

Universidad Nacional De Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo: Licenciatura en Enfermería
Sede: San Martín



TESINA FINAL

**Tema “DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD Nº 66 EL MIRADOR”**

AUTORES: Sosa Marta Gladys

Martínez Claudio

Gómez Patricia

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores.



Tribunal Examinador

Presidente.....

Vocal 1.....

Vocal 2.....

Trabajo Aprobado el/...../.....Nota.....



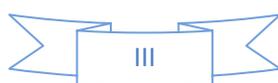
PROLOGO

La desnutrición infantil no es solo un problema de alimentación es un conflicto social más profundo, indigencia, problema educacional, antiguas falencias del sistema de salud, la baja cobertura de saneamiento ambiental.

Por otra parte el dato que anticiparía el índice más alto de desnutrición, es el incremento que ha experimentado el número de niños que viven en hogares indigentes, también influyen el bajo nivel de instrucción de madres y la falta de servicios sanitarios con agua potable dentro de los hogares. Para revertir esta problemática es necesario un cambio en las políticas sociales.

Agradecemos a las siguientes personas que de alguna medida colaboraron para realizar nuestro trabajo.

- Nuestro especial agradecimiento está dirigido a nuestras familias, por brindarnos su paciencia, tiempo y apoyo incondicional, que sin ese apoyo nuestro trabajo, no hubiese sido posible.
- Profesores de la cátedra de tesina.
- Todo el personal profesional y no profesional del centro de salud N° 66 El Mirador, en especial al doctor Scala Alejandro.
- Encargado del Área Departamental de Rivadavia.
- Población del distrito de El Mirador.
- Biblioteca departamental.

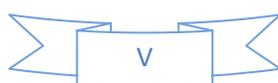


ÍNDICE

	pagina
Advertencia.....	I
Tribunal examinador.....	II
Prologo.....	III
Agradecimientos.....	III
Índice.....	IV
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	3
Delimitación del problema.....	4
Justificación.....	4
Objetivo general.....	5
Objetivo específico.....	5
Marco teórico.....	6
Definición conceptual.....	16
Hipótesis.....	18
Variables.....	18
Operacionalización de variables.....	19
Diseño metodológico.....	20
Tipo de estudio.....	20
Área de estudio.....	20
Universo.....	20
Muestra.....	20
Unidad de análisis.....	20
Técnica de recolección de datos.....	20
Fuente.....	20
Tablas, gráficos y análisis de datos.....	21

ÍNDICE

	pagina
Tabla nº 1.....	22
Tabla nº 2.....	23
Tabla nº 3.....	24
Tabla nº 4.....	25
Tabla nº 5.....	26
Tabla nº 6.....	27
Tabla nº 7.....	28
Tabla nº 8.....	29
Tabla nº 9.....	30
Tabla nº 10.....	31
Tabla nº 11.....	32
Tabla nº 12.....	33
Tabla nº 13.....	34
Tabla nº 14.....	35
Tabla nº 15.....	36
Tabla nº 16.....	37
Análisis de datos.....	38
Conclusión.....	40
Recomendaciones.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	43
Matriz de datos.....	44
Encuesta.....	45
Codificación de variables.....	46
Fotos.....	47



INTRODUCCIÓN

En Argentina mueren gran cantidad de niños por desnutrición, los factores que favorecen este marco son, Indigencia, problemas educativos, antiguas falencias del sistema de salud, carencias en la infraestructura sanitaria, son razones que explican la existencia de desnutrición infantil en nuestro país.

La desnutrición infantil en Argentina, que afecta especialmente a las provincias del Norte, es resultado de un cóctel en el que se combinan el aumento de la pobreza extrema, el analfabetismo, la baja cobertura de saneamiento ambiental y las históricas falencias e inequidades de las políticas de salud, que se traducen en una deficiente atención materno-infantil.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la palabra "desnutrición" se utiliza para referirse a varias dolencias relacionadas con la ingesta de uno o más nutrientes -por ejemplo, proteínas, yodo o calcio- y caracterizadas por un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y energía y las necesidades del organismo para su crecimiento y desarrollo.

En todo el mundo, de los casi 11 millones de niños menores de cinco años que mueren anualmente, la mitad lo hacen a causa de la desnutrición. Aunque en nuestro país el déficit nutricional es un problema de larga data, se carece de datos completos y actualizados.

Las estadísticas se basan en tres indicadores: peso para la edad, que mide la desnutrición global; talla para la edad, que refleja la desnutrición crónica, debido a que la baja estatura es producto de una carencia prolongada de nutrientes; y peso para la talla, que mide la desnutrición aguda.

Los estudios realizados en los últimos años revelan que la forma de desnutrición prevalente en Argentina ha sido hasta ahora el déficit de talla y que el Norte es la región más afectada.

Una encuesta antropométrica efectuada entre 1995 y 1996 por el Ministerio de Salud en niños menores de seis años atendidos en hospitales arrojó un 12,9% de chicos con déficit de talla. Hubo fuertes diferencias entre las distintas regiones del país. La mayor prevalencia de bajo peso y baja talla para la edad se encontró en Chaco y Tucumán.

La forma más importante de desnutrición es la proteico-calórica, que suele dividirse en dos tipos, aunque a veces se superponen: marasmo y kwashiorkor.

El marasmo está causado principalmente por deficiencias energéticas y se distingue por la gran delgadez del niño. Se desarrolla generalmente en el primer o segundo año en chicos que no son amamantados o que sufren de

diarrea crónica. El marasmo severo se ve acompañado por una profunda debilidad. Los niños en esta condición pierden grasa y músculo y adquieren una apariencia esquelética. Además de ser pequeños para su edad, sufren infecciones frecuentes. Otros síntomas incluyen piel seca y arrugada y pulso y respiración lentos.

El kwashiorkor -una palabra que se origina en un lenguaje nativo de Ghana- es causada por un déficit proteico y se presenta generalmente en el lactante mayor o en el preescolar. Se caracteriza por la retención de líquido o edema, alteraciones en la piel, cambios en el color del cabello, pérdida de apetito, apatía y, comúnmente, anemia y diarrea. La acumulación anormal de líquido puede hinchar el abdomen, de modo que a los padres el niño suele parecerles "gordo". Algunos chicos pueden sufrir a la vez marasmo y kwashiorkor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de consultas y controles de niños de 2 a 5 años que asisten al centro de salud N° 66 El Mirador Rivadavia Mendoza observamos que el desarrollo no es el adecuado relacionado a su edad, según los parámetros que nos indica la organización mundial de la salud, con las tablas de crecimiento y desarrollo. Algunos niños presentan síntomas como falta de apetito, una notoria delgadez, diarreas, vómitos, colocando a estos niños en una situación de riesgo nutricional importante y la incidencia de cada uno de ellos pone en alerta esta problemática que está afectando a este grupo atareo tan vulnerable, teniendo en cuenta sus características cambiantes, dinámicas, para llegar a ser un adulto sano

DELIMITACION DEL PROBLEMA.

¿Qué factores inciden en la desnutrición de niños de 2 a 5 años que asisten al centro de salud N° 66 del distrito El Mirador Rivadavia, Mendoza? Periodo junio 2010 – abril 2011.

JUSTIFICACIÓN

En el centro de salud N° 66 “El Mirador” Rivadavia, se observo, un grupo etario, (niños de 2-5 años), con un marcado déficit nutricional. Esto marco un interés que nos lleva a investigar más profundo para determinar los factores que afectan a este grupo etario en particular.

Debido al impacto que tiene la nutrición en la evolución clínica, se ha acrecentado el interés por encontrar un marcador preciso de mal nutrición.

A través de la fundamentación teórica y práctica pretender concientizar sobre la importancia de conservar una nutrición adecuada durante toda la vida, ya que evita o retrasa, el comienzo de algunas enfermedades de origen nutricional.

Por último, a través del abordaje de desnutrición ofreceremos diversas herramientas para prevenir y cómo actuar frente a diferentes casos o niveles de desnutrición.

Por eso, debemos tener en cuenta, en el terreno que desarrollamos nuestras actividades diarias, así poder educar, controlar e identificar pacientes que requieran soporte nutricional agresivo con el fin de disminuir los riesgo de morbimortalidad secundarios a la desnutrición.

Se pretende con este protocolo de estudio a través de este centro de salud, el fortalecimiento la vigilancia en crecimiento y desarrollo durante la infancia por ello que se necesita estratégicamente identificar los factores de riesgo de la población basándose en los programas de atención y programas de soporte nutricional.

OBJETIVO GENERAL

Identificar factores que inciden en la desnutrición en niños de 2 a 5 años que asisten al centro de salud N° 66 del distrito El Mirador.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar los recursos socio económico de la familia responsable de los niños.
- Conocer hábitos alimenticios de la familia responsable de los niños.
- determinar nivel cultural de los adultos responsables
- establecer parámetros de grado de nutrición.

MARCO TEORICO

Debemos tener en cuenta, en el terreno que desarrollamos nuestras actividades diarias, así poder educar, controlar e identificar pacientes que requieran soporte nutricional agresivo con el fin de disminuir los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición.

Se pretende con este protocolo de estudio a través de este centro de salud, el fortalecimiento la vigilancia en crecimiento y desarrollo durante la infancia por ello que se necesita estratégicamente identificar los factores de riesgo de la población basándose en los programas de atención y programas de soporte nutricional.

La mayoría de las consultas son porque los niños presentan irritabilidad, falta de apetito, decaimiento, cansancio, vómitos, náuseas, falta de concentración y pérdida de peso

El déficit alimentario constituye una de las causas más importantes en el mundo actual, sobre todo en lo que se conoce como tercer mundo y en los sectores más marginados del mundo desarrollado.

Algunas enfermedades son provocadas directamente por el déficit alimentarios, como son los casos de la desnutrición, la osteomalacia o déficit de la vitamina "D" o numerosos trastornos que son provocados por la falta de ciertos nutrientes.

