

TÍTULO: Tratamiento integral a niños con peso deficiente en condiciones precarias de vida. Venezuela junio 2008 - junio 2009

TITLE: Comprehensive treatment to children suffering from weight deficiency under precarious living conditions. Venezuela June 2008- June 2009.

AUTORES:

Dra. Marisol Peña González.

Dr. Frank A. Rodríguez Cora.

Dr. C. Jaime D. Cruz Font.

Dr. Rafael Torres Acosta.

PAIS: Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental de carácter educativo con intervención. Se indicó tratamiento higiénico dietético y medicamentoso con el objetivo de evaluar el tratamiento integral a niños con peso deficiente en la comunidad “Divino niño” Parroquia Sanjuán de los Morros estado Guárico, Venezuela. Las condiciones de vida económicas y sociales de esos niños son desfavorables para un desarrollo físico y mental. En el orden ambiental resultó negativo también que la comunidad se encuentre en los alrededores del vertedero municipal. La población objeto del estudio comprendió a los niños y niñas menores de 5 años que vivían en condiciones precarias en dicha área, la población fuente quedó constituida por 48 pacientes con diagnóstico de peso deficiente y se excluyeron los casos con patologías responsables de su estado nutricional o los que sus padres no estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, por lo que la muestra quedó constituida por 19 niños. Predominaron los del sexo masculino y en el grupo etáreo, los de 1 a 5 años. El de más significación por debajo del tercer percentil fue el de 1 a 5 años con 17 pacientes. Al finalizar sólo quedaron 2 niños en la categoría de delgados y uno en la de desnutrido. Se logró modificar el estado nutricional de la mayoría de los niños, el estilo de vida y algunas de las condiciones precarias de vida.

PALABRAS CLAVES: PESO DEFICIENTE, NUTRICIÓN, TRATAMIENTO.

ABSTRACT

An experimental study of educational nature with intervention on the hygienic-dietetic and medication treatment was carried out in the community "Divino Niño" at San Juan de los Morros parish, Guárico State, Venezuela; aimed at evaluating the comprehensive treatment of children suffering from weight deficiency. Economic and social living conditions of those children are very unfavorable for their mental and physical development. Environmental conditions are also negative considering that the community is located in the vicinity of the municipal dump. The population covered by the study was children under five years old living in this area and under precarious conditions. The source population was formed by 48 patients diagnosed as weight deficient. Cases with pathologies that might be responsible for their nutritional state were excluded from the study. Also, cases whose parents did not agree to participate in the study were excluded. So, finally the resulting sample was formed by 19 children. There was a predominance of children of masculine sex (10), and within the age group of 1 to 5 years old. The most significative group under the third percentile was the 1 to 5 years old group with 17 patients. At the end of the study only two children were classified under the category of thin and one child was classified under the category of undernourished. The nutritional condition of most of the children was modified, as well as their way of life and some of their precarious living conditions.

KEY WORDS: WEIGHT DEFICIENCY, NUTRITION, TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

En la comunidad Divino niño parroquia San Juan de los Morros estado Guárico, Venezuela, las condiciones económicas y sociales de los niños son desfavorables para un desarrollo físico y mental. El gobierno bolivariano implementa una serie de medidas para mejorar la calidad de vida de sus pobladores pero en este artículo solo nos referiremos al estado nutricional de los niños.

En la infancia, la alimentación tiene gran importancia para el desarrollo del individuo. Un déficit de alimentos, aunque sea temporal, puede tener

consecuencias adversas. El proceso intensivo de crecimiento, la tensión intelectual generada por el proceso docente, así como la práctica de educación física y deportes hacen que se deba prestar atención especial a la alimentación de los niños. Para garantizar estos procesos es imprescindible suministrar una dieta suficiente en energía y nutrientes. Ningún alimento es capaz de aportar al organismo todos los nutrientes necesarios para su funcionamiento y desarrollo, por lo que es indispensable lograr una alimentación balanceada.

La nutrición es un conjunto de procesos por los cuales el cuerpo humano digiere, absorbe y transforma, utiliza y elimina las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos con el fin de obtener energía, construir y reparar las estructuras corporales y regular el metabolismo. Esto es un proceso metabólico involuntario y por lo tanto no es educable.

América Latina es un continente que manifiesta una inadecuada alimentación por defecto (FAO. Informe presentado en el año 2007 a la OMS) lo que provoca desnutrición proteica-calórica.

