

86

MED.  
Tesis  
M 4924  
2008

86. ✓  
25

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
CENTRO DE PEDIATRÍA ALBINA R. DE PATIÑO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

**TITULO: "EVALUACIÓN NUTRICIONAL AL INGRESO DE NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL CPAP  
DURANTE LAS GESTIONES 2005 A 2007"**

AUTORA: Dra. Patricia E. Medrano Fernández.

TUTORES: Dr. Richard Soria

Dr. Marcos Medina

*Dr. Carlos Terán E.*  
T-254  
CENTRO DE PEDIATRÍA  
ALBINA R. DE PATIÑO

Cochabamba – Bolivia  
2008 - I

25H.

# INDICE

Página

1. INTRODUCCION	1
2. JUSTIFICACION	2
3. OBJETIVOS	3
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	
<i>OBJETIVOS ESPECIFICOS</i>	
4. MATERIALES Y METODOS	4
<i>Universo</i>	
<i>Muestra</i>	
<i>CRITERIOS DE INCLUSION</