Las necesidades nutritivas del niño son mayores que en ningún otro momento de la vida. El rápido crecimiento y los continuos cambios madurativos del organismo infantil requieren un aporte continuo y equilibrado de alimentos de alto valor nutritivo. Es responsabilidad de mantener una dieta rica y variada, y desarrollar unos buenos hábitos alimentarios para el resto de la vida depende, en gran medida, el interés de padres y cuidadores.

Por eso debemos profundizar para alcanzar y detectar los casos en riesgo dentro del terreno que desarrollamos nuestras actividades diarias, así poder ayudar, educar y controlar debidamente a nuestros niños que están en etapa de desarrollo.

El estudio es fundamental ya que nos da una pauta de la población infantil que se encuentra afectada.

Nutrición

La nutrición es un proceso involuntario, que comprende la absorción y las transformaciones que experimentan los nutrientes para convertirse en sustancias químicas sencillas. Sin embargo, la alimentación es un proceso voluntario y consiste mediante el ser humano lleva a cabo la ingestión de alimentos ricos en materia orgánica e inorgánica

Los nutrientes

Los nutrientes son sustancias químicas que componen los alimentos. Se consideran nutrientes las proteínas, los hidratos de carbono (glúcidos o carbohidratos), los lípidos, las vitaminas, los minerales y el agua.

Se pueden clasificar en micronutrientes y macro nutrientes. Los primeros incluyen las proteínas, los lípidos y los hidratos de carbono, que se encuentran en grandes cantidades en los alimentos. Nuestro organismo requiere un aporte importante de micronutrientes y, por lo general, necesita descomponerlos en moléculas más pequeñas para que puedan ser absorbidas y utilizadas. Los micronutrientes comprenden las vitaminas y los minerales, que se encuentran en menor proporción en los alimentos y que, a pesar de ser imprescindibles, las cantidades que nuestro organismo requiere son muy pequeños.

Los alimentos también contienen agua. Este es el alimento que nuestro organismo requiere en mayor cantidad (uno o dos litros diarios), ya que el agua es el líquido más abundante del cuerpo humano (65%) y el medio en el que se realizan casi todas las reacciones químicas que tienen lugar en el organismo.

Reciben el nombre de nutrientes esenciales aquellos que el organismo no puede sintetizar o no es capaz de hacerlo en las cantidades necesita y, por tanto, deben incorporarse necesariamente a través de la dieta. Dentro de los nutrientes esenciales se encuentran algunos aminoácidos, ácidos grasos, vitaminas y minerales.

Tipos de nutrientes

Los alimentos se diferencian por el tipo y cantidad de nutrientes que contienen, y se pueden clasificar en siete grupos:

- Grupo 1: leche y derivados.
- Grupo 2: carne, huevos y pescados.
- Grupo 3: patatas, legumbres y frutos secos.
- Grupo 4: verduras y hortalizas.
- Grupo 5: frutas.
- Grupo 6: panes y cereales.
- Grupo 7: grasas aceites y mantequilla.

Los alimentos del grupo 1, formado por la leche y sus derivados, contienen principalmente proteínas (80% de caseína y 20% de lacto albúmina), grasas (ácidos grasos saturados y un contenido de colesterol de 14 mg/100g) e hidratos de carbono (lactosa). La leche y sus derivados son la principal fuente de calcio de la dieta y una fuente importante de fósforo, pero carecen de hierro. Este grupo proporciona vitaminas liposolubles (A y D).

El grupo 2 está formado por las carnes, los pescados y los huevos. Estos alimentos aportan todos los aminoácidos esenciales que el cuerpo necesita para ensamblar sus propias proteínas. Las carnes contienen un 20% de proteínas, son ricas en hierro y fósforo y aportan vitaminas, principalmente del grupo B (B12 y niacina). Las vísceras, en especial el hígado, so fuente importante de vitaminas A, D y vitaminas del grupo B, así como el hierro y el cinc. Los pescados tienen un contenido proteico del 18 al 20%. Los huevos tienen un alto grado de proteínas. La clara está compuesta principalmente por albúmina. La yema contiene otras proteínas, vitaminas hierro, azufre y grasas.

El grupo 3 está formado por los tubérculos, las legumbres y los frutos secos. Las legumbres o las leguminosas, lentejas garbanzos o los guisantes tienen un alto contenido de proteínas (17% al 25%) y fibras. Sus aminoácidos a menudo

complementan los del arroz, el maíz y el trigo, que constituyen los alimentos básicos de muchos países. Además, contienen minerales (calcio, magnesio hierro). Vitaminas del grupo B y muchos hidratos de carbono (55%). Los tubérculos y los rizomas incluyen varios tipos de papas o patatas. Son ricos en almidón y relativamente bajos en proteínas, aportan vitaminas y minerales. Los frutos secos ricos en proteínas (10% al 30%) y grasas (30% al 60%), ácidos grasos poli insaturados. Y son buena fuente de minerales como potasio, calcio hierro, fósforo y magnesio.

Grupo 4 está formado por las verduras y las hortalizas. Estas tienen un elevado contenido en agua y fibras y son fuentes muy importantes de vitaminas C. y del grupo B y minerales (calcio potasio, magnesio, hierro, cinc). Muchas de las vitaminas hidrosolubles.

Grupo 5 está formado por las frutas son fuentes importantes de fibras, minerales y vitaminas, en especial de vitamina A y C.

Grupo 6 esta compuesto por los panes y cereales. Son ricos en hidratos de carbono (65% y un 75%) y constituyen una fuente fácil y rápida de suministro de calorías. Su contenido en proteína y grasas es bajo. Contiene vitaminas del grupo B, E y A y son ricos en minerales como el hierro, potasio y el fósforo. Los panes elaborados con cereales integrales tienen un contenido más elevado de vitaminas y fibras.

Grupo 7 está formado por las grasas y aceites e incluyen las grasas animales de la carne y pescado, la mantequilla la margarina y los aceites vegetales. Las grasas animales son ricas en ácidos grasos saturados, mientras que las del pescado son poli insaturados. Su función principal es predominante plástica (grupo 1 y 2), energética (grupo 3, 6 y 7) y reguladora (grupo 4 y 5).

Desnutrición

Mundialmente, la desnutrición es una de las causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad en la niñez. Puede ser por una ingesta inadecuada o inapropiada de alimentos o una inadecuada absorción.

Significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos problema de absorción u otras condiciones médicas.

La desnutrición es la enfermedad provocada por insuficientes aportes de combustibles (hidratos de carbono y grasas) y proteínas. Según la U.N.I.C.E.F., la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños en países en desarrollo. La prevención es una prioridad de la OMS.

Hoy en día la desnutrición es aceptada como factor común en la práctica clínica. El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo.

En los últimos años se le había restado importancia a la valoración nutricional de los pacientes ya que los parámetros hasta ahora desarrollado no han sido, son aprobados debido a que en algunos casos se ven afectado a la respuesta de la enfermedad, además de representar una relación importante costo beneficio para el paciente.

De acuerdo con la organización mundial de la salud la palabra “desnutrición” se utiliza para referirse a varias dolencias relacionada con la ingesta de uno o más nutrientes, ej. Proteína, yodo o calcio y caracterizada por un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y energía y la necesidad del organismo para su crecimiento y desarrollo, tanto físico como intelectual.

Tipos de desnutrición

1- Marasmo: desnutrición severa en infantes. Es común en áreas con comida insuficiente, falta de conocimientos de técnicas de alimentación y una pobre higiene.

El marasmo es comúnmente conocido como caquexia severa o de hambre, es debido a una disminución de ingesta de energía en relación al gasto energético y usualmente se desarrolla en un período largo de tiempo. El marasmo puede

ser debido a una ingesta baja de energía como un desorden primario, o la baja ingesta de esta puede ser secundaria a una enfermedad como cáncer o enfermedad crónica del riñón, hígado o corazón. Al principio el cuerpo trata de adaptarse a la baja ingesta de energía a través de varios mecanismos. Cuando continúa el proceso, los almacenamientos de energía se acaban y el individuo desarrolla las características de una apariencia de desgaste. La característica principal del marasmo son los depósitos de grasas reducidos. Existen alteraciones en el sistema inmunológico, hay alteraciones de la estructura y la integridad de la piel y las mucosas.

Manifestaciones clínicas.

Entre las manifestaciones clínicas se puede ver el abdomen distendido o plano, puede haber atrofia muscular con hipotonía como resultado. La temperatura es subnormal usualmente, el pulso es bajo y la tasa basal metabólica tiende a estar reducida. El infante usualmente está constipado, pero se puede presentar la llamada diarrea por hambre, la cual se caracteriza por deposiciones frecuentes, en pequeñas cantidades y que contienen moco

2- Kwashiorkor: También llamada desnutrición hipoalbuminémica, no solamente es una enfermedad primaria por baja ingesta, se desarrolla en una enfermedad aguda. Kwashiorkor puede desarrollarse más rápido que marasmo, en semanas sin soporte nutricional. En contraste de pacientes con marasmo, pueden ser de peso normal o sobrepeso algunas veces y pueden no parecer desnutridos

Manifestación clínica

Los signos clínicos incluyen edema, caída de pelo, piel quebradiza y mala cicatrización. Existe una inmunodeficiencia secundaria que es la manifestación clínica más seria y constante. El niño puede desarrollar anorexia y pérdida del tejido muscular. El hígado puede estar grande y una infiltración grasa es común. El flujo plasmático renal, la tasa de filtración glomerular y la función renal tubular están disminuidas. El corazón puede estar pequeño en las etapas tempranas, pero usualmente se vuelve grande después. Las infecciones

paracitares son comunes haci como la anorexia vomitos y diarea. Los musculos son debiles y atroficos, pero ocasionalmente hay un exeso de grassa subcutanea. Hay cambios mentales, irritabilidad, apatia, estupor, coma y luego la muerte.

Los hallasgos de los laboratorios tambien incluyen albumina serica baja, disminucion de oligoelementos, elevacion de glucosa, globulos blancos, nitrogeno en orina y ferritina serica.