Existen diversos factores que inciden en la nutrición entre estos se encuentran:

- Individuales, están relacionados con los rasgos de personalidad, hábitos y costumbres, además de las características genéticas.
- Sociales: están relacionados con el desarrollo económico de las comunidades, normas, reglamentos y políticas establecidas en el país.

Es decir puede ser por diversas causas: económicas por bajos ingresos. Socioculturales, hábitos alimentarios inadecuados, médico-sanitaria por ausencia o deficiencia del sistema de salud, educacionales por un pobre desarrollo de sistema nacional de educación.

En la desnutrición energética-proteica no sólo disminuye el consumo de proteína y energía de la dieta, sino además hay deficiencias de vitaminas y minerales, lo que conduce al deterioro del funcionamiento de la respuesta inmune, que agrava aún más la situación del paciente, si no se lleva a cabo una intervención nutricional que restablezca la absorción de nutrientes.

Los tratamientos empleados para la desnutrición infantil han sido diversos, estos dependen del desequilibrio nutricional, forma, tipo, etiología, etapa evolutiva y línea de desarrollo. De forma general se deben tratar las condiciones que comprometan la vida del paciente si este lo requiere, manejo dietético adecuado incluyendo suplementación de vitaminerales, nunca usar

corticosteroides ni antihistamínicos como tratamiento coadyuvante. Rehabilitación físico motora en caso de ser necesarios. Prevención de las recidivas, intervención sobre los factores de riesgos detectados y realizar actividades de educación para la salud.

Los niños que aún no tienen complicaciones médicas, pueden ser tratados en sus hogares con alimentos fortificados y terapéuticos. Existen tratamientos para el déficit carencial de nutrientes específicos los que se determinan por el cuadro clínico y los complementarios de laboratorio. El objetivo general fue evaluar el tratamiento integral a niños con peso deficiente y en condiciones precarias de vida de la comunidad “Divino Niño”.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio experimental en el que se aplicaron intervenciones de salud educativas dirigidas a realizar tratamiento higiénico dietético y medicamentoso a los niños con peso deficiente en la Comunidad Divino Niño parroquia San Juan de los Morros, estado Guárico Venezuela en el período comprendido entre junio 2008- junio 2009. Se estudió la ganancia de peso de los niños delgados y desnutridos al imponérseles tratamiento y brindarle capacitación a familiares y manipuladoras de alimentos. Se siguió el orden de las fases propuestas

Fase 1. Caracterización de la población.

La comunidad Divino niño es una comunidad muy pobre que se encuentra ubicada en los alrededores del Vertedero municipal de basuras altamente peligrosas para la salud La basura es quemada frecuentemente contaminando el medio ambiente. No existe acueducto, ni alcantarillado y el 90% de las viviendas son ranchos, con condiciones no adecuadas de vida. Esta comunidad se encuentra en el proyecto del cambio de ranchos por casas, que ejecuta paulatinamente el gobierno venezolano.

Se mensuró a toda la población infantil de 0 a 5 años y se escogieron los individuos objeto de estudio.

Se seleccionaron todos los niños de 0-5 años con el diagnóstico de peso deficiente, (desnutrido y delgado), según las tablas de referencia, y quedó una población de 48 pacientes.

Se incluyeron en el estudio todos los niños que se encontraron con desnutrición por defecto o delgados.

Se excluyeron del estudio aquellos a los que se les detectaron patologías crónicas que pudieran ser responsables de su estado nutricional y los niños cuyos padres no aceptaron ser incluidos en el mismo al aplicarle el consentimiento informado del mismo (ver anexo 1).

De los 48 pacientes según los criterios empleados quedaron finalmente 19 niños. De ellos 9 pertenecían al sexo femenino y 10 al masculino.

Fase 2. Reconocimiento.

Se realizaron las anamnesis y exámenes físicos correspondientes a los pacientes y estos datos fueron recogidos en la Historia Clínica de cada uno de los niños antes, durante y después del tratamiento (Ver Anexo 2). Se realizó una entrevista y se aplicó una encuesta que aparece en el Anexo 3 a las madres de los niños. Esta se diseñó mediante preguntas para obtener información sobre los factores que pudieran influir en la desnutrición de los niños, así corroborar lo que plantea la bibliografía sobre los factores maternos y realizar intervenciones efectivas.

Fase 3. Aplicación del tratamiento.

El tratamiento que se aplicó se dividió en dos tipos:

Tratamiento dietético e higiénico sanitario

Se les explicó a las madres la higiene de los alimentos, cuál es la frecuencia, variabilidad y grupos básicos de alimentos que debían consumir en mayor o menor grado, reafirmando así los conocimientos en cada consulta, tratando de crear una base para una cultura alimentaria.

