto calórica como proteica, es la entidad médicosocial más importante en todo el mundo, en virtud de su elevada prevalencia, mortalidad y secuelas.

**2.- Dependiendo de la causa:**

**a) Primaria o carencia:** Por oferta inadecuada de alimentos (déficit de ingestión) en virtud de condiciones socioeconómicas desfavorables. Carencias prolongadas.

**b) Secundaria sintomática:** Aprovechamiento inadecuado de alimentos recibidos en forma correcta. La pérdida de peso es transitoria y sintomática de una enfermedad que altera el apetito y más los requerimientos calórico proteicos (enfermedades infecciosas, agudas o crónicas, neoplasia), altera la absorción de los alimentos (celiaca) o su metabolización (diabetes). Este tipo de desnutrición desaparece al curar la enfermedad que le dio origen.

## **Manifestaciones de la desnutrición energético-proteica (DEP) o desnutrición calórico-proteica (DCP)**

**a) Universales:** Presentes en todo los desnutridos. Son de naturaleza bioquímica (hipoalbuminemia, hipocolesterolemia, hipoglucemia, etc.) y traducen tres procesos fundamentales de la desnutrición.

Dilución = Bioquímica

Disfunción = Hipo función en el desenvolvimiento neuromotor.

Depleción = Distrofia, atraso en el crecimiento físico.

Este proceso lleva a una:

Desaceleración = Casos leves de crecimiento.

Interrupción = Casos moderados.

Involución = Casos graves.

**b) Circunstanciales:** Son de naturaleza clínica (Ej.: edema, alteración de cabellos y de piel) y se combinan de diversas maneras, dando los diferentes cuadros clínicos, con dos extremos bien definidos: marasmo y kwashiorkor, con numerosas formas intermedias o indeterminadas.

**c) Agregados:** Pueden depender:

1.- Dolencia primaria que provoca desnutrición. Ej. Vómitos en estenosis, hipertrofia del piloro.

2.- De las complicaciones de la desnutrición:

a) Infección intercurrente, EDA, IRA con neumonía.

## b) Disturbios hidroelectrolíticos y deshidratación.

La desnutrición pluricarencial o primaria facilita la instalación de infecciones, que la agravan, cerrando un círculo vicioso (desnutrición más infección y mayor desnutrición) y es causa de fondo de la alta morbi-mortalidad infantil en países subdesarrollados.

## Particularidades del desnutrido

### 1.- Alteración gastrointestinal

- a) Masticación y deglución.
- b) Atrofia de la mucosa gástrica e hipoclorhidria con enflaquecimiento de la barrera a las bacterias.
- c) Páncreas: Disminución de amilasa, lipasa, tripsina y quimiotripsina.
- d) Hígado: Disminución de la síntesis de las sales biliares y de su conjugación.
- e) Intestino delgado:
  - 1.- Aumento del crecimiento bacteriano que lleva a la desconjugación de los ácidos biliares, hay reducción de las sales biliares conjugadas, con alteración en la digestión.
  - 2.- Reducción de las disacaridasas lactosa.

### 2.- Metabolismo de las proteínas

Hay buena absorción y utilización de las proteínas de alto valor biológico (proteínas animales). A causa de las reservas cutáneas y muscular, el

proteínograma plasmático permanece bastante tiempo sin alteraciones, pero a la larga surge la disproteinemia, más evidente en el kwashiorkor, con disminución temprana del Na-aminico, expresión del balance nitrogenado alterado.

### **3.- Metabolismo de las grasas**

- a) Ingestión insuficiente (la fuente de grasa animal es carente en la dieta del desnutrido).
- b) Digestión deficiente (por déficit de lipasa y sales biliares conjugadas).
- c) Absorción deficiente (50% contra 85% que es lo normal).

### **4.- Metabolismo de los hidratos de carbono**

- a) Insuficiencia pancreática, baja producción de disacaridasas y lactasa ( en el edematizado, en el marasmático con diarrea crónica).
- b) Lesión estructural del intestino delgado; neoglucogénesis comprometida en virtud de la baja reserva funcional adrenal.
- c) Movilización defectuosa: consumo periférico disminuido.

**Consecuencia:** todo lo anterior lleva a un disturbio en la absorción y utilización de los hidratos de carbono que produce hipoglucemia.

### **5.- metabolismo de agua y electrolitos**

- a) Hipotonicidad extracelular y edema intracelular.

- b) Dilución hiposmolar, hiponatremia (sodio intracelular aumentado), potasio sérico normal o bajo.
- c) Electrolitos intracelulares: potasio, magnesio y fósforo disminuidos.
- d) Poliuria con orina hipotónica (nefropatía temporaria por déficit de potasio).
- e) Alteración del equilibrio ácido-base: tendencia a acidosis metabólica, a veces alcalosis metabólica en las deficiencias graves del potasio.

## **Clasificación**

1.- Según Sedame y Lathan, basándose en tres variables:

Peso (P), estatura (E) y P/E

- a) Eutrófico = P, E y P/E normal.
- b) Desnutrición Aguda = E – normal, P – bajo, P/E bajo.
- c) Desnutrición crónica evolutiva = P – bajo, E – baja, P/E bajo.
- d) Enanismo nutricional = P – muy bajo, E – muy baja, P/E normal

2.- DEP primaria o secundaria.

3.- En cuanto a la intensidad de la DEP:

De acuerdo al déficit del peso corporal sobre el esperado y normal para la edad, la desnutrición calórica o mixta puede tener tres grados, con riesgos crecientes de enfermar y morir.

Grado 1 (leve): Déficit ponderal del 10-24%

Grado 2 (moderado): Déficit ponderal del 25-39%

Grado 3 (grave): Déficit ponderal del 40%

4.- Tipos de la desnutrición en DEP de tercer grado, hay que determinar la forma clínica:

### **Kwashiorkor:**

Descrito por primera vez en niños africanos. Desnutrición por carencia alimenticia predominantemente proteica, alimentación en base de harinas u otros aportes pobres en proteínas.

### **Cuadro clínico**

Edad predominantemente 2 a 3 años (lactante mayor y preescolar)

1.- Aspecto general = extrema miseria.

2.- Apatía mental = nunca sonríen, llama la atención la gran indiferencia a los estímulos del mundo externo.

3.- Posición preferencial = encogidos, cubiertos, en la oscuridad. La actitud general es peculiar: permanecen postrados sobre la cama, con los miembros flexionados, estatuarios o en la posición que se les deje.

4.- Gran enflaquecimiento del tórax y segmento proximales de los miembros y edema de los segmentos distales. A veces puede llegar al anasarca.

5.- Lesiones de piel, áspera, seca, fría, sin brillo, descamación, melanosis, lesiones pelagrosas, eritema, despigmentación con hiperpigmentación de los bordes. Queratosis folicular, fisuras lineales en flexuras: acrocianosis, escaras piodermitis secundarias.

La descamación puede ser fría o en láminas, a veces en colgajos. La melanosis, en áreas de la piel expuestas a la luz solar.

Petequias o alteraciones púrpuricas, de mal pronóstico.

6.- Cabellos finos, secos, quebradizos, fácilmente se caen (alopecia). Si la desnutrición se prolonga, con varias recaídas, puede aparecer la señal de la bandera, franjas de coloración clara y oscura.

7.- Uñas: finas, quebradizas, sin brillo, crecen poco.

8.- Mucosas: lengua con glositis de color rojo vivo por carencia de ácido nicotínico o de color violeta por déficit de riboflavina. Puede haber hipertrofia de las papilas, retracción y lesiones de las encías, labios rajados sangrantes, lesiones comisurales, atrofia papilar de la lengua.

9.- Ojos: alteración de la conjuntiva, córnea, manchas, queratomalacia, úlceras, xeroftalmia, puede llegar a la ceguera. Sequedad conjuntival y falta de lágrimas todo ello traduce la deficiencia de complejo B y vitamina A y C.

10.- Huesos: osteoporosis, líneas de parada de crecimiento, edad ósea retardada (proporcional al peso y no a la edad cronológica). Adelgazan de la cortical e intensificación de la línea de calcificación provisional.

11.- Sistema nervioso: retardo neurosicomotor, atrofia cortical y/o subcortical, retraimiento o irritabilidad. Menor PC con disminución de masa cerebral, alteración neuronal con disminución del árbol destrítico y la orientación

aberrante de la acción neuronal. Puede haber alteraciones bioquímicas, neurofisiológicas, metabólicas, bioeléctricas y funcionales que pueden ser reversibles si durante el tratamiento estos niños son sometidos a estimulación psicoafectiva temprana.

12.- Vómitos, diarrea, anemia, edema. La anemia es de tipo carencial de mediana intensidad e hipocromía. A veces hay anemia megaloblástica, que responde a la administración de ácido fólico o vitamina B12.

13.- Hepatomegalia, por acumulación grasa de los hepatocitos. La exploración del funcionamiento hepático demuestra alteraciones de la prueba de floculación.

14.- Alteraciones bioquímicas (hipoalbuminemia) intensas (menor proporción de las alfa globulinas y de las beta globulinas).

15.- Compromiso del sistema circulatorio, cuyos principales síntomas son: hipotensión, baja de la FC y tiempo de circulación prolongado. En el ECG puede haber anomalías como bajo voltaje y aplanamiento de las ondas.