Otras formas de desnutrición se originan en las deficiencias de micronutrientes -así llamados porque se necesitan en pequeñas cantidades-, como las vitaminas y la mayoría de los minerales, de los cuales los más importantes son la vitamina A, el hierro y el yodo. La deficiencia de yodo es la principal causa prevenible de retardo mental y daño cerebral en el mundo. También es origen frecuente del bocio, enfermedad que se caracteriza por el aumento del tamaño de la glándula tiroides y que en nuestro país afectaba especialmente a la región andina. La utilización de sal yodada desde los años sesenta ha permitido reducir significativamente los desórdenes por falta de este micronutriente.

MECANISMO DE MEDICION

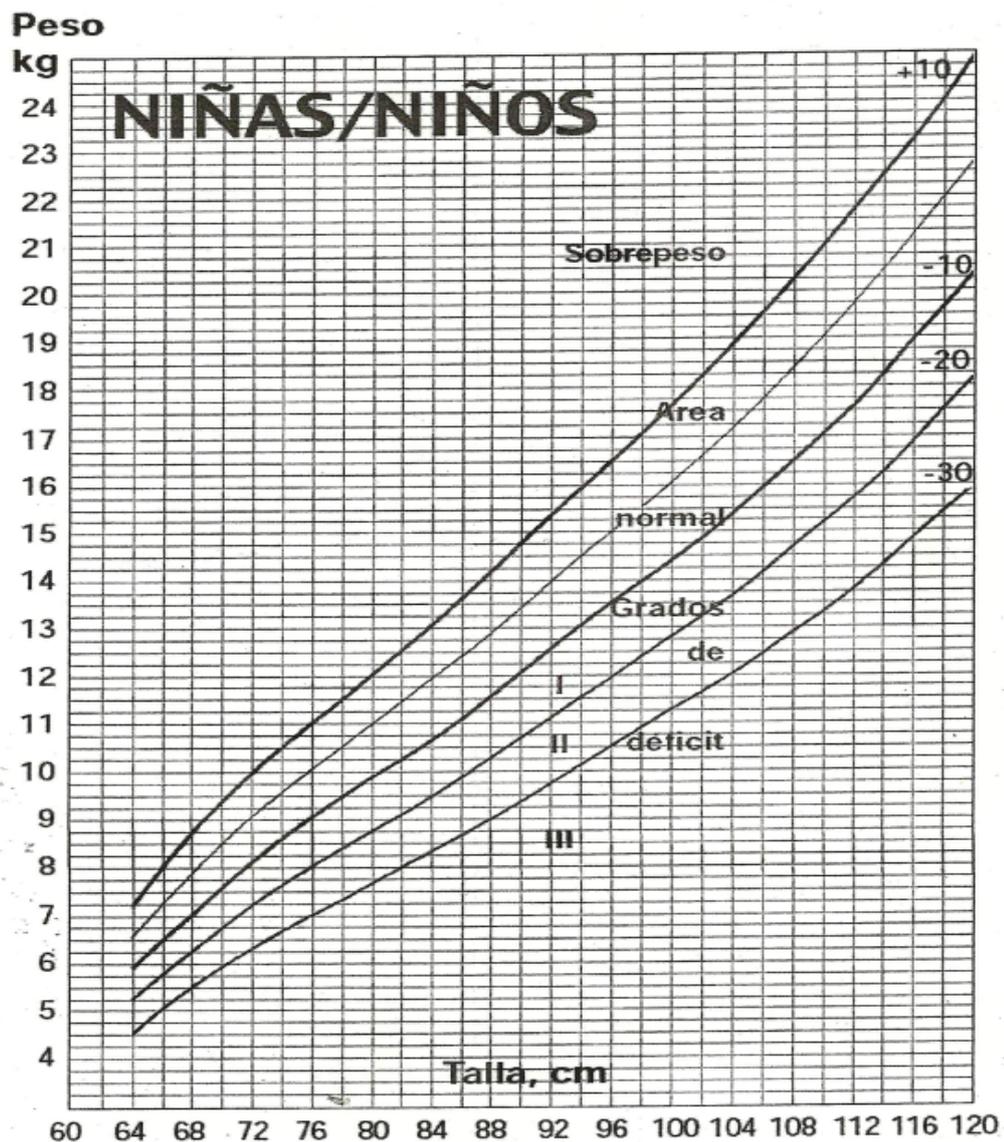
Antropometría física: Mide aspectos de la composición corporal, es un indicador de estado nutricional a largo plazo. La información de mediciones antropometricas son de gran valor para evaluar el crecimiento físico de niños. Se enfatiza su utilidad debido a que es una medida simple y no invasiva.

Las curvas de crecimiento de peso y talla se utilizan para evaluar el desarrollo del niño. En base a estas curvas, las medidas individuales se comparan con la distribucion de las medidas de referencia, estimandose la probabilidad de un individuo de tener un crecimiento físico inadecuado.

Las medidas antropometricas, obtenidas en niños y adultos han sido tradicionalmente utilizadas como indicadores de crecimiento fisico y dada su estrecha relacion entre nutrición y crecimiento físico, también se han utilizado como indicadores de estado nutricional. Las medidas antropométricas más frecuentemente recomendadas y que deberían obtenerse en estudios de salud

y nutrición incluyen: peso, talla, perimetro del brazo, perimetro cefálico, pliegue del tríceps y pliegue del subescapular.

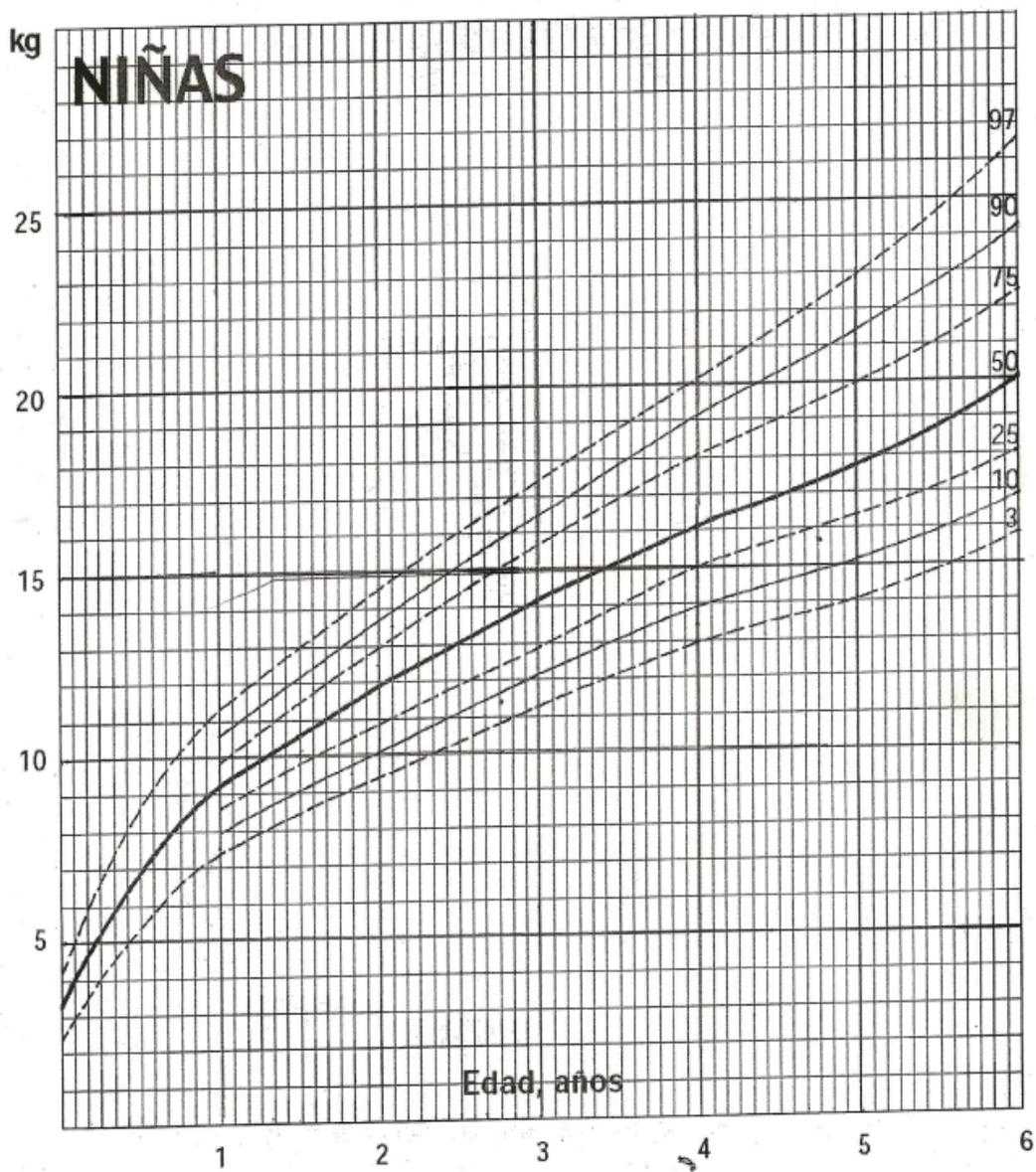
Gráfico N° 32
NIÑAS / NIÑOS
RELACION PESO/TALLA
1 a 6 años



Gráficos preparados por Lejarraga H, Morasso M del C.
 Publicado en: Lejarraga H, Morasso M del C, Orfila G.

Tabla de relacion peso /edad utilizada en el centro de salud N° 66 El Mirador

Gráfico N° 3
NIÑAS
PESO
Nacimiento-6 años



Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.
Arch.argent.pediatr 1987; 85:209-222.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

-Albumina: Cada una de las numerosas sustancias albuminoideas que forman principalmente la clara de huevo. Se hallan también en los plasmas sanguíneo y linfático, en los músculos, en la leche y en las semillas de muchas plantas.

-Anorexia: Falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes, y que puede ser muy grave.

-Antropométrica:

- Atropo: Prefijo que significa “relacionado con el hombre”.
- Métrico, sistema: Sistema decimal de medida basado en el metro como unidad de longitud, el gramo como unidad de peso o masa, y el litro como unidad de volumen.

-Apatía: Impasibilidad del ánimo. Dejadéz, indolencia, falta de vigor o energía.