Con la ayuda de trabajadores sociales se logró abrir un comedor popular donde se insertaron los niños con peso deficiente. Allí se les impartieron actividades de promoción a las elaboradoras de alimentos de la Casa de Alimentación donde se le ofrecía el desayuno y el almuerzo de forma gratuita a estos niños.

Tratamiento medicamentoso;

El mismo se escogió sobre la base de un estudio anterior realizado en nuestro país en el año 2004 por los propios autores. Teniendo en cuenta que la desnutrición proteica energética es una enfermedad multicarencial y en nuestro estudio es de causa primaria, impusimos el tratamiento con vitaminas y minerales para suplir las carencias de los mismos y antiparasitarios según sintomatología pues

no contábamos con medios diagnósticos para confirmar nuestro diagnóstico. Se aplicó según la clínica del paciente.

1. Fumarato Ferroso
2. Multivit o Polivit (16)
3. Vit C (500 mg.) (16)
4. Ácido fólico (5 mg.) (16)
5. Antiparasitario (en dependencia de la sintomatología y la dosis de acuerdo con la edad y el peso): Secnidazol, Mebendazol.

Fase 4. Seguimiento y monitoreo.

El seguimiento se realizó con una periodicidad mensual. Se estudió la ganancia de peso en los delgados y desnutridos después de ponerles tratamiento y se les brindó capacitación a familiares, además a las elaboradoras de la Casa de Alimentación de la Comunidad Divino Niño.

Se determinó la valoración nutricional antes y después del tratamiento seleccionado, de todos los niños que participaron en el estudio.

Se Identificaron los niños recuperados después del tratamiento según nuestro criterio.

Consideraciones éticas:

Prevía información detallada a los padres sobre los objetivos del estudio y los métodos a utilizar, en el cual intervendría su hijo, se les solicitó su consentimiento y colaboración en el mismo.

Criterio de recuperación: Todos los niños que llegaron al 25 percentil del peso esperado para su talla. En las tablas de referencia por encima del 10mo percentil se considera a un niño normopeso, pero en nuestro trabajo llevamos este criterio hasta el 25 percentil ya que si el niño durante los días siguientes a la recuperación nutricional se enfermaba, volvía a caer nuevamente al canal percentilar inferior, por la escasa diferencia.

RESULTADOS DEL TRABAJO

Tabla 1

Distribución porcentual de los niños según estado nutricional por grupos de edades antes y después del tratamiento Comunidad Divino Niño. Junio 2008-2009.

Valoración Nutricional	< 1 año				1-5años			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<3er pctl.	1	5,2	0	0	13	68,5	1	5,2
3-10 pctl.	1	5,2	0	0	4	21,1	2	10,5
10-25 pctl.	0	0	0	0	0	0	1	5,2
25-75 pctl.	0	0	2	10,5	0	0	13	68,5
>75 pctl.	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuestas.

Tabla 2

Acumulado promedio de peso y talla por grupos de edades de los niños del primer al sexto mes de tratamiento Comunidad Divino niño. Junio 2008-2009.

Grupos de Edades	Primer bimestre		Segundo bimestre		Tercer bimestre	
	Peso	Talla	Peso	Talla	Peso	Talla
< de 1 Año	0.5	2.1	1.2	3.1	1.8	4.6
1 a 5 Años	0.8	0.7	1.3	1.5	3.3	2.7

Fuente: Encuestas.

Tabla 3

Acumulado promedio de peso y talla por grupos de edades de los niños del séptimo al duodécimo mes de tratamiento Comunidad Divino niño. Junio 2008-2009.

Grupos de Edades	Cuarto bimestre		Quinto bimestre		Sexto bimestre	
	Peso	Talla	Peso	Talla	Peso	Talla
< de 1 Año	2,8	6,7	3,9	6,3	5,1	7,9
1 a 5 Años	7,3	6,2	7,5	3,9	9,3	4,8

Fuente: Encuestas.

En la **Tabla 1**, De un estudio realizado en la comunidad divino niño sobre desnutrición se tomaron los resultados obtenidos referente a la tarea sobre la evaluación nutricional, detectando que 13 niños de 1-5 años se encontraron debajo del 3er percentil para un 68.5 %, seguido de 4 niños en el grupo de 1-5 en el siguiente canal percentilar.