16.- Alteraciones inmunitarias: la desnutrición es la causa más frecuente de inmunodeficiencia. Los efectos principales se observan a nivel de la inmunidad celular, sistema de complementos, actividad fagocítica y respuesta de la IgA secretoria.

17.- Termorregulación: la termilabilidad es una característica que en el niño desnutrido se representa por la escasez del panículo adiposo y el aumento relativo de la superficie corporal con mayor pérdida de calor y con menor termogénesis por trastorno del metabolismo. Las alteraciones de la termorregulación, con tendencia a la hipotermia, se deben además al compromiso de los centros superiores hipotalámicos.

### **Marasmo**

La desnutrición por carencia alimentaria prevalentemente calórica comienza en los primeros meses de vida. Ocurre con mayor frecuencia en el lactante (1-2 años) aunque puede aparecer también en edades avanzadas.

1.- Se caracteriza por un gran enflaquecimiento alcanzando la pérdida ponderal al 40% o más con relación a la edad; hay pérdida del tejido graso (emaciación) que compromete no sólo la pared abdominal y la cintura escapular y pelviana, sino también las mejillas. La pérdida de grasa provoca ojos hundidos, mejillas deprimidas (fácies de viejo o de Voltaire), nalgas colgantes o en tabaquera, resaltos óseos.

2.-El pliegue cutáneo, tomado con pinzas calibradas, es menor a 10 mm. La piel aparece arrugada, de color pálido grisáceo, seca, contrastando a veces con el enrojecimiento intenso de las mucosas.

3.- Es frecuente el enfriamiento distal. A nivel de prominencias óseas, la piel aparece delgada y brillante y hasta con ulceraciones que se infectan y son difíciles de mejorar. Son comunes las manifestaciones eritema-erosivas de la

región gluteogenital. Las masas musculares están más reducidas y el tono muscular puede ser muy variable. Hay autofagia proteica (hipotrofia muscular) y en los períodos muy avanzados (atrepsia, descomposición, caquexia), detención del crecimiento estatural.

4.- Hay compromiso del estado psíquico: aun cuando está conciente y en apariencia preocupado por el ambiente que lo rodea, rara vez está tranquilo y alegre; por lo general es irritable e intranquilo, o apático y somnoliento. Puede succionarse los dedos o llanto débil y monótono sin causa aparente.

5.- Existe compromiso de las funciones vitales, sin que haya infecciones que lo expliquen; hay enfriamiento de los segmentos distales de las extremidades. El pulso es muy difícil de aparecer por su escasa tensión y puede ser irregular.

6.- En el abdomen: con pared delgada se puede observar asas intestinales distendidas; es común el meteorismo, que puede ser muy intenso. En períodos avanzados, hay atrofia de vellosidades intestinales con mala absorción y diarrea recurrente y prolongada.

7.- Las proteínas plasmáticas son normales o están ligeramente bajas. Las alteraciones hematológicas son muy significativas, si es que no hay complicaciones.

8.- Por lo general no hay anemia y la hemoglobina es normal, si hay alteraciones de glóbulos rojos su vida media es normal. El recuento leucocitario es bajo.

9.- Los signos de deficiencia de hierro son menos frecuentes en estos niños, que en niños normales. Pero si se inicia la recuperación, la anemia y la deficiencia de hierro se hacen evidentes.

10.- Las infecciones son muy frecuentes y contribuyen a agravar la desnutrición, siendo casi siempre la causa de la muerte.

11.- Puede dejar secuelas (retraso psiconeuromadurativo, cirrosis hepática). En las carencias crónicas se modifica el metabolismo y se adapta a las condiciones carenciales.

## **2.5 METODOS DE DIAGNÓSTICO**

Se llega al diagnóstico precoz por controles periódicos programados de salud cuando se evidencia curva de peso en descenso y/o por debajo del percentil con antecedentes de los tres tipos de carencia mencionadas y en especial la alimentación.

El diagnóstico de desnutrición se basa, fundamentalmente en la anamnesis y el examen físico completo. Las formas ocultas pueden diagnosticarse tempranamente tomando en cuenta el nivel de riesgo (factores orgánicos, psicoafectivos, socioeconómicos, culturales).

El examen físico debe completarse con estudios bioquímicos a fin de prevenir la aparición de las alteraciones funcionales, somáticas y psíquicas.

El Comité de Antropometría Nutriológica de la Oficina de Alimentos y Nutrición del Consejo Nacional de Investigación de México propone los siguientes parámetros.

- Peso y talla.
- Circunferencia cefálica, braquial, torácica y de la pierna.
- Diámetro biacromial y bicrestal.
- Pliegue cutáneo brazo y tórax.
- Edad ósea
- Numero de dientes.

### **Métodos de análisis de consumo alimentario**

La historia dietética permite determinar el patrón de consumo alimentario usual.

### **La exploración antropométrica**

La antropometría nutricional pretende evaluar las dimensiones y proporciones corporales, al mismo tiempo que valora algunos aspectos macroscópicos de la composición corporal y sus variaciones. La medición repetida en el tiempo de diferentes parámetros antropométricos y su comparación con sus patrones de referencia permite detectar precozmente desviaciones de la normalidad y controlar la evolución del estado nutricional y la respuesta al tratamiento establecido.

**Peso.-** Debe determinarse con el niño desnudo (lactantes) o bien en ropa interior ligera, descalzo (niños mayorcitos).

**Talla.-** Para la determinación de la talla se utilizan estadiómetros. Con una precisión mínima de 0,5 cm.

**Perímetro craneano.-** Se obtiene colocando una cinta métrica inextensible – precisión 1 mm alrededor de la cabeza, de manera que cruce la frente sobre la glabella y los arcos superciliares y, en la parte posterior, sobre la parte más prominente de occipucio.

**Pliegues cutáneos.-** Los pliegues cutáneos permiten medir la depleción o el exceso de los depósitos de grasa. Se pueden tomar en diferentes localizaciones, aunque los más utilizados son el pliegue tricípital, bicipital, subescapular y suprailíaco.<sup>4</sup>

## 2.6 DESNUTRICIÓN Y DESARROLLO DEL NIÑO

Existen numerosas pruebas de que la desnutrición provoca un retraso permanente en el crecimiento; la repercusión de ese retraso tiene importantes implicaciones sociales. La recuperación dependerá en parte de la edad a la que se ha sufrido la desnutrición, pero fundamentalmente lo hará el entorno al que vuelven los niños tras al tratamiento.

---

<sup>4</sup> <http://www.indexmedico.com/publicaciones/revista/boliviainstitutosucre/edición/byron>

El riesgo más grave es el del posible efecto sobre el crecimiento del cerebro; se cree que la desnutrición afecta al crecimiento encefálico y al desarrollo intelectual, fundamentalmente durante el período de máximo crecimiento. El niño no se recuperará una vez transcurrido ese período aunque reciba una buena alimentación.

La desnutrición puede truncar el pleno desarrollo de las potencialidades físicas, y tener un efecto directo sobre la constitución del individuo adulto.

La desnutrición puede influir en otros aspectos como la personalidad, la capacidad física y el comportamiento, no sólo del niño sino del adulto.

La falta de desarrollo físico va acompañada también de un escaso desarrollo psicológico. Los niños desnutridos tienen dificultades para las relaciones interpersonales, problemas que pueden surgir desde muy temprano. En el entorno social en el que nacen influyen en su desarrollo posterior.<sup>5</sup>

Los pequeños tienen casi todas las funciones del organismo disminuidas. Disminuyen su actividad física, casi no juegan, está disminuida su capacidad digestiva, no digieren bien y no absorben los nutrientes bien, esta disminuida la capacidad respiratoria, cardíaca y del hígado y tiene pocas posibilidades de aprender.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Sacharin, Rosa M., *Enfermería Pediátrica*, 2ª Edición, Madrid, España, Editorial Interamericana de España, Mc Graw-Hill, 1989, p.p. 655

<sup>6</sup> <http://www.alminuto.com/content/es079B3740.htm>

## **2.7 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA DESNUTRICIÓN EN MÉXICO**

La desnutrición infantil es uno de los principales problemas de salud en México. Nuestro país comparte con países tan pobres como Honduras, Bolivia y Haití, los mayores grados de desnutrición infantil en todo el continente. A pesar de tener más recursos que otros países así como mayor infraestructura para llevar a cabo acciones y programas de alimentación, no se logre un impacto sustancial en el mejoramiento del estado nutricional e incluso, la erradicación de la desnutrición.

Cabe mencionar que los niños menores de 5 años de edad son los más vulnerables a padecer desnutrición, puesto que se encuentran en pleno crecimiento y desarrollo, y de estar desnutridos, son más susceptibles a enfermedades, y porque un buen porcentaje de los niños menores de 5 años siguen muriendo a causa de la desnutrición.

Según cifras de UNICEF reportadas en el “Estado Mundial de la Infancia, 1996” en México el 12% de los niños nacen con bajo peso, el 14% de los niños menores de cinco años , presentan desnutrición aguda de tipo moderado a severo, y el 22% desnutrición crónica.<sup>7</sup>

De 1988 a 1999 se logra disminuir el porcentaje de desnutrición crónica de 22.8 % a 17.7 %.

---

<sup>7</sup> <http://terra.com.mx/jpgutiérrez/sabores/desnut.htm>

La Encuesta Nacional de Nutrición, realizada en 1999, indica que 17.7 % de los niños mexicanos, 2 millones de un total de 11 millones 428 mil sufre desnutrición crónica, identificada como baja talla respecto a la edad.