-Atrofia: Falta de desarrollo de cualquier parte del cuerpo. Disminución en el tamaño o número, o en ambas cosas a la vez, de uno o varios tejidos de los que forman un órgano, con la consiguiente minoración del volumen, peso y actividad funcional, a causa de escasez o retardo en el proceso nutritivo.

-Caquexia: Estado de extrema desnutrición producido por enfermedades consuntivas, como la tuberculosis, las supuraciones, el cáncer, etc

-Desnutrición: Deterioro del organismo por trastornos nutritivos o por falta de alimentos.

-Déficit: Cantidad que falta para que los ingresos se equilibren con los gastos. Lo que falta para alcanzar el nivel adecuado: déficit de vitaminas.

-Estupor: Disminución de la actividad de las funciones intelectuales, acompañada de cierto aire o aspecto de asombro o de indiferencia

Hipotonía: Tono muscular inferior al normal.

-Inmunodeficiencia: Disminución de la actividad de las funciones intelectuales, acompañada de cierto aire o aspecto de asombro o de indiferencia

-Kwashiorkor: Trastorno dietético grave observado en niños entre los 10 meses y los tres años, que se debe a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básicos y un déficit importante de proteínas. Estos niños siempre están hambrientos, y sus padres, en un intento de aliviar el hambre y de aportar las necesidades energéticas, les suministran grandes

cantidades de hidratos de carbono que por sí solas tienen un valor nutricional bajo. El término kwashiorkor procede de una palabra de Ghana que significa 'afección del niño que deja de mamar'. . El kwashiorkor es una enfermedad de los países en desarrollo y con probabilidad la más frecuente de todas las enfermedades nutricionales.

-Marasmo: Grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías. En los países en vías de desarrollo es la manifestación más común de una dieta deficiente. Está causada por un abandono prematuro del pecho de la madre como fuente de alimento y por las infecciones intestinales, generalmente gastroenteritis, que se producen cuando el niño es alimentado con biberón en malas condiciones higiénicas.

-Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

-Oligoelemento: Elemento químico que en muy pequeñas cantidades es indispensable para las funciones fisiológicas; p. ej., el cinc y el aluminio.

-Osteomalacia: Proceso morboso consistente en el reblandecimiento de los huesos por la pérdida de sus sales calcárea.

-Saneamiento: Acción y efecto de sanear. Conjunto de técnicas y elementos destinados a fomentar las condiciones higiénicas en un edificio, de una comunidad, etc.

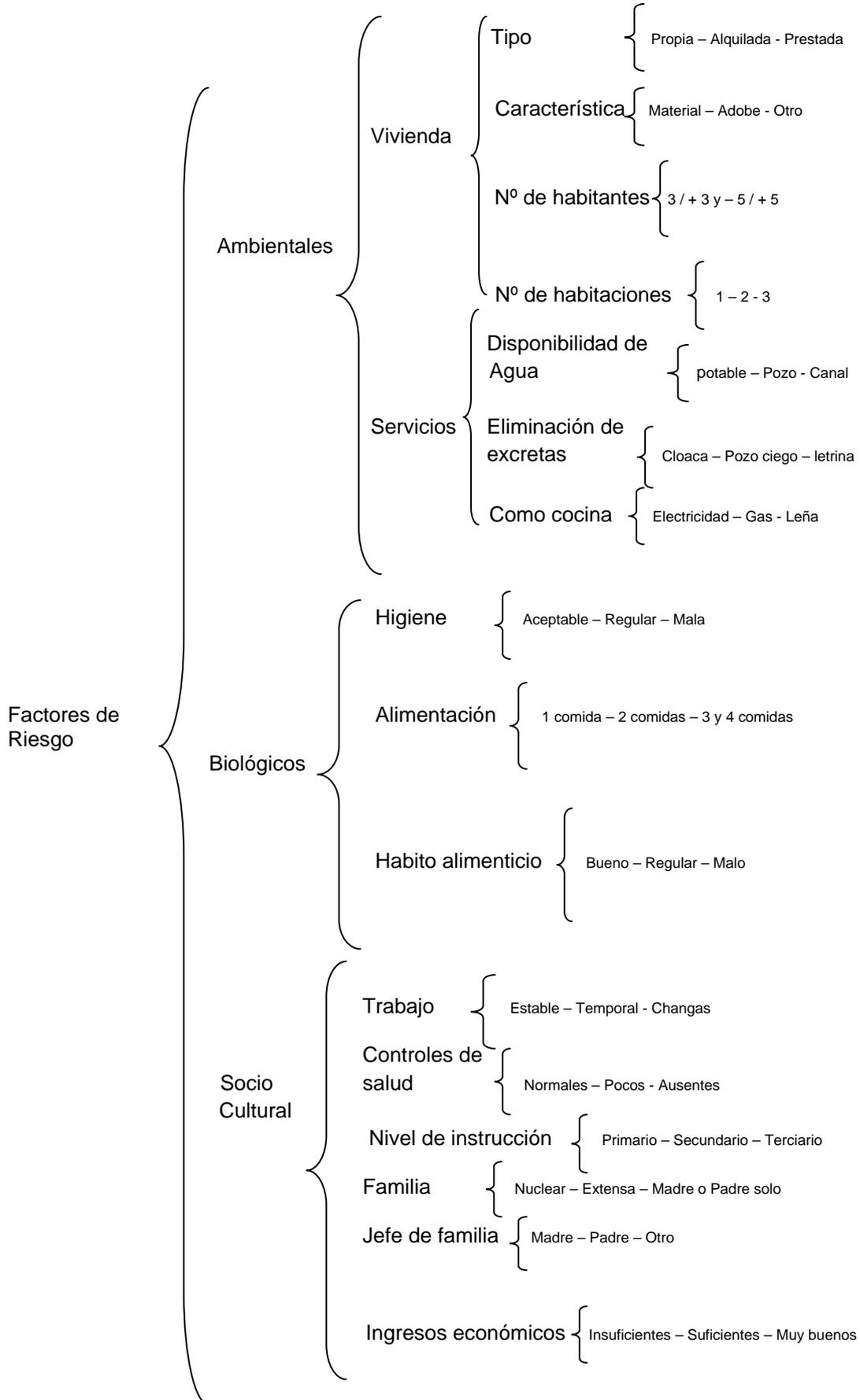
HIPÓTESIS

- El estado socio-económico, factores culturales y los hábitos alimenticios de los padres o responsable de los niños influiría en el estado nutricional de los niños.

VARIABLES

Dependiente	Independiente
Estado nutricional	Factor socio económico Factor cultural Hábitos alimenticios

Operacionalización de variables



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal

Cuantitativo: porque se puede cuantificar las variables de estudio

Descriptivo: se describen las variables en estudio

Retrospectivo: se realiza en un periodo de tiempo pasado

Transversal: se realiza un determinado corte en el tiempo

Área de estudio

Centro de salud N° 66 El Mirador Rivadavia Mendoza

Universo

Tomaremos como universo 180 niños que representan el 100% y que asisten al centro de salud N° 66 El Mirador, con controles médicos periódicos y asistidos con el programa nutricional.

Muestra

La muestra será de 54 niños de 2 a 5 años que representan el 30% del total de niños

La muestra se tomara en forma aleatoria, a los responsables de cada niño, se le designara un número en valor ascendente de 1 a 180 y se realizara la encuesta a uno cada tres responsables de los niños comenzando por el uno.

Unidad de análisis

Niños de 2 a 5 años que asisten al centro de salud N° 66 El Mirador.

Técnica de recolección de datos

Instrumento utilizado: Encuesta

Fuente

Primaria: Madre, Padre o tutor del niño

Secundaria: historial clínico centro de salud N° 66 El Mirador.

El trabajo será representado a través de:

- Gráficos de sectores. Tablas, peso/ talla.
- Tablas de percentiles del índice masa corporal por edad.

TABLAS, GRÁFICOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Tabla N° 1

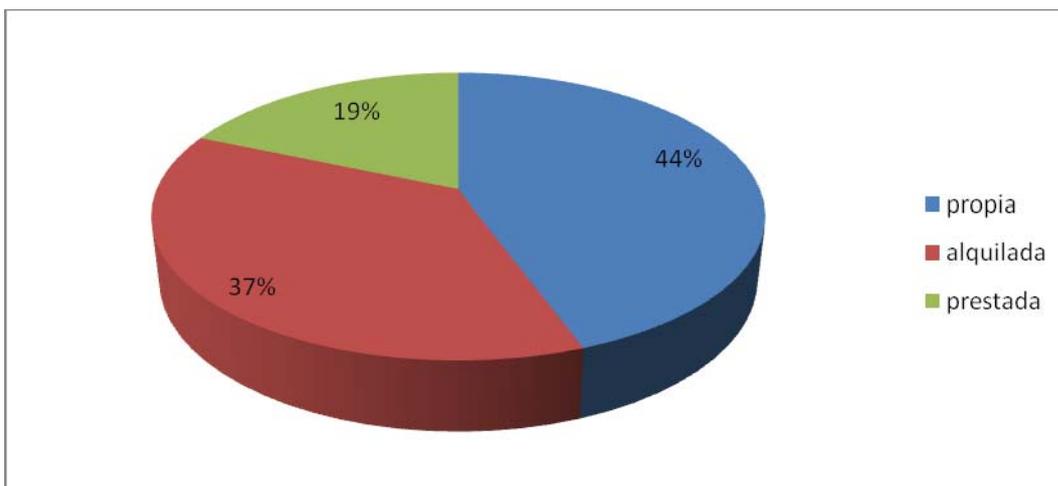
Título: Tipo de vivienda en la que convive el grupo familiar.

TIPO DE VIVIENDA	FA	FR
Propia	24	44%
Alquilada	20	37%
Prestada	10	19%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráfico N°1

Título: Tipo de vivienda en la que convive el grupo familiar



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Podemos observar que existe menor porcentaje de viviendas propias 44%, ante él 56% que suman las propiedades que son alquiladas o prestadas.