Después del tratamiento obtuvimos como dato relevante que solo 4 niños no alcanzaron el peso adecuado para la talla, evaluados por tablas de referencia. Como resultado muy positivo obtuvimos que al final del período estudiado solo uno de los niños se evaluaba de desnutrido del grupo etéreo de 1-5 años y dos entre el 3-10 pctl., en uno de estos casos el patrón fenotípico familiar que predominaba era el de longilíneo. Apreciamos que los niños eutróficos según tablas de referencia están por encima del 10mo percentil sin embargo en nuestro trabajo establecimos como punto de recuperación total los que se encontraban por encima del 25 percentil. Ver Figura 1 y Figura 2.

En la **Tabla 2 y 3**, se muestra el comportamiento del peso y la talla desde inicios, durante la intervención y hasta un 1 año, donde finalizó el estudio.

Discusión.

De manera general en los dos primeros meses, no se observó un gran impacto que emanara de los mejores conocimientos por la capacitación y el tratamiento impuesto, así como el apoyo alimentario que estos niños recibieron, esto tiene

su explicación en que precisamente en los primeros días de corrección del estado carencial, se estaba produciendo un ajuste y primero es necesario reparar lo tomado de las reservas energéticas del cuerpo, por ejemplo grasa magra y es por ello que sólo transcurridas unas semanas, comenzamos a ver la recuperación nutricional.

Es en el grupo de 1- 5 años con 17 niños, los que aportaron un mayor incremento del peso, es decir el de mayor número de desnutridos al inicio de nuestro estudio y es debido a que los niños desnutridos sin patologías asociadas a su proceso, son los que más aumentan al imponérsele el tratamiento medicamentoso e higiénico dietético.

Estos resultados coinciden de forma parcial con algunos autores como Alonso Iago quienes plantean que se requiere mas tiempo para lograr resultados como los nuestros. Sin embargo otros especialistas señalan que se pueden obtener resultados positivos en incluso tres meses, lo cual creemos se deba a que no solo se les impuso a los niños tratamiento medicamentosos, sino que se les ofreció tanto a sus madres, niños como familiares la adecuada educación sanitaria y alimentaria para su correcta recuperación y evitar recaídas. Además se les ofreció apoyo dietético durante el período de estudio. Sugerimos establecer un programa nacional en Venezuela a través de la atención primaria de salud con el fin de reducir la desnutrición proteica energética, Realizando actividades de promoción de salud, Complementación alimentaria, prevención y control de deficiencias de mineralonutrientes, saneamiento ambiental, información, educación y comunicación en nutrición y salud. Desarrollo de recursos humanos y sistema de información nutricional. Además de utilizar este tratamiento para todos los niños con peso deficiente de otras áreas de salud del estado Guárico y de ser posible añadir al mismo el Sulfato de Zinc.

CONCLUSIONES.

Los resultados del tratamiento fueron satisfactorios, pues al finalizar nuestro estudio el 79% de lo niños tenía una evaluación nutricional por encima del 25 percentil y sólo tres niños no alcanzaron un peso adecuado para la talla, por lo que quedaron como delgados y desnutridos.

El tratamiento impuesto no incluyó el Sulfato de zinc; el mismo en varios estudios ha demostrado su efectividad en la recuperación del estado nutricional y creemos que la no utilización en nuestro estudio, influyó en el resultado final del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macías Matos C... [et al.]. Evaluación nutricional de niños de 1 a 5 años de edad en un consultorio médico de familia. **Rev Cubana Aliment Nutr** (La Habana) 13(2): 85-90, 1999.
2. Velázquez P. A; Larramendi, P J; Rubio, B J. Factores de riesgo de desnutrición proteico-energética en niños menores de un año de edad. **Rev. Cubana Aliment Nutr** (La Habana) 12(2): 82-85, 1998.
3. OPS/OMS/UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación y nutrición del lactante y el niño pequeño. Geneva: OPS, 2001. 6 p.
4. Gay Rodríguez, J... [et al.]. Alimentación y anemia en un grupo de escolares de primaria. **Rev Cubana Aliment Nutr** (La Habana) 11(1): 26-34, 1997.
5. Cagigas Reig, A de las. Complemento hemolítico como indicador del estado inmunológico de niños con desnutrición energético-proteica aguda. **Rev Cubana Aliment Nutr** (La Habana) 13(1): 29-32, 1999.
6. Pineda Alonso, D... [et al.]. Capacidad antioxidante y potencial de sinergismo entre los principales constituyentes antioxidantes de algunos alimentos. **Rev Cubana Aliment Nutr** (La Habana) 13(2): 4-11, 1999.
7. Cousins, R. J. Cinc / R. J. Cousins, J. M Hempe. **En su**: Conocimientos actuales sobre Nutrición. 6. ed. North América: Organización Panamericana de la Salud-Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. 1991. p. 289-300.
8. López Mendeleu, C. El Futuro de los programas de Educación Nutricional. **Nutrición Clínica** (La Habana) 18(2):45-46,1998.
9. Jiménez Ottalengo, R; Salas Gómez L E. Una experiencia de ejecución alimentaria en el Rincón Zapoteca. **Cuadernos de Nutrición** (La Habana) 21(3):5, 1998.
10. Amador García, M. Trastornos del estado de nutrición. **En**: Pediatría 2. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1996. p. 88-100.