Un 7.5 % , alrededor de 850 mil menores, padece desnutrición moderada, al presentar bajo peso.

Los desnutridos preescolares severos, identificados frecuentemente con los menores africanos, presentan el 2 % de la población infantil mexicana.

Lo grave es que la desnutrición afecta principalmente a niños de entre uno y dos años.

Entre los estado más golpeados del país por el hambre figuran, justamente, algunos de los más pobres: Chiapas, Oaxaca, e Hidalgo.

El mayor número de desnutridos vive en zonas rurales, donde se producen los alimentos destinados a las ciudades.

Mientras en las ciudades diez por ciento de los niños tienen una talla más baja que la que corresponde a su edad, el porcentaje se incrementa a 31 por ciento en el campo.

Tan solo en 1997, mil 201 bebés murieron por deficiencias en la alimentación durante su primer año de vida y 653 más fallecieron en el grupo de uno a cuatro años.

La desnutrición, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadísticas, es la cuarta causa de mortalidad infantil.<sup>6</sup>

El informe estadístico de la infancia 2000 informa que en los últimos 20 años aumentó a 1200 millones, es decir, una de cada 5 personas, incluidos unos 600 millones de niños, viven en la pobreza.

En América Latina, casi el 40 % de las familias viven 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.<sup>4</sup>

Cifras actuales nos rebelan que 35 millones de infantes menores de cinco años padecen problemas de desnutrición que van desde leve hasta aguda. La mayor parte de esa población habitan en el sur-sureste de nuestro país, concentrándose en los estados de Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Tabasco.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> <http://www.alminuto.com/content/es079f3740.htm>

<sup>4</sup> <http://www.indexmedico.com/publicaciones/revista/boliviainstituto sucre/edicion/byron>

<sup>8</sup> <http://www.cimac.org.mx/noticias/01abr/01042705.htm>

## **2.8 LA DESNUTRICIÓN ENERGÉTICO PROTEÍCA COMO PROBLEMA GLOBAL**

El descubrimiento de la Desnutrición Energético Proteica surgió de estudios en las zonas tropicales en los que se dedicó especial atención al problema de los niños. Los niños en edad preescolar, sobre todo los de 1 a 2 años de edad son los más sensibles a la DEP. dependen de los demás para determinar la cantidad y calidad de la ingesta alimentaria, sus necesidades de energía y proteínas son sustancialmente mayores por unidad de peso y los hábitos poco higiénicos y la inmadurez de su sistema inmunitario hacen que sea más susceptibles a las infecciones. En especial las infecciones gastrointestinales constituyen un desencadenante fundamental de la DEP en lactantes y niños, ya que dichas enfermedades producen una alteración de los hábitos alimenticios, vómitos, disminución de la absorción intestinal, aumento de las necesidades metabólicas y elevación de las pérdidas metabólicas.

La Organización Mundial de la Salud calculó en 1983 que más de 300 millones de niños tenían retraso del crecimiento debido a la mala nutrición.

En los niños menores de 5 años, la prevalencia de desnutrición en nuestro país aun es muy grave. Según cifras de UNICEF reportadas en el "Estado Mundial de la Infancia, 1996", en México el 12 % de los niños nacen con bajo peso, el 14 % de los niños menores de 5 años presentan desnutrición aguda de tipo moderado a severo, y el 22% desnutrición crónica.<sup>2</sup>

## 2.9 LA DESNUTRICIÓN, UNA ENFERMEDAD SOCIAL

Un mundo cuyo modelo social da lugar a que mucha gente muera de hambre a pesar de que existen alimentos suficientes para todos, solo que su distribución no se basa en criterios de justicia ni de necesidades sino estrictamente económicos.

La desnutrición, desbalance entre los nutrientes requeridos y los ingeridos, es una enfermedad que si bien es de origen multifactorial podemos diferenciar en dos grandes ramas: la secundaria, que es la resultante de otro proceso patológico previo, y la primaria o social que es la que resulta de la pobreza, de la falta de acceso de amplios sectores de la población a los alimentos necesarios.

Alimentarse es una acción fisiológica que implica efectos y consecuencias que crean el marco de desarrollo de los individuos. Hablando de seres humanos, la acción fisiológica de nutrirnos por medio de los alimentos está íntimamente ligada con las condiciones socio-económicas y culturales de los individuos.

De una buena o mala nutrición, situación que en todo momento será reflejo de la calidad de nuestra alimentación, van a depender una serie de situaciones que afectan no solo al organismo como ente biológico, lo que ya de por si es fundamental, sino que interfieren de manera definitiva en las posibilidades de integración social, de capacidad intelectual. Una mala nutrición por carencias,

---

<sup>2</sup> Isselbacher, Kurt J., Braunwald, Eugene, et. Al., Harrison Principios de Medicina Interna, 13ª Edición, Vol. 1, Madrid, España, Editorial Interamericana, Mc Graw Hill, 1994, p.p. 509.

la desnutrición, es así un dique, un obstáculo en las oportunidades de desarrollo de quien la padece.

La desnutrición social es una enfermedad que interfiere, que obstaculiza la vida y las oportunidades de quienes se subalimentan y ocasiona un círculo vicioso de desnutrición-pobreza-desnutrición difícil de romper. Las personas se enfrentan a las situaciones particulares con menos instrumentos con menos capacidades. Disminuye el aprendizaje, la asimilación de conocimientos, y también se dificultan las relaciones sociales.

El problema, sin embargo, no es consecuencia natural, ni nada parecido. Es la injusticia social, la insolidaridad, el punto central. La pobreza y la miseria extrema son producto de una sociedad que privilegia lo material, de una sociedad individualista hasta el extremo del egoísmo que cierra los ojos frente las condiciones del prójimo. Es también consecuencia de la carencia de políticas adecuadas de nutrición, de la carencia de programas de alimentación que lleguen a los lugares donde son más necesarios.

Las consecuencias sociales de la desnutrición son graves y muy preocupantes: los niños desnutridos son apáticos, con dificultades para concentrarse en una actividad, con deficiencias en su maduración intelectual.

La desnutrición es un grave problema en todas las comunidades indígenas y en todas las regiones con pobreza extrema, pero también es un problema en donde ya es un exceso, de la sociedad, que exista.

La desnutrición social es la máxima perversión del ser humano: existen alimentos, existen subsidios, existen instituciones e infraestructura; pero también existen la injusticia y la corrupción.

Las secuelas de la desnutrición son muy grandes y ponen en desventaja al mexicano desnutrido o que padeció de desnutrición.

Las consecuencias van desde una disminución en el coeficiente intelectual, problemas de aprendizaje, retención y memoria, escaso desarrollo muscular y enfermedades infecciosas frecuentes en la niñez, hasta un mayor riesgo a enfermedades crónicas en la edad adulta.

Todas estas secuelas ponen en desventaja al mexicano en el empleo y en las oportunidades de la vida frente a aquello con un estado de nutrición adecuada.<sup>7</sup>

Aunque la desnutrición ocurre por causas multifactoriales, las principales son: el bajo ingreso familiar, la imposibilidad de acceso y utilización de los servicios de salud primarios, la inseguridad alimentaria dada no sólo por la carencia física de los alimentos, sino por insuficientes recursos económicos,<sup>9</sup> y en parte a discriminación de la que son objeto tantas mujeres, que carecen además de poder de decisión. Según el Informe Estado Mundial de la Infancia 1998, todo lo que amenaza a las mujeres representa una amenaza contra los niños, y una de las maneras más eficaces de proteger el bienestar y el

---

<sup>7</sup> <http://terra.com.mx/jpgutiérrez/sabores/desnut.htm>

<sup>9</sup> <http://www.clia.org.mx/cliados/nutriinfa.htm>

desarrollo de los niños en materia de nutrición es mediante el compromiso pleno con la vigencia de los derechos de las mujeres.<sup>10</sup>

## **2.10 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN**

La enfermera al servicio de la comunidad necesita tener criterio y conocimientos acerca de la cultura y los antecedentes de las familias a quien sirve, y emplea este entendimiento para planear su enseñanza sobre nutrición, utilizando lo más posible las dietas que las familias acostumbran, pero implantando cambios en la medida que sean necesarios.<sup>11</sup>

### **Medidas preventivas**

- El individuo debe recibir educación para la salud, acudir a los servicios medico; si hay alguna enfermedad hereditaria que afecte el metabolismo de carbohidratos, grasas o proteínas, debe acudir al consejo genético, así como eliminar los procesos patológicos, es decir, tratar las enfermedades que puedan traer consigo desnutrición.
  
- Se debe educar al público respecto a la limpieza y conservación de los alimentos, al aprovechamiento del clima para cultivar los alimentos, al valor nutritivo de los alimentos y al saneamiento del agua y los alimentos, así como para evitar la contaminación con excretas y basuras.

---

<sup>10</sup> <http://www.gob.gba.gvo.ar/cdi/documentos/unicef98/feat01sp.htm>

<sup>11</sup> Leahy, Kathleen, M., Cobb, M. Marguerite, et. al., *Enfermería para la salud de la comunidad*, México, D. F., Editorial La Prensa Medica Mexicana, 1980, p.p. 445.

- Si las personas tienen deficiencias en su nutrición, deberán consumir los nutrientes que les haga falta, y deben aprender a nutrir a sus hijos.
  
- Las personas deben administrar adecuadamente el gasto familiar; hay gastos indispensable, necesarios y secundarios.<sup>12</sup>
  
- Asistencia periódica para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño sano.
  
- Ingesta periódica de multivitamínicos.
  
- Control prenatal para evitar nacimientos de niños con bajo peso.
  
- Aplicación y control del programa de Lactancia Materna exclusiva en niños menores de seis meses.

---

<sup>12</sup> Higashida Hirose, Berta Yoshiko, *Ciencias de la Salud*, Tercera Edición, México, D.F., Editorial Interamericana, Editores S.A. de C.V. Mc Graw-Hill, 1997. p.p. 553

### III MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación se justifica considerando que en un informe revelado por UNICEF señala que el 58% de los niños menores de cinco años en el país presenta deficiencias nutricionales. Cada año se producen unos 158000 fallecimientos en este grupo etario, 40000 de los cuales son atribuidos a la desnutrición.<sup>13</sup>

Cabe señalar que la desnutrición es un problema social, por que es una enfermedad que afecta no sólo al que la padece sino que sus consecuencias son evidentes en la sociedad, en el medio en que se desarrolla.

Para enfermería la realización de este trabajo se justifica básicamente en que se genere un cambio en nuestro reconocimiento como personal de salud, siendo que esto se daría si existe una participación activa en promoción a la salud, control del niño sano y la detección de factores predisponentes de la desnutrición, mediante el desarrollo de actividades de investigación, capacitación y asesoría; esto es considerar a la nutrición como elemento fundamental de la Salud Pública, viéndose reflejado en la disminución de estadísticas epidemiológicas.

---

<sup>13</sup> <http://www.saludpublica.com/ampl/ampl09/sep053.htm>

## **3.2 OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Describir las características socioeconómicas en niños menores de cinco años con desnutrición.

### **ESPECÍFICOS**

- Señalar el nivel socioeconómico que influye en la desnutrición en niños menores de cinco años.
- Listar el grado de estudios de los padres de niños con desnutrición.
- Señalar las actividades laborales de los padres de niños con desnutrición.
- Mencionar el ingreso económico en familias con niños desnutridos.
- Enumerar la distribución de gastos de las familias con niños desnutridos.
- Mencionar el número de integrantes en familias con niños desnutridos.
- Señalar el tipo de religión que practican las familias con niños desnutridos.

- Describir las características de la vivienda del niño menor de cinco años con desnutrición.
- Mencionar cuales son los servicios básicos con que disponen las familias con niños desnutridos.
- Describir las características de la alimentación del niño menor de cinco años con desnutrición.
- Mencionar la frecuencia del uso de los servicios de salud de las familias con niños desnutridos.
- Mencionar el peso al nacer de niños desnutridos menores de seis meses.

### **3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Cuáles son las características socioeconómicas de los niños menores de cinco años con desnutrición?

### **3.4 HIPOTESIS DE TRABAJO**

Las características socioeconómicas de la desnutrición en niños menores de cinco años son: nivel socioeconómico, escolaridad mínima de los padres, actividad laboral de los padres, ingreso económico bajo, distribución de gastos, mayor número de integrantes en la familia, religión que practican, viviendas en áreas marginadas, indisponibilidad de servicios básicos de

urbanización, características de los alimentos, inasistencias a los servicios de salud para control del crecimiento y desarrollo del niño, y bajo peso al nacer del menor de seis meses.

### **3.5 VARIABLE ESTUDIO**

Características socioeconómicas de la desnutrición en niños menores de cinco años.

#### **INDICADORES DE LA VARIABLE ESTUDIO**

- Nivel socioeconómico
- Escolaridad mínima de los padres
- Actividad laboral de los padres
- Ingreso económico
- Distribución de gastos
- Número de integrantes en la familia
- Religión
- Características de la vivienda

- Disponibilidad de los servicios básicos de urbanización
- Características de los alimentos
- Uso de servicios de salud
- Peso al nacer de niños menores de seis meses

### **DEFINICIÓN NOMINAL**

- **Nivel socioeconómico:** Grado económico que ocupa una persona en la sociedad.
- **Escolaridad de los padres:** Grado de estudios máximos de una persona.
- **Actividad laboral de los padres:** Trabajo u ocupación en el que emplea el tiempo.
- **Ingreso económico:** Cantidad en pesos que se recibe por desempeñar un trabajo.
- **Distribución de gastos:** Repartición del dinero entre las diferentes necesidades básicas.

- **Número de integrantes en la familia:** Cantidad de personas que forman una familia.
- **Religión:** Actividad donde se practican creencias.
- **Características de la vivienda:** Características del espacio donde habitan y conviven personas.
- **Disponibilidad de los servicios básicos de urbanización:** Contar con los servicios de desarrollo y progreso de la población para satisfacer las necesidades de la vida.
- **Características de los alimentos:** Características de la ingesta nutricional en la vida diaria.
- **Uso de servicios de salud:** Empleo continuo de la asistencia medica.
- **Peso al nacer:** Masa corporal especificada en gramos del individuo estudio.

## DEFINICIÓN OPERATIVA

VARIABLES	TIPO	ESCALA	UNIDAD	CATEGORIAS	PREGUNTA U OBSERVACIÓN
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Cualitativo	Ordinal		Bajo, medio y alto.	¿De qué nivel socioeconómico se considera usted?
ESCOLARIDAD MINIMA DE LOS PADRES	Cualitativo	Ordinal		Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, sec. Incompleta, sec. completa, preparatoria y otros.	¿Qué estudios tiene?
ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES	Cualitativo	Ordinal		Obrero, campesino, empleado y otros.	¿Cuál es el trabajo que desempeña actualmente?
INGRESO ECONOMICO	Cuantitativo	Razón continúa		- 500, 500-1000, 1000- 1500, 1500-2000, 2000- 2500, 2500-3000 y más de 3000.	¿Cuánto gana quincenalmente?
DISTRIBUCIÓN DE GASTOS	Cualitativo	Nominal		Alimentación, vestido, vivienda,	Por orden de importancia ¿cómo distribuye su ingreso?
NUMERO DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA	Cuantitativo	Intervalo		2-4, 4-6, 6-8, y más de 8.	¿Cuántas personas integran a la familia?
RELIGIÓN	Cualitativo	Ordinal		Católica, cristiana, evangélica, adventista, ateo y otros.	¿Qué religión practican?
CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA	Cualitativo	Ordinal		Piso: tierra, cemento. Paredes: ladrillo, lámina, madera y otros. Techo: lámina, concreto, teja de barro.	¿De qué material está construida su casa?

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS DE URBANIZACIÓN	Cualitativo	Ordinal		Si, no.	¿Cuenta con luz eléctrica? ¿Cuenta con agua potable? ¿Cuenta con drenaje?
CARACTERÍSTICAS DE LOS ALIMENTOS	Cualitativo	Ordinal		Carnes, verduras, frutas y lácteos. Verduras, huevos y lácteos. Verduras, huevos y leguminosas.	¿Qué alimentos consume regularmente?
USO DE SERVICIOS DE SALUD	Cualitativo	Ordinal		Siempre, frecuentemente, en caso de enfermedad, nunca	¿Con que frecuencia acude a los servicios de salud?
PESO AL NACER DE NIÑOS < DE 6 MESES.	Cuantitativo	Razón continúa	2.5-3 kg, 3-3.5 kg, 3.5 kg y más		¿Cuánto peso al nacer el niño menor de seis meses?

### **3.6 TIPO ESTUDIO**

Descriptivo, prospectivo, transversal y no experimental.

### **3.7 UNIVERSO ESTUDIO**

Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”, de Tuxtla Gutiérrez ; Chiapas.

### **3.8 UNIDAD DE OBSERVACIÓN**

Niños de un mes a cinco años y padres .

### **3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

Niños menores de cinco años con desnutrición, hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa” en el período 11 de Julio al 11 de agosto del 2001.

Recién nacidos y niños menores de cinco años que acudan a la consulta externa.

Aquellos que fallezcan durante el estudio y a los que se nieguen a la información.

### **3.10 UNIVERSO MUESTRA**

Todos los niños menores de cinco años con desnutrición que sean hospitalizados en el período 11 de Julio al 11 de Agosto del 2001.

### **3.11 INSTRUMENTOS**

Para la realización de la investigación se diseñó un instrumento (encuesta sobre las características socioeconómicas en niños menores de cinco años con desnutrición) mismo que contempló tres reactivos de datos generales (edad, sexo y lugar de origen), así como datos específicos relativos a: nivel socioeconómico, escolaridad mínima de los padres, actividad laboral de los padres, ingreso económico, distribución de gastos, número de integrantes en la familia, religión, características de la vivienda, disponibilidad de servicios básicos de urbanización, características de los alimentos, uso de los servicios de salud, peso al nacer en niños menores seis meses.

(Ver anexos)

### **3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

Para establecer la validez y la confiabilidad del instrumento se aplicó un estudio piloto en un total de cinco personas, la encuesta fue clara y entendible, se agregan opciones por las características socioeconómicas de las personas encuestadas. Posteriormente el instrumento es consistente y claro para los propósitos trazados.

### **3.13 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO**

Para el procesamiento estadístico de la información recolectada mediante el instrumento se tabuló de manera manual (tarjeta simple), así mismo se elaboraron cuadros, y se aplicaron pruebas estadísticas.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 DATOS GENERALES

Después de haber aplicado 33 encuestas a padres de niños menores de cinco años con desnutrición, encontramos que: el 45.45% de los sujetos estudiados se encuentra en el grupo de edad de 1 mes a 1 año, un 27.27% tiene de 1 a 2 años, el 9.09% de 2 a 3 años, 9.09% corresponde de 3 a 4 años y 9.09% de 4 a 5 años. (Ver cuadro N°1).

Con relación al sexo el 69.69% fueron del sexo masculino y un 30.30% del sexo femenino (Ver cuadro N°2).

En relación al lugar de origen corresponde a un 24.24% a Tuxtla Gutiérrez, un 6.06% a Chiapa de corzo y un 3.03% a cada una de los siguientes lugares: Ixtapa, Unión Agrarista, Mpio. de Jiquipilas, Ejido La Ilusión, Mpio. de Simojovel, Colonia Bayco, Mpio. de las Margaritas, Los Lotes Mpio. de Pueblo Nuevo Solistahuacan, Rivera Hondura, Mpio. de Copainalá, Comitán, Frontera Comalapa, Laja Tendida, Mpio. de Venustiano Carranza, San Cristóbal de Las Casas, Luis Espinoza, Mpio. de Tecpatán, Copainalá, San Fernando, Oxchuc, Colonia Miguel Hidalgo, Mpio. de Venustiano Carranza, Jiquipilas, Ocozocoautla, Tehuantepec, Oaxaca, Cintalapa, Colonia Parral, Mpio. de Villacorzo, Ejido Monterrey, Mpio. de La Concordia, Angel Albino Corzo, Mpio. de Copainalá y Cárdenas, Mpio. de Cintalapa. (Ver cuadro N°3).

**Cuadro N°. 1**

**Edad sujetos de estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Edad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
1 mes a 1 año	15	45.45%
1 año a 2 años	9	27.27%
2 años a 3 años	3	9.09%
3 años a 4 años	3	9.09%
4 años a 5 años	3	9.09%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición, que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas - 2001.

**Cuadro N° 2**

**Sexo sujetos de estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	10	30.30%
Masculino	23	69.69%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición, que se encontraban hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

Cuadro N° 3.

**Lugar de origen sujetos de estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Lugar de origen</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Ixtapa	1	3.03%
Unión Agrarista, Mpio. de Jiquipilas	1	3.03%
Chiapa de Corzo	2	6.06%
Ejido La Ilusión, Mpio. de Simojovel	1	3.03%
Colonia Bayco, Mpio. de Las Margaritas	1	3.03%
Los Lotes, Pueblo Nuevo Solistahuacan	1	3.03%
Tuxtla Gutiérrez	8	24.24%
Rivera Hondura, Mpio. de Copainalá	1	3.03%
Comitán	1	3.03%
Frontera Comalapa	1	3.03%
Laja Tendida, Mpio. de Venustiano Carranza	1	3.03%
San Cristóbal de las Casas	1	3.03%
Luis Espinoza, Mpio. de Tecpatan	1	3.03%

Copainalá	1	3.03%
San Fernando	1	3.03%
Oxchuc	1	3.03%
Colonia Miguel Hidalgo, Mpio. de Venustiano		
Carranza	1	3.03%
Jiquipilas	1	3.03%
Ocozocoautla	1	3.03%
Tehuantepec , Oaxaca	1	3.03%
Cintalapa	1	3.03%
Colonia Parral, Mpio. de Villacorzo	1	3.03%
Ejido Monterrey, Mpio.		
La Concordia	1	3.03%
Angel Albino corzo, Mpio. de Copainalá	1	3.03%
Cardenas, Mpio. de Cintalapa	1	3.03%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición, que se encontraban hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS

Lo que corresponde al nivel socioeconómico el 93.93% es del nivel bajo y el 6.06% correspondiente al nivel medio. (Ver cuadro N°4).

En relación a la escolaridad mínima del padre, se encontró que el 39.39% cuenta con primaria incompleta, un 15.15% a primaria completa, un 15.15% a nivel preparatoria, el 12.12% es analfabeto, un 9.09% a secundaria incompleta, al igual que secundaria completa. (Ver cuadro N°5).

Con respecto a la escolaridad mínima de la madre encontramos que un 21.21% es analfabeta, en un 48.48% cuenta con primaria incompleta, un 6.06% con primaria completa, un 3.03% secundaria incompleta, un 15.15% secundaria completa y en un 6.06% nivel preparatoria. (Ver cuadro N°6).

Referente a la actividad laboral del padre un 6.06% es obrero, un 51.51% es campesino, un 6.06% es empleado y en un 36.36 % dedicados a otras actividades. (Ver cuadro N°7).

En lo que respecta a la actividad laboral de la madre un 6.06% es campesina, un 87.87% es dedicada al hogar y 6.06% dedicadas a otras actividades. (Ver cuadro N°8).

En relación al ingreso económico quincenal un 66.66% gana menos de quinientos pesos , un 21.21% de quinientos a mil pesos, un 6.06% de mil a mil quinientos y un 6.06% de mil quinientos a dos mil. (Ver cuadro N° 9).

**Cuadro N° 4**

**Nivel socioeconómico sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	31	93.93%
Medio	2	6.06%
Alto		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.**

**Cuadro N° 5**

**Escolaridad mínima de los padres sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Escolaridad mínima del padre</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Analfabeto	4	12.12%
Primaria incompleta	13	39.39%
Primaria completa	5	15.15%
Secundaria incompleta	3	9.09%
Secundaria completa	3	9.09%
Preparatoria	5	15.15%
Otros		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

## Cuadro N° 6

**Escolaridad mínima de los padres sujetos de estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

## VARIABLE

<b>Escolaridad mínima de la madre</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Analfabeta	7	21.21%
Primaria incompleta	16	48.48%
Primaria completa	2	6.06%
Secundaria incompleta	1	3.03%
Secundaria completa	5	15.15%
Preparatoria	2	6.06%
Otros		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encuentran hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 7**

**Actividad laboral de los padres sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Actividad laboral del padre</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Obrero	2	6.06%
Campesino	17	51.51%
Empleado	2	6.06%
Otros	12	36.36%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 8**

**Actividad laboral de los padres sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Actividad laboral de la madre</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Empleada	2	6.06%
Campesina	29	87.87%
Hogar	2	6.06%
Otros	2	6.06%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 9**

**Ingreso económico sujetos estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Ingreso económico</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de \$500	22	66.66%
\$500 a \$1000	7	21.21%
\$1000 a \$1500	2	6.06%
\$1500 a \$2000	2	6.06%
\$2000 a \$2500		
\$2500 a \$3000		
Más de \$3000		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

La distribución de gastos por orden de importancia el 57.57% lo distribuye de la siguiente manera: alimentación, vestido y vivienda, un 36.36% es de la siguiente manera: alimentación, vivienda y vestido y en 6.06% distribuidos en vivienda, alimentación y vestido. (Ver cuadro N° 10).

Respecto al número de integrantes en la familia un 45.45% corresponde de 2 a 4 personas, un 36.36% de 4 a 6 personas y un 18.18% de 6 a 8 personas (Ver cuadro N° 11).

En relación a religión se encontró que un 66.66% son católicos, un 6.06% son ateos, un 9.09% evangélicos, un 9.09% adventistas y un 9.09% de otras religiones (Ver cuadro N° 12).

Referente a las características de la vivienda un 69.69% tiene piso de tierra y el 30.30% de cemento, con lo que respecta a las paredes un 12.12% es de ladrillo, un 3.03% de lámina, un 18.18% de madera y un 66.66% de otro material, con respecto al techo un 6.06% es de concreto, un 36.36% de lámina, un 33.33% de teja y en un 24.24% de otro material (Ver cuadros N° 13, 14 y 15).

En relación a la disponibilidad de servicios básicos de urbanización un 69.69% si cuenta con luz eléctrica y un 30.30% no. Un 60.60% si cuenta con agua potable y un 39.39% no y con respecto al drenaje se encontró que un 48.48% si cuenta y el 67.67% restante no cuenta con el servicio (Ver cuadros N° 16, 17 y 18).

**Cuadro N° 10**

**Distribución de gastos sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Distribución de gastos</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Alimentación, vestido, vivienda .	19	57.57%
Alimentación, vivienda, vestido .	12	36.36%
Vivienda, alimentación y vestido.	2	6.06%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

## Cuadro N° 11

**Número de integrantes en la familia sujetos de estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

## VARIABLE

<b>Número de integrantes en la familia</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
2 a 4 personas	15	45.45%
4 a 6 personas	12	36.36%
6 a 8 personas	6	18.18%
Más de 8 personas		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 12**

**Religión sujetos de estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Religión</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Católica	22	66.66%
Cristiana		
Evangélica	3	9.09%
Adventista	3	9.09%
Ateo	2	6.06%
Otros	3	9.09%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 13**

**Características de la vivienda sujetos de estudios  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Características de la vivienda</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Piso: Tierra	23	69.69%
Cemento	10	30.30%
<b>Total</b>	33	100%

**Fuente: Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.**

## Cuadro N° 14

**Características de la vivienda sujetos estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

## VARIABLE

<b>Características de la vivienda</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Paredes:</b>		
Ladrillo	4	12.12%
Lámina	1	3.03%
Madera	6	18.18%
Otros	22	66.66%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 15**

**Características de la vivienda sujetos de estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Características de la vivienda</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Techo: Lámina	12	36.36%
Concreto	2	6.06%
Teja	11	33.33%
Otros	8	24.24%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 16**

**Disponibilidad de servicios básicos de urbanización sujetos estudio**  
**Características socioeconómicas en niños**  
**menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Disponibilidad de servicios básicos de urbanización</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Luz eléctrica:		
Si	23	69.69%
No	10	30.30%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encuentran hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.**

**Cuadro N° 17**

**Disponibilidad de servicios básicos de urbanización sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Disponibilidad de servicios básicos de urbanización</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Agua potable:		
Si	20	60.60%
No	13	39.39%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.**

## Cuadro N° 18

**Disponibilidad de servicios básicos de urbanización sujetos estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

## VARIABLE

<b>Disponibilidad de servicios básicos de urbanización</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Drenaje:		
Si	16	48.48%
No	17	67.67%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

Con respecto a las características de los alimentos un 27.27% consume en forma regular carnes, frutas, verduras y lácteos, un 66.66% verduras, huevos, y leguminosas y el 6.06% verduras, huevos y lácteos (Ver cuadro N° 19).

Respecto al uso de servicios de salud un 21.21% acude frecuentemente, un 72.72% en caso de enfermedad y un 6.06% no acude (Ver cuadro N° 20).

En relación al peso del nacimiento del niño menor de seis meses estudiados (ocho niños) el 75% fue de un peso de 2500 a 3000 kg y un 25% fue de un peso de 3000 a 3500 kg. (Ver cuadro N° 21).

**Cuadro N° 19**

**Características de los alimentos sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Características de los alimentos</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Carnes, verduras, frutas y lácteos	9	27.27%
Verduras, huevos y lácteos	2	6.06%
Verduras, huevos y leguminosas.	22	66.66%
<b>Total</b>	33	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encuentran hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 20**

**Uso de servicios de salud sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Uso de servicios de salud</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre		
Frecuentemente	7	21.21%
En caso de enfermedad	24	72.72%
Nunca	2	6.06%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

**Cuadro N° 21**

**Peso al nacer de niños menores de seis meses sujetos de estudio  
Características socioeconómicas en niños  
menores de cinco años con desnutrición.**

**VARIABLE**

<b>Peso al nacer de niños menores de seis meses</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
2500 a 3000 gramos	6	75%
3000 a 3500 gramos	2	25%
Más de 3500 gramos		
<b>Total</b>	8	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a padres de niños menores de cinco años con desnutrición que se encontraban hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa” / Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – 2001.

### 4.3 DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Después de haber obtenido los resultados de las encuestas aplicadas a padres de niños menores de 5 años con desnutrición, que se encontraban hospitalizados en el Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”; encontramos que el grupo de edad más afectado son los menores de un año, predominando el sexo masculino, originarios de diversos puntos del Estado, provenientes en su mayoría del nivel socioeconómico bajo y que además la religión que más se practica es la católica, en un 66.66%.

Es importante mencionar que influye en este problema la escolaridad de los padres ya que en su mayoría cuentan con primaria incompleta, por lo consiguiente desempeñan actividades del campo los padres y dedicadas al hogar; las madres, siendo en estas ultimas donde recae la responsabilidad del hijo.

La desnutrición también es causa del bajo ingreso familiar ya que la mayoría tiene un ingreso quincenal de menos \$500 por lo consiguiente la carencia y/o deficiencia de los alimentos, agregando a estos factores el número alto de integrantes en la familia que van desde 2 a 8 personas.

Todas estas familias viven en zonas rurales y/o urbano marginadas, donde las viviendas en su mayoría son construidas de madera, lámina o cartón y piso de tierra, y en donde el 69.69% si cuenta con luz eléctrica, el 60.60% si cuenta con agua potable y el 48.48% cuenta con drenaje.

Respecto al uso de servicios de salud un porcentaje elevado asiste únicamente en caso de enfermedad.

En este estudio se encontraron ocho niños menores de seis meses los cuales el 75% pesó al nacer 2500 a 3000 gramos y un 25% de 3000 a 3500 gramos, lo cual demuestra que no fueron niños de bajo peso al nacer si no que fueron niños que no han sido alimentados adecuadamente, debido a que en la actualidad presentan desnutrición.

#### **4.4 PROPUESTAS**

Como enfermeras proponemos que en las clínicas de Primer Nivel se integre el servicio de consulta de Enfermería Materno Infantil donde se vigile el desarrollo y crecimiento del niño sano menor de 5 años, así como la vigilancia estrecha del niño que se detecte con desnutrición de igual manera dar enseñanza sobre estimulación temprana.

De igual forma la vigilancia de la madre en período de gestación, para evitar nacimientos de niños de bajo peso.

Es importante también el concientizar a la comunidad, principalmente al sistema tradicional de salud, conformado por parteras, curanderos, empiricos, etc., hacerles comprender la problemática, para que sean ellos a su vez los que involucren más a su comunidad, para que participen activamente con el sistema de salud moderno (enfermeras y médicos), asignar promotores de salud en las clínicas para que ellos se encarguen específicamente de la

detección y seguimiento de niños con desnutrición que no acuden a instituciones de salud, asignándosele, días y horarios de visitas domiciliarias en los diferentes puntos de la región, es decir llegar a zonas más retiradas y marginadas donde la pobreza y miseria son extremas, y que además no tienen acceso a las unidades de salud.

Un punto importante también es el de que en cada visita a la Clínica de salud o visita domiciliaria se de información sobre que alimentos consumir de acuerdo a su presupuesto o bien de acuerdo a lo que se pueda cosechar en la comunidad en particular, por lo que Enfermería tiene un papel importante en este problema social el cual es la prevención y detección para evitar muertes por desnutrición y la aparición de enfermedades por esta causa.

## **PROPUESTAS POR NIVELES DE PREVENCIÓN**

### **PREVENCIÓN PRIMARIA**

#### **PROMOCION DE SALUD**

- 1.- Educación para la salud: saneamiento ambiental, disposición adecuada de excretas humanas, higiene de los alimentos.
- 2.- Alimentación y estado nutricional adecuado, en niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y lactando.
- 3.- Planificación Familiar: con la finalidad de espaciar los nacimientos y los embarazos, que favorecerá una mejor nutrición materna y disminuirá la

frecuencia de niños con bajo peso al nacimiento, así como los embarazos en las adolescentes.

### **PROTECCIÓN ESPECIFICA**

- 1.- Adecuada higiene personal.
- 2.- Saneamiento ambiental.
- 3.- Inmunizaciones: (esquema completo de vacunación en niños menores de cinco años).
- 4.- Uso de nutrientes específicos.
- 5.- Control prenatal para evitar nacimientos de niños con bajo peso.
- 6.- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años.

### **PREVENCIÓN SECUNDARIA**

#### **DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO**

- 1.- Detección de niños con desnutrición leve y/o recién nacidos de bajo peso.
- 2.- Estudio de grupos de riesgo para detectar la enfermedad ( niños menores de cinco años y mujeres embarazadas sin control prenatal).

3.- Controles periódicos programados de salud cuando se detectan curvas de peso en descenso y/o por debajo del percentil con antecedentes de carencia en la alimentación.

4.- Examen físico complementado con estudios bioquímicos.

5.- Métodos de análisis de consumo alimentario.

6.- Exploración antropométrica.

#### LIMITACIÓN DEL DAÑO

1.- Tratamiento adecuado para impedir estados crónicos, la muerte o las secuelas: suplemento vitamínico y de hierro, desparasitación masiva, administración de vitamina A.

#### PREVENCIÓN TERCIARIA

#### REHABILITACIÓN

1.- La nutrición juega un papel importante, puesto que un niño bien nutrido es menos susceptible a enfermedades infecciosas; diarreas e infecciones respiratorias agudas, así como sus respectivas complicaciones.

2.- Reintegrar al individuo a la sociedad, ya que las secuelas de la desnutrición son muy grandes y ponen en desventaja al desnutrido o que padeció desnutrición que van desde apatía, dificultad para concentrarse en una actividad, con deficiencias en su madurez intelectual.

#### 4.5 CONCLUSIONES

Después de haber realizado este proyecto de investigación logramos describir las características socioeconómicas de niños menores de 5 años con desnutrición; determinando que el nivel socioeconómico que predomina es el bajo, que la escolaridad mínima de los padres es primaria incompleta y la actividad laboral del padre es el campo y de la madre el hogar, el ingreso económico quincenal es menor de \$500 los cuales son distribuidos en alimentos, vestido y vivienda, el número de integrantes en la familia es de 2 a 8 personas, la religión que más se practica es la católica.

En cuanto a las características de la vivienda el piso es de tierra, paredes de ladrillo, bloque o madera y techo de teja, lámina o cartón. La disposición de servicios básicos de urbanización un porcentaje bastante importante aún no cuenta con dichos servicios. Las características de los alimentos son verduras, huevos y leguminosas, con respecto al uso de servicios de salud más del 70% acude únicamente en caso de enfermedad (Los cuales fueron trazados para determinar en los objetivos específicos).

Respecto al objetivo general logramos describir las características socioeconómicas de niños menores de cinco años con desnutrición, por lo que la hipótesis de trabajo sobre dichas características son verdaderas.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Higashida Hirose, Berta Yoshiko, **Ciencias de la Salud**, Tercera Edición, México, D.F., Editorial Interamericana, Editores S.A. de C.V. Mc Graw-Hill, 1997. p.p. 553.
- 2.- Diccionario enciclopédico **Océano Uno Color**, Edición 2000, Barcelona , España, MM Océano Grupo Editorial S.A., 1997. p.p. 1784.
- 3.- **Diccionario de Medicina Mosby**, Edición 1994, Barcelona, España, Océano Grupo Editorial. p.p.1437
- 4.- Isselbacher, Kurt J, Braunwald, Eugene, et. Al., **Harrison Principios de Medicina Interna**, 13ª Edición, Volumen 1, Madrid, España, Editorial Interamericana, Mc Graw-Hill, 1994.p.p. 509.
- 5.- Leahy, Kathleen, M., Cobb, M. Marguerite, et. al. **Enfermería para la Salud de la Comunidad**, México, D. F., Editorial la Prensa Medica Mexicana, 1980, p.p. 445.
- 6.- Lifshitz Alberto, **Educación Médica enseñanza aprendizaje**, 1ª Edición, Editorial Auroch, S. A. de C. V., México 1997. p.p. 2
- 7.- Sacharin, Rosa M., **Enfermería Pediátrica**, 2ª Edición, Madrid, España, Editorial Interamericana de España, Mc Graw-Hill, 1989, p.p. 655.
- 8.- <http://www.alminuto.com/content/es079b740.htm>
- 9.- <http://terra.com.mx/jpgutierrez/sabores/desnut.htm>
- 10.- <http://www.cimac.org.mx/noticias/01abr/01042705.htm>
- 11.- <http://www.clia.org.mx/cliados/nutriinfa.htm>
- 12.- <http://www.gob.gba.gvo.ar/c/cdi/documentos/unicef98/mainesp.htm>
13. <http://www.indexmedico.com/publicaciones/revista/boliviainstitutosucre/dicion/byron>

14.- <http://www.elizalde.gov.ar/alimentacion/dieta2.htm>

15.- <http://www.gob.gba.gvo.ar/cdi/documentos/unicef98/feat01sp.htm>

16.- <http://www.saludpublica.com/ampl/ampl09/sep053.htm>

17.<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Desnutric.html>

**ANEXOS**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**ENCUESTA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS**  
**SOCIOECONÓMICAS DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON**  
**DESNUTRICIÓN**

**OBJETIVO:** Describir las características socioeconómicas de niños menores de cinco años con desnutrición.

**INSTRUCCIÓN:** Llenar con letra de molde, legible.

**DATOS GENERALES:** (Del niño hospitalizado)

1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.- Sexo: F ( ) M ( )  
 3.- Lugar de origen: \_\_\_\_\_

**DATOS ESPECÍFICOS:**

4.- ¿De qué nivel socioeconómico se considera usted?

Bajo ( ) Medio ( ) Alto ( )

5.- ¿Qué grado de estudios tiene usted y su esposo (a)?

Padre: Analfabeto ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( )  
 Secundaria incompleta ( ) Secundaria completa ( ) Preparatoria ( )  
 Otros ( )

Madre: Analfabeta ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( )  
 Secundaria incompleta ( ) Secundaria completa ( ) Preparatoria ( )  
 Otros ( )

6.- ¿Cuál es el trabajo que desempeña actualmente usted?

Obrero ( )      Campesino (a) ( )      Empleado (a) ( )      Otros ( )  
Hogar ( )

7.- ¿Cuál es el trabajo que desempeña actualmente su esposo (a)?

Obrero ( )      Campesino (a) ( )      Empleado (a) ( )      Otros ( )  
Hogar ( )

8.- ¿Cuánto gana quincenalmente?

- \$500 ( )      \$500- \$1000 ( )      \$1000- \$1500 ( )      \$2000- \$2500 ( )  
\$2500-\$3000 ( )      Más de \$3000 ( )

9.- Por orden de importancia ¿Cómo distribuye su ingreso?

Alimentación ( )      Vestido ( )      Vivienda ( )      Otros ( )

10.- ¿Cuántas personas integran a la familia?

2-4 personas ( )      4-6 personas ( )      6-8 personas ( )      Más de 8 personas ( )

11.- ¿Qué religión practica usted y su familia?

Católica ( )      Cristiana ( )      Evangélica ( )      Adventista ( )  
Ateo ( )      Otros ( )

12.- ¿De qué material está construida su casa?

Piso:      Tierra ( )      Cemento ( )  
Paredes:      Ladrillo ( )      Lámina ( )      Madera ( )      Otros ( )  
Techo:      Concreto ( )      Lámina ( )      Teja ( )      Otros ( )

13.- ¿ Cuenta con luz eléctrica?

Si ( )

No ( )

14.- ¿ Cuenta con agua potable?

Si ( )

No ( )

15.- ¿ Cuenta con drenaje?

Si ( )

No ( )

16.- ¿ Qué alimentos consume regularmente?

Carnes, frutas, verduras y lácteos ( ) Verduras, huevos y lácteos ( )

Verduras, huevos y leguminosas ( )

17.- ¿ Con qué frecuencia acude a los servicios de salud?

Siempre ( )

Frecuentemente ( )

En caso de enfermedad ( )

Nunca ( )

NOTA: Si el niño que está hospitalizado es menor de seis meses contestar la siguiente pregunta.

18.- ¿ Cuánto pesó al nacer?

2500-3000 Kg. ( )

3000-3500 Kg. ( )

Más de 3500 Kg. ( )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DOCUMENTO**

La presente encuesta es para determinar las características socioeconómicas de los niños menores de cinco años con desnutrición, esta integrada por un total de 18 reactivos o preguntas, las primeras tres se refieren a datos generales del niño a estudiar y las quince restantes a preguntas específicas en relación a la familia.

## **DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA POR PREGUNTA**

- En la pregunta n° 1 relativo a la edad, se registrará con número arábigo la cantidad de años cumplidos.
- En la pregunta n° 2 referente al sexo se marcará con X en el paréntesis correspondiente. F para femenino y M para masculino.
- En la pregunta n° 3 referente al lugar de origen se llenará con letra de molde clara.
- En la pregunta n° 4 con relación al nivel socioeconómico se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 5 en relación al nivel de escolaridad se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.

- En la pregunta n° 6 referente al trabajo que desempeña el padre actualmente se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 7 referente al trabajo que desempeña la madre actualmente se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 8 referente al ingreso económico quincenal se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 9 en relación a la distribución de ingresos se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 10 en relación al número de personas que integran la familia se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 11 referente a la religión que práctica la familia se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 12 en relación al tipo de material de construcción de la vivienda se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 13 en relación de contar con el servicio de luz eléctrica se marca con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 14 en relación de contar con el servicio de agua potable se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.

- En la pregunta n° 15 en relación de contar con el servicio de drenaje se marcara con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 16 referente a los alimentos que se consumen regularmente de marcara con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 17 en relación a la frecuencia del uso de los servicios de salud se marcara con una X en el paréntesis correspondiente.
- En la pregunta n° 18 referente al peso del nacimiento del niño que se encuentra hospitalizado se marcará con una X en el paréntesis correspondiente.

## **GUIA DE APLICACIÓN**

- Para la aplicación del instrumento, con anticipación se solicitará autorización.
- El día de la aplicación el investigador acudirá uniformado con su credencial.
- Para la aplicación del instrumento se utilizará un tiempo no menor de 10 minutos y un máximo de 15 minutos.

**PESO NORMAL DE ACUERDO CON LA EDAD****NIÑAS PESO EN KILOS**

<b>EDAD</b>	<b>MAXIMO</b>	<b>MINIMO</b>
Al nacer	3.600	2.700
1 mes	4.500	3.400
2 meses	5.400	4.000
3 meses	6.200	4.700
4 meses	6.900	5.300
5 meses	7.500	5.800
6 meses	8.100	6.300
7 meses	8.700	6.800
8 meses	9.100	7.200
9 meses	9.600	7.600
10 meses	9.900	7.900
11 meses	10.300	8.200
1 AÑO	10.600	8.500
Y 6 meses	12.000	9.700
2 AÑOS	13.200	10.600
3 AÑOS	16.100	12.600
4 AÑOS	18.300	14.300
5 AÑOS	20.300	15.600

**NIÑOS PESO EN KILOS**

<b>EDAD</b>	<b>MAXIMO</b>	<b>MINIMO</b>
Al nacer	3.800	2.900
1 mes	5.000	3.600
2 meses	6.000	4.300
3 meses	6.900	5.000
4 meses	7.600	5.700
5 meses	8.200	6.300
6 meses	8.800	6.900
7 meses	9.300	7.400
8 meses	9.800	7.800
9 meses	10.200	8.200
10 meses	10.600	8.600
11 meses	10.900	8.900
1 AÑO	11.300	9.100
Y 6 meses	12.700	10.300
2 AÑOS	14.000	11.200
3 AÑOS	16.400	13.000
4 AÑOS	18.700	14.800
5 AÑOS	20.900	16.400

## **PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN DESNUTRICIÓN.**

### **INTRODUCCIÓN**

La desnutrición ha sido preocupación prioritaria para los servicios de salud, dada su repercusión en las cifras de mortalidad infantil y preescolar, y de eventuales secuelas en edades posteriores.

La desnutrición en el niño, especialmente cuando es intensa, precoz y prolongada en el tiempo, determina trastornos potencialmente reversibles, pero pueden dejar secuelas definitivas en el crecimiento, estatura y sistema nervioso central.

La desnutrición conlleva alteración del sistema inmunológico, afectando los mecanismos inespecíficos de defensa, en especial la inmunidad celular, lo que favorece infecciones más frecuentes, prolongadas y graves, las infecciones contribuyen a agravar aun más el estado nutricional del paciente, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper.

La desnutrición infantil se presenta en medios o sectores desfavorables, con serias limitantes económicas y culturales, el niño crece deprivado de estimulación afectiva y sensorio motriz. Lo precedente se asocia a la propia desnutrición del niño, contribuyendo a agravar sus consecuencias físicas y psicológicas.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Desnutric.html>

La preservación de las mejores virtudes de una sociedad, la oportunidad para que afloren las potencialidades creativas del ser humano que la compone y la rectificación de sus imperfecciones son prioridades que exige el desarrollo. Subyaciendo al progreso social, la educación conforma el camino para enfrentar al mundo con eficiencia. En el área de la salud, la educación constituye no sólo una herramienta para desarrollar mejor otras funciones, sino que se reconoce así mismas como una función fundamental.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Lifshitz Alberto, Educación Médica Enseñanza y Aprendizaje, 1ª Edición, Editorial Auroch, S. A. de C. V.

## JUSTIFICACIÓN

El siguiente programa de trabajo se justifica debido a que en la actualidad la enfermera se encuentra en un cambio constante que le esta permitiendo que se le reconozca como profesión. Debido al beneficio de una mejor calidad en la asistencia que se brinda al individuo, familia y comunidad que acude a ella en busca de atención y/o ayuda. Es de igual importancia hacer mención que sus reconocimientos siempre serán tomados en cuenta cuando la atención sea proporcionada desde los diferentes niveles de prevención y que en este caso en particular se basa el la detección de factores de riesgo en niños menores de cinco años propensos a padecer desnutrición.

## OBJETIVOS

- Disminuir la tasa de morbi-mortalidad infantil a partir de la detección de factores de riesgo en niños menores de cinco años propensos a padecer desnutrición, mediante exploración física completa, exploración antropométrica, métodos de análisis alimentario y vigilancia de alimentación materna en etapa prenatal.
- Proporcionar medidas orientadas a la resolución de los problemas que los afectan.
- Proporcionar el desarrollo integral a niños menores de cinco años.
- Difundir criterios alimentario nutricionales para disminuir las tasas de morbi-mortalidad infantil por desnutrición.
- Integrar al programa a personas que practican la medicina tradicional en comunidades así como todas aquellas que se encuentran en relación con el niño como son: familiares y docentes de educación preescolar.
- Integrar a clínicas de salud rurales y/o urbanas para que se realice un seguimiento en la detección de factores de riesgo así, como el seguimiento de niños detectados con desnutrición en sus diferentes estadios o niños que padecieron desnutrición.

## **CAMPOS DE APLICACIÓN**

Este programa se aplicará en las clínicas de salud rurales y/o urbanas, así como en escuelas de educación preescolar.

## **METAS**

Este programa de trabajo debe de implementarse de forma constante, ya que el proceso de detección debe ser continua, observándose resultados a mediano plazo, mismos que se verán reflejados en la disminución de casos de desnutrición.

## **RECURSOS**

### **Humanos:**

- Personal medico y de enfermería
- Promotores de salud
- Familiares
- Personal docente de nivel preescolar
- Personal de salud empírico

### **Físicos:**

- Clínicas de salud y escuelas de nivel preescolar

### **Materiales:**

- Expedientes clínicos

- Basculas
- Cinta métrica
- Termómetros
- Baumanómetros
- Estetoscopio
- Trípticos
- Hojas blancas y lápices.

## **ORGANIZACIÓN**

### **Límites:**

- Tiempo: Implementar el programa una vez por mes.
- Fecha y hora establecidas por la institución.
- Espacio: clínicas de salud, escuelas y domicilio particular.
- Universo de trabajo: dirigido a todo el personal médico y de enfermería, promotores de salud, docentes, familiares, personas que practican la medicina empírica y niños menores de cinco años.

## ACTIVIDADES

### TÉCNICAS:

- Realizar visitas domiciliarias a las familias con la finalidad de investigar condiciones socioeconómicas, estructura familiar, hábitos alimentarios, existencia de servicios básicos de urbanización, etc.
- Exploración física completa (antropometría) a niños menores de 5 años.
- Control del peso y talla de los menores de 5 años.
- Medición de la estatura y edad de las embarazadas, mediante el control prenatal.
- Vigilancia de la alimentación materna durante el período de gestación.
- Control programado de los niños con desnutrición.

### DOCENTES:

- Educación nutricional, desarrollar temas de alimentación durante el embarazo y la lactancia, del recién nacido y del preescolar.
- Educar sobre el manejo adecuado de los alimentos.
- Educar sobre el manejo de las enfermedades diarreicas que podrían condicionar al niño a padecer desnutrición.
- Promoción de la Lactancia Materna.
- Educar a los padres de familia de cómo administrar su gasto familiar y como aprovechar sus propios recursos para cultivar los alimentos.
- Instruir sobre los alimentos que son necesarios en la dieta diaria.
- Instruir al personal de salud sobre como utilizar adecuadamente los multivitamínicos.

## GLOSARIO

**Acrocianosis:** Trastorno caracterizado por la aparición de una coloración cianótica con frialdad y sudoración de las extremidades, sobre todo las manos, debido al espasmo arterial que, por lo general, es producido por el frío o por la tensión emocional.

**Alimentación:** Acto de tomar o proporcionar alimentos.

**Aminoácidos:** Compuesto químico orgánico formado por uno o más grupos amino básicos y uno o más grupos carboxilos ácidos.

**Anamnesis:** Reunión de datos relativos a un paciente médico o psiquiátrico, que comprenden antecedentes familiares y personales, experiencias y, en particular, recuerdos que se usan para analizar su situación.

**Anasarca:** Edema intenso, generalizado.

**Antropometría:** Parte de la antropología física que estudia las proporciones y medidas del cuerpo humano.

**Bioquímica:** Parte de la biología que estudia la constitución química de los seres vivos y los procesos químicos base de las funciones vitales.

**Carbohidratos:** Grupos de compuestos orgánicos entre los que se haya la glucosa, fructosa, el almidón, la celulosa y la goma.

**Cretinismo:** Trastorno que se caracteriza por hipotiroidismo congénito grave y que se asocia a menudo a otras alteraciones endocrinas.

**Deficiencia:** Escasez de algo.

**Desacelerar:** Retardar, quitar celeridad.

**Deshidratación:** Pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente el sodio, potasio y cloro.

**Diluir:** Añadir líquido en las disoluciones.

**Disfunción:** Alteración de una función orgánica.

**Distrofia:** Cualquier estado anormal debido a nutrición defectuosa o crecimiento anormal de un órgano o parte del cuerpo.

**Edema:** Acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericardico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o cápsulas articulares.

**Escorbuto:** Trastorno debido a la falta de ácido ascórbico en la dieta.

**Glositis:** Inflamación de la lengua.

**Hepatomegalia:** Aumento del tamaño del hígado que suele deberse a una enfermedad del mismo.

**Hiperpigmentación:** Oscurecimiento anormal de la piel debido a factores hereditarios, fármacos, exposición al sol o insuficiencia adrenal.

**Hipoclorhidria:** Disminución de la acidez normal del jugo gástrico.

**Hipoglucemia:** Cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales.

**Involución:** Proceso normal caracterizado por la disminución del tamaño de un órgano debida a la reducción del volumen de sus células, como la involución del útero en el puerperio.

**Kwashiorkor:** Enfermedad por mal nutrición, fundamentalmente en niños causada por deficiencias graves de proteínas que suele producirse cuando el niño es retirado del pecho.

**Marasmo:** Estado de mal nutrición y emaciación extremos que se produce sobre todo en niños pequeños y que se caracteriza por atrofia progresiva de los tejidos subcutáneos y los músculos.

**Metabolismo:** Conjunto de procesos químicos que tienen lugar en los órganos vivo y conducen al crecimiento, la generación de la energía, la eliminación de los desechos y otras funciones fisiológicas, como las relacionadas con la distribución de nutrientes de la sangre después de la digestión.

**Mortalidad:** Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica.

**Nefropatía:** Cualquier trastorno o enfermedad del riñón, incluyendo procesos inflamatorios degenerativos y escleróticos.

**Osteoporosis:** Proceso caracterizado por rarefacción anormal del hueso, que sucede con mayor frecuencia con mujeres posmenopáusicas, en personas sedentarias o inmovilizadas y en enfermos con tratamiento prolongados con corticoesteroides.

**Petequia:** Mancha muy pequeña de color rojo o púrpura que aparecen en la piel y corresponde a una hemorragia diminuta localizada en la dermis o las capas submucosas.

**Piodermia:** Dícese de cualquier enfermedad purulenta de la piel como el impétigo.

**Poliuria:** Excreción de una cantidad anormalmente grande de orina.

**Portador:** Persona que lleva en su cuerpo el germen de una enfermedad y actúa como propagador de la misma.

**Proteína:** Compuesto natural nitrogenado de carácter orgánico complejo, constituido por muchos aminoácidos, que contiene carbón, hidrógeno,

nitrógeno, oxígeno, a menudo azufre, y algunas veces fósforo, hierro, yodo u otros componentes esenciales de las células vivas.

**Queratomalacia:** Proceso caracterizado por xerosis y ulceración de la cornea a consecuencia de una grave deficiencia de vitamina A.

**Raquitismo:** Estado patológico producido por deficiencia de vitamina D, calcio y fósforo.