Tabla N°2

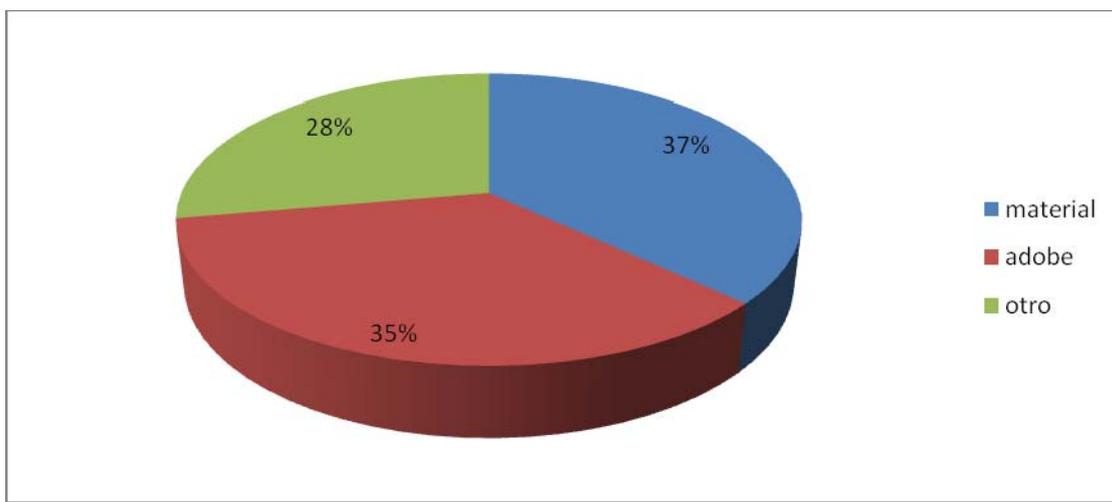
Título: Características de la vivienda en la que convive el grupo familiar.

Características de la vivienda	FA	FR
Material	20	37%
Adobe	19	35%
otros	15	28%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráficos: N° 2

Título: Características de la vivienda en la que convive el grupo familiar



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Las encuestas realizadas nos muestran que 37% de las viviendas son de material cocido, y el resto 63% son de adobe y otros materiales.

Tabla N° 3

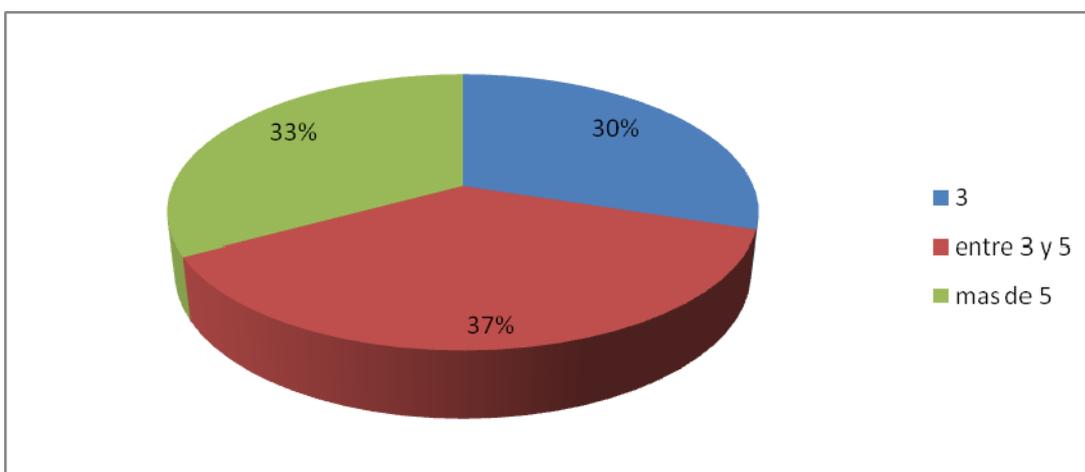
Título: Número de habitantes de la vivienda

Nº De habitantes	FA	FR
3	16	30%
+ de 3 y – de 5	20	37%
+ de 5	18	33%
total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráfico N°3

Título: Número de habitantes de la vivienda



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

A través de las encuestas podemos observar que en la mayoría de las viviendas habitan familias numerosas, el 33% viven más de cinco personas, el 37% viven entre 3 y 5 personas por vivienda y el resto solo viven tres o menos en la vivienda.

Tabla N°4

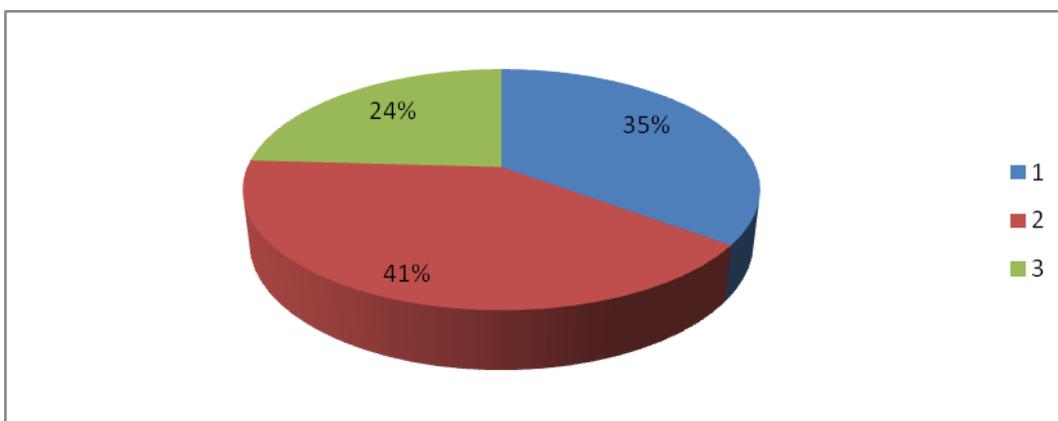
Título: cantidad de habitaciones de las viviendas.

Nº De habitaciones	FA	FR
1	19	35%
2	22	41%
3	13	24%
total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráficos N°4

Título: cantidad de habitaciones de las viviendas.



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

El mayor porcentaje 41% posee 2 habitaciones, mientras que también hay un alto porcentaje 35% de viviendas que posee una sola habitación, y el 24% restante posee tres habitaciones.

Tabla N° 5

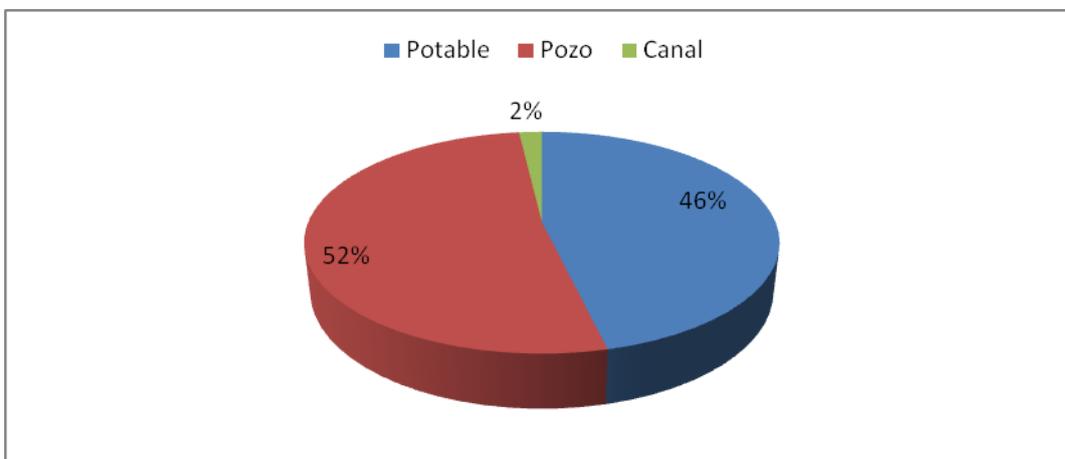
Título: acceso y disponibilidad de agua que se consume en la vivienda.

Disponibilidad de agua	FA	FR
Potable	25	46%
Pozo	28	52%
Canal	1	2%
total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráficos N° 5:

Título: acceso y disponibilidad de agua que se consume en la vivienda.



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Se puede observar notablemente que la mayor parte de la población 52% dispone de agua de pozo, mientras la otra mitad 46% dispone de agua potable y un mínimo de población 2% agua de cana

Tabla N° 6

Título: ¿Que medios de eliminación de excretas poseen las viviendas?

Eliminación de excretas	FA	FR
Cloacas	15	28%
Pozo ciego	22	41%
Letrina	17	31%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráficos N°6

Título:¿Qué medios de eliminación de excretas poseen las viviendas?



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Se observa que el mayor porcentaje 41% de las viviendas poseen pozo ciego, 31% letrinas y 28% poseen cloacas para eliminar sus excretas

Tabla N° 7

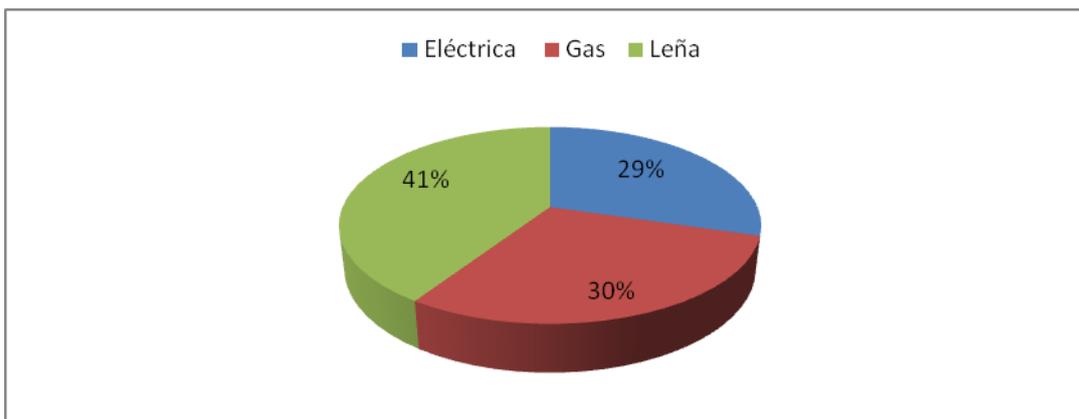
Título: ¿con qué tipo de fuente o recurso cocinan las familias?

Como cocina	FA	FR
Electricidad	16	29%
Gas	16	30%
Leña	22	41%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráfico N°7

Título: ¿con qué tipo de fuente o recurso cocinan las familias?



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Según la encuesta realizada podemos ver que la mayoría de la población 41% cocina a leña, otra gran parte de la población 30% cocina a gas y la minoría 29% usa electricidad.

Tabla N° 8

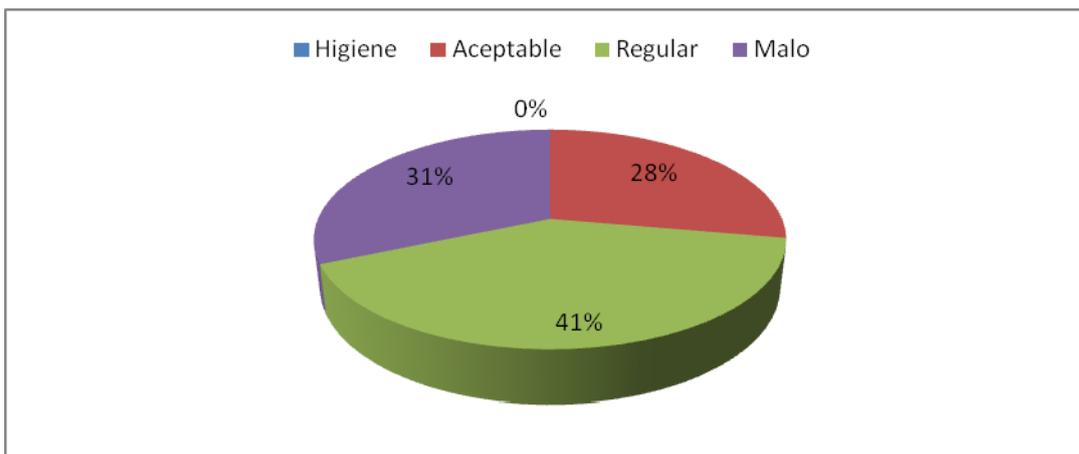
Título: ¿Como es la higiene de las familias de los niños?

Higiene de las familias	FA	FR
Aceptable	15	28%
Regular	22	41%
Malo	17	31%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráfico N°8

Título: ¿Como es la higiene de las familias de los niños?



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

El 41% de las familias presenta un hábito de higiene regular. 31% presenta malos hábitos de higiene y el 28% restante posee hábitos de higiene aceptables.

Tabla N° 9

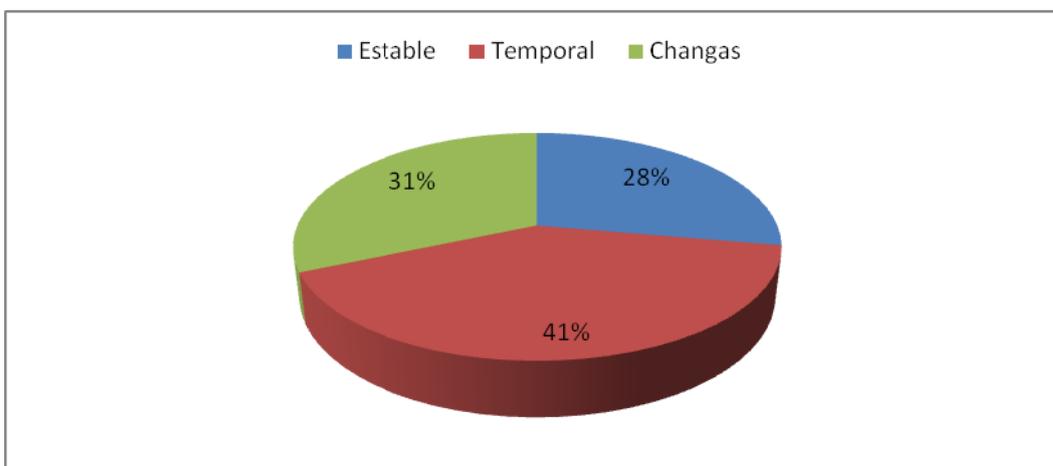
Título: Tipo de trabajo o actividad laboral del jefe de la familia o responsable.

Tipo trabajo	FA	FR
Estable	15	28%
Temporal	22	41%
Changas	17	31%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráfico N°9

Título: Tipo de trabajo o actividad laboral del jefe de la familia o responsable.



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Podemos ver que la mayoría de los jefes de familia 41% cuentan con un trabajo temporal, le sigue el 31% que solo realiza changas y por ultimo solo el 28% posee un trabajo estable.

Tabla N° 10

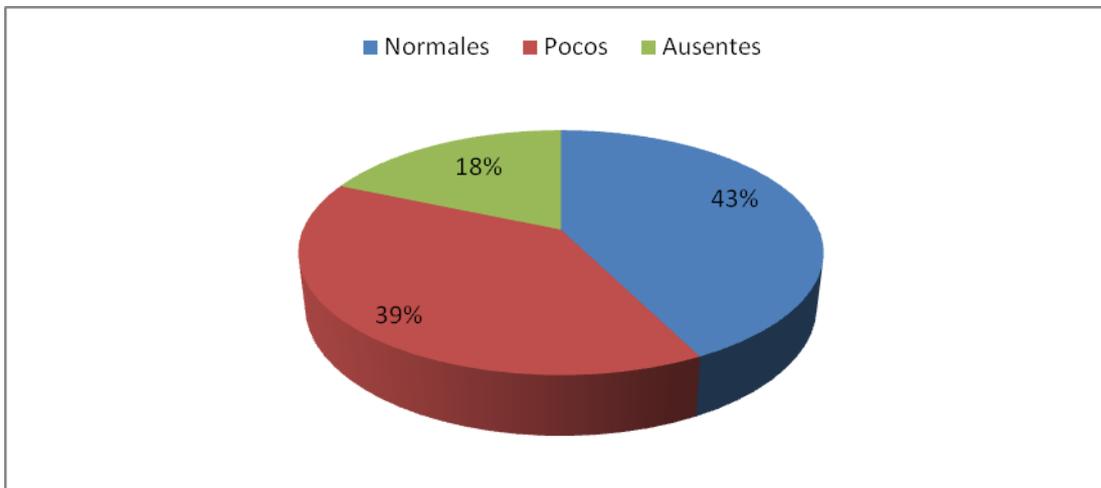
Título: Frecuencia de los controles de salud realizados.

Controles de salud	FA	FR
Normales	23	43%
Pocos	21	39%
Ausentes	10	18%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráfico N°10

Título: Frecuencia de los controles de salud realizados.



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

En la encuesta realizada observamos que el mayor porcentaje 43% realiza controles normales, el 39% realiza pocos controles y el 18% restante tiene ausencia de controles

Tabla N° 11

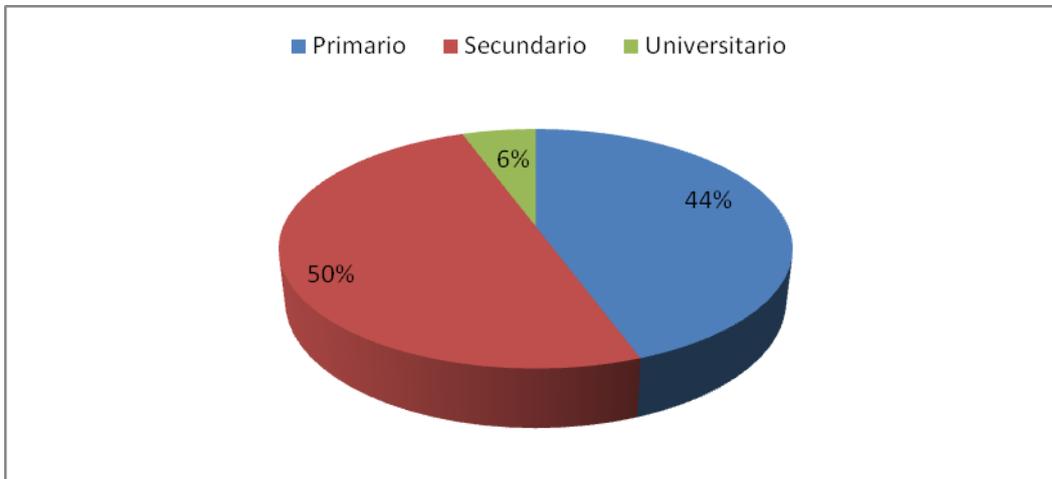
Título: Nivel de instrucción que poseen los adultos responsables de los niños.

Nivel de instrucción	FA	FR
Primario	24	44%
Secundario	27	50%
Universitario	3	6%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráficos N°11

Título: Nivel de instrucción que poseen los adultos responsables de los niños.



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Se puede observar que la mitad 50% solo concluyo o quedo en el nivel secundario, otra gran parte 44% solo termino o quedo en el nivel primario y únicamente 6% tiene estudios universitarios u terciarios finalizados o en proceso.

Tabla N° 12

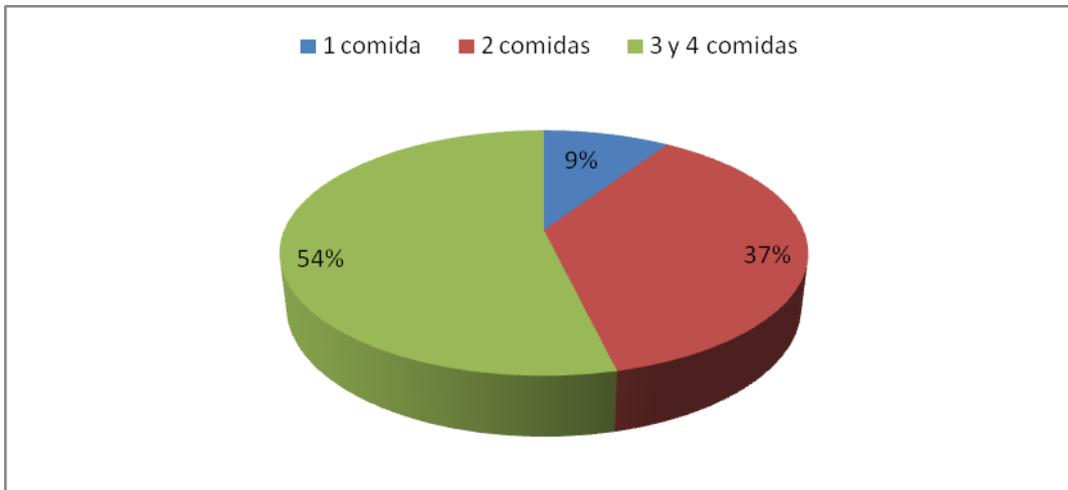
Título: Frecuencia de las comidas que recibe el niño por día.

Alimentación	FA	FR
1 comida	5	9%
2 comidas	20	37%
3 y 4 comidas	29	54%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Grafico N°12

Título: Frecuencia de las comidas que recibe el niño por día.



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Esta encuesta nos muestra que más de la mitad 54% recibe entre 3 y 4 comidas diarias, otro 37% solo recibe 2 comidas diarias y por último un 9% restante solo come una vez al día

Tabla N° 13

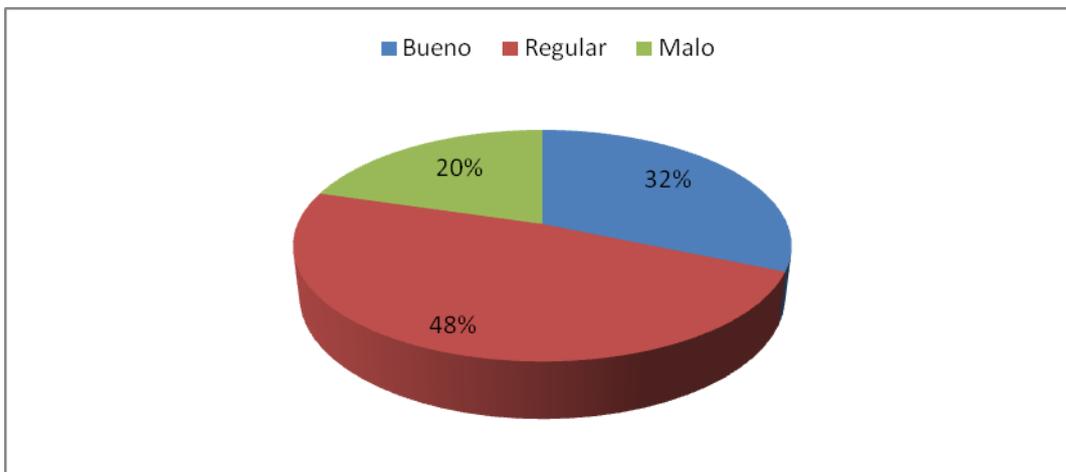
Título: ¿Como son los hábitos alimenticios de las familias de los niños?

Hábitos alimenticio	FA	FR
Bueno	17	32%
Regular	26	48%
Malo	11	20%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

GráficosN°13

Título: ¿Como son los hábitos alimenticios de las familias de los niños?



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Podemos ver que la mayor parte 48% posee hábitos alimenticios regulares, otro 32% tiene buenos hábitos y el 20% restante tiene malos hábitos alimenticios.

Tabla N° 14

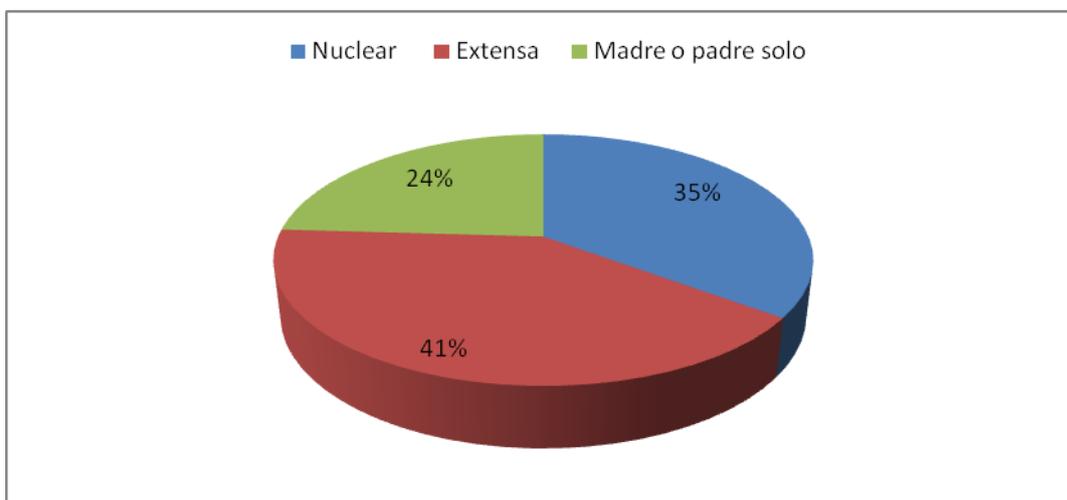
Título: ¿Cómo se encuentran constituidas las familias de los niños?

Familia	FA	FR
Nuclear	19	35%
Extensa	22	41%
Madre o padre solo	13	24%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráficos N°14

Título: ¿Cómo se encuentran constituidas las familias de los niños?



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

En esta encuesta podemos observar que la mayor parte de las familias 41% son extensas, una menor parte de las familias 35% son familias nucleares, y el 24% restantes son madres o padres solos.

Tabla N° 15

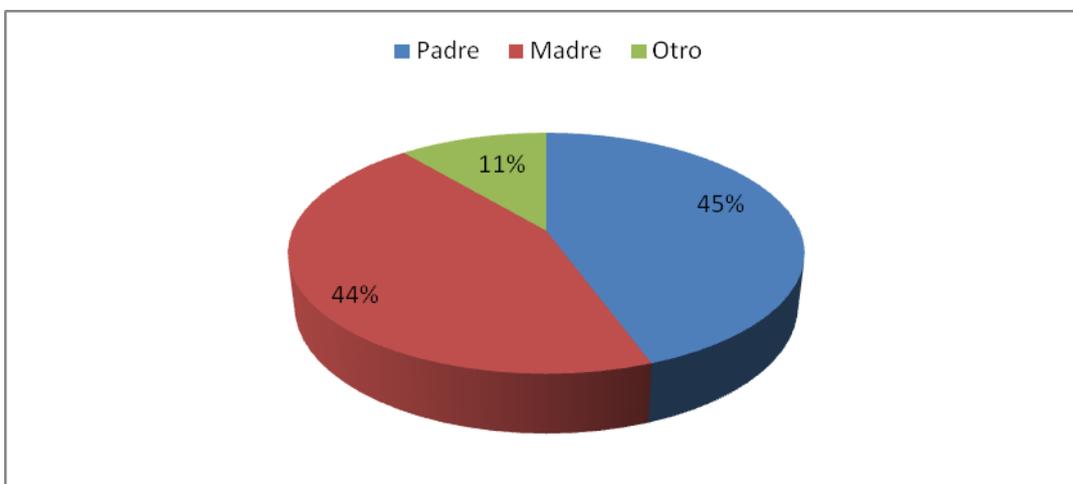
Título: ¿Quién es el jefe de familia o el que sustenta la familia de forma económica?

Jefe de familia	FA	FR
Padre	24	45%
Madre	24	44%
Otro	6	11%
Total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

Gráficos N°15

Título: ¿Quién es el jefe de familia o el que sustenta la familia de forma económica?



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

Esta encuesta nos muestra que padres y madres son jefes de familia en un porcentaje casi igualitario 44% y 45%, y un mínimo de la población 11% está conformado por otros.

Tabla N° 16

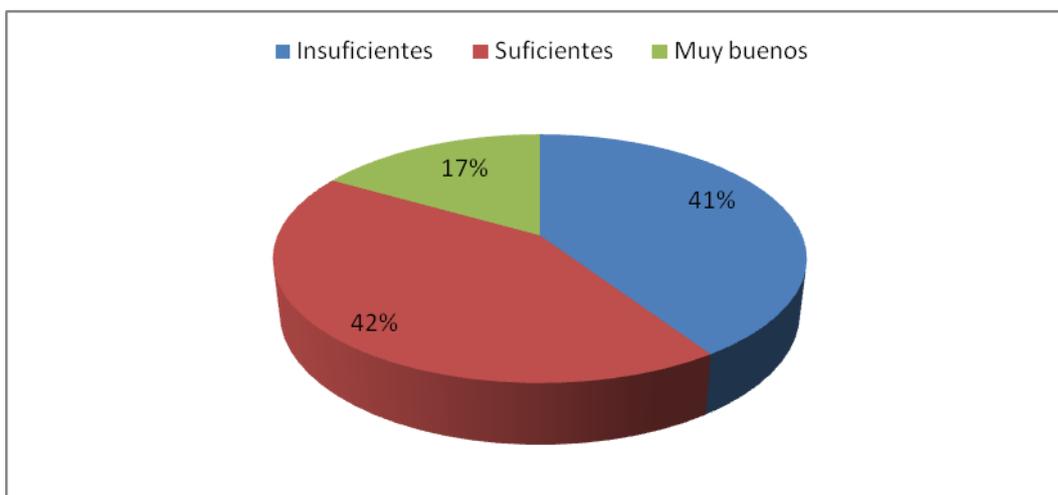
Título: ¿Como son los ingresos económicos con los que cuenta la familia?

Ingresos económicos	FA	FR
Insuficientes	22	41%
Suficientes	23	42%
Muy buenos	9	17%
total	54	100%

Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

GráficosN°16

Título: Como son los ingresos económicos con los que cuenta la familia.



Fuente: Datos extraídos de encuestas realizadas a los responsables a cargo de niños que asisten al centro de salud n° 66 EL Mirador en el periodo del mes de junio de 2010 hasta abril de 2011

ANÁLISIS

En esta encuesta podemos observar que 42% afirma que los ingresos que perciben son suficientes, el 41% dice que sus ingresos son insuficientes, y el otro 17% afirma que posee muy buenos ingresos económicos.

Análisis de datos

De la encuesta realizada se extraen los siguientes resultados.

En cuanto a las viviendas obtenemos que el 44% son propietarios y el 56% alquila o vive en casas prestadas. Las características son el 37% de material cosido y el resto 63% de adobe y otros materiales. Estas se encuentran habitadas en su mayoría por familias numerosas, en el 33% viven más de cinco personas, el 37% entre 3 y 5 y el resto tres o menos. En la mayoría se produce hacinamiento por que el 41% posee 2 habitaciones, 35% posee una sola habitación y el resto 24% posee 3 habitaciones.

En relación a los servicios obtenemos que el agua que se consume en un 52% es de pozo, 46% potable o de red y 2% consume agua de canal.

Las excretas son eliminadas en un 41% en pozo ciego, 31% letrinas y 28% cloacas.

La fuente de energía que utilizan para cocinar es 41% leña, 30% gas natural y un 29% electricidad.

En cuanto a higiene obtenemos que 41% presenta un hábito de higiene regular, 31% malos hábitos de higiene y el 28% restante son aceptables.

De acuerdo a su actividad laboral obtenemos que el 41% cuenta con un trabajo temporal, 31% realiza changas y 28% posee trabajo estable.

En los controles realizados obtenemos que el mayor porcentaje 43% realiza controles de salud normales, 39% pocos controles y 18% restante no realiza controles.

El nivel de instrucción de los adultos responsables de los niños es de 50% nivel secundario, 44% nivel primario y 6% estudio terciario y o universitario.

En cuanto a la alimentación obtenemos que la frecuencia es de 54% recibe entre 3 y 4 comidas diarias, 37% 2 comidas diarias y 9% solo come una vez por

día, sus hábitos de alimentación son 48% regulares, 32% buenos hábitos alimenticios y 20% malos hábitos alimenticios.

En la constitución de las familias obtenemos que 41% son extensas, 35% nucleares, 24% madres o padres solos. Estas están sustentadas por los jefes de familia en un porcentaje casi igualitario 44% y 45% y un 11% sustentado por otros. Los ingresos económicos con lo que cuenta la familia son 42% suficientes, 41% insuficientes y 17% afirma poseer muy buenos ingresos económicos.

CONCLUSIÓN

Se llega a la conclusión de que analizando todos los factores de forma individual, grupal o haciendo relaciones de variables se puede determinar que el problema de desnutrición de los niños que asisten al centro de salud N° 66 El Mirador no está relacionado únicamente con la falta de alimento, que sería de índole económico, sino que existen otros factores que inciden en su estado nutricional como los sociales, culturales, ambiental y biológicos. Se estableció que existe una relación entre la desnutrición de los niños y estos factores.

Estos factores causan un impacto determinante en el estado nutricional de los niños ya que la suma o la relación entre alguno de ellos son mas nocivos o perjudiciales que la misma falta de alimento y notamos que muchos de estos factores se encuentran condicionados unos a otros, por lo cual no le podemos atribuir la causa principal de la desnutrición de estos niños a uno solo de estos factores.

Este índice de desnutrición no va a disminuir si no se realiza una intervención que abarque todos los factores antes mencionados causales de esta problemática.

RECOMENDACIONES

Finalizado el trabajo se realiza una serie de recomendaciones para dar solución a los problemas obtenidos del estudio. La desnutrición no es un problema que se soluciona de manera rápida si no que se trata de establecer medidas en las cuales los cambios se producen paulatinamente

- Talleres de educación sobre alimentación saludable
- Realizar controles más estrictos de los niños con problemas de desnutrición
- Charlas de cómo cocinar los alimentos adecuadamente
- Charlas sobre como potabilizar el agua de los pozos para consumo.
- Realizar proyectos para que toda la gente de la zona termine los estudios.
- Gestionar con el municipio la reactivación económica de la zona.
- Gestionar la incorporación de talleres de capacitación laboral
- Gestionar con el municipio la colocación de la red de gas en toda la zona.
- Creación de una guardería para los padres que no tengan con quien dejar a sus hijos para ir a trabajar
- .Tramitar con el municipio la posibilidad de la donación de materiales para mejorar las viviendas.

BIBLIOGRAFÍA

- Archivo de datos de pediatría del Hospital Saporiti año 2009
- Archivo Argentina pediatría 1987,88:209-222
- Base de datos del centro de salud El Mirador N° 66
- Bibliografía suministrada por titular de la cátedra año 2011
- Comité de crecimiento y desarrollo. SAP. Filial Mendoza, año 2006
- Enrique casado de frías pediatría 4° edición. editorial harcout braee año 1973
- Gráficos preparados por Lizárraga H. y Orfila J.
- Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporación. Meneghello pediatría 5° edición editorial panamericana año 19982-
- www.agrodesarrollo.com.ar/desnutrición
- www.desnutricioninfantil.com.ar
- www.fundasamin.con.ar
- www.hospitalsaporiti.com.ar
- www.portalpleta.com.ar
- www.wikipediadesnutrioninfantil.com.ar

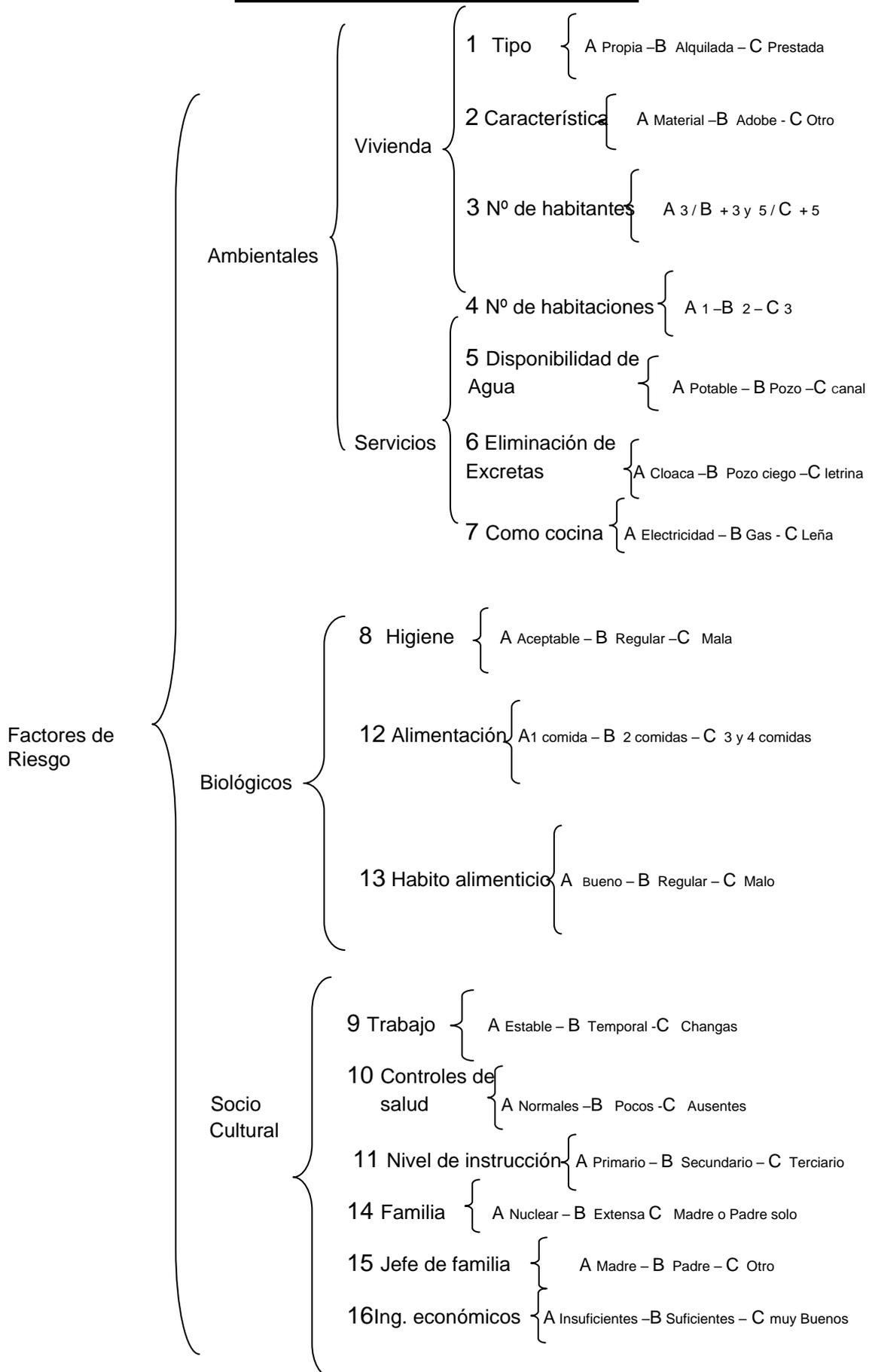
ANEXOS

Encuesta realizada por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, sede San Martín para presentación de trabajo Tesis final sobre el tema; Desnutrición en niños de 2 a 5 años

Encuesta N°.....

		A	B	C
1	Tipo de vivienda	propia	alquilada	Prestada
2	Características de la vivienda	material	adobe	Otro
3	Nº de habitantes de la vivienda	3	+ 3 y – de 5	+ de 5
4	Nº de habitaciones	1	2	3
5	Disponibilidad de agua	potable	pozo	Canal
6	Eliminación de excretas	cloacas	Pozo ciego	Letrina
7	Como cocina	Eléctrica	gas	Leña
8	Higiene	Aceptable	regular	Malo
9	Trabajo	estable	Temporal	Changas
10	Controles de salud	normales	pocos	ausentes
11	Nivel de instrucción	primario	secundario	Terciario Universitario
12	Alimentación	1 comida	2 comidas	3 y 4 comidas
13	Habito alimenticio	bueno	regular	Malo
14	Familia	Nuclear	extensa	Madre/padre solo
15	Jefe de familia	padre	madre	Otro
16	Ingresos económicos	insuficientes	suficientes	muy buenos

Codificación de variables



Fotos centro de salud Nº 66 El Mirador