11. Carmuega, E; O'Donnell, A. M. Vitamin Nutrition **Research Newsletter Review** (USA) vol. (No): 45; sep 2003.
12. Nuevos conceptos sobre viejos aspectos de la Desnutrición. México: Ed interamericana, 2003. 12 p.
13. Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos / Rolando Sánchez... [et al.]. La Habana: Ed. MINSAP, 2004. 171 p.
14. Calvo, E... [et al.]. Indicadores antropométricos en la evaluación Nutricional en Adolescentes del sexo Masculino. **Rev Cubana de Pediatr** (La Habana) 75 (2), 2003.
15. Guerra Linares J, estado nutricional de niños menores de 5 años en comunidades rurales y barrios urbanos del distrito chapín de Huantar, Perú: Ed. hospital universitario, 2003. 12. h
16. Gharama-al, R. Factores económicos y sociales relacionados con los indicadores de salud en Yemen / R. Gharama-al, P. Más Bermejo. Yemén; Ed Hospital Universitario, 2005. 8 h.
17. Alonso Lagos E. Malnutrición proteica energética en niños menores de 5 años / E. Alonso Lagos, M. González Hernández, P. Abreu Suárez. Pinar del Río; MINSAP, 2007. 12 h.

ANEXO: 1

Consentimiento informado a padres de niños con peso deficiente:

Por este medio le comunicamos a usted que se realizará un estudio para evaluar el tratamiento a niños con peso deficiente. Se medicarán con fumarato ferroso, Multivit, antiparasitarios, Ácido Fólico, Vitamina C, además se le brindará educación sanitaria sobre la alimentación adecuada.

Acepta:

Sí_____

No_____

Firma del Padre.

Firma del Autor.

ANEXO: 2

HOJA DE CONTROL DEL PACIENTE

Datos del niño.

Fecha de la primera consulta.....

Nombres y apellidos.....

Fecha de nacimiento.....Edad.....Sexo.....

Grupos nutricionales que más consume.....

	Mensuraciones desde 1ra consulta hasta el 6to mes de tratamiento					
	1ra Cons	2da Cons	3ra Cons	4ta Cons	5ta Cons	6ta Cons
Peso						
Talla						

	Mensuraciones desde 1ra consulta hasta el 6to mes de tratamiento					
	7maCons	8va Cons	9na Cons	10maCons	11naCons	12maCons
Peso						
Talla						

ANEXO: 3

Datos de la madre.

Edad_____ Escolaridad_____

Ocupación_____ Vínculo conyugal_____

¿Ha recibido información sobre nutrición? Si_____ No_____

¿Conoce la importancia de la lactancia materna?

¿Qué medidas higiénicas usted realiza para preparar los alimentos?

¿Conoce cuales son los alimentos que le aportan vitaminas y proteínas a su hijo?

¿Cuántas comidas al día consume su hijo?

DATOS DE LOS AUTORES

¹ Dra. Marisol Peña González. Especialista de Primer Grado en MGI. Master en Atención Integral al niño. Profesora Instructora marisol@cristal.hlg.sld.cu

² Dr. Frank A. Rodríguez Cora. Especialista de Primer Grado en MGI. Master en Urgencias Médicas. Profesor Instructor.

¹ Dr. C. Jaime D. Cruz Font. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Auxiliar.

¹ Dr. Rafael Torres Acosta. Especialista de segundo grado de Pediatría. Especialista de Primer Grado Administración de Salud. Máster en Bioética. Profesor Auxiliar.

CENTRO DE TRABAJO

¹ Universidad de ciencias Médicas “Mariana Grajales”. Holguín. Cuba.

² Policlínico Universitario de la Familia “Máximo Gómez B.”. Holguín. Cuba.

Fecha de Recepción: 18 de Febrero 2010

Fecha de Aprobación: 8 de Septiembre 2010

Fecha de Publicación: 31 de Marzo 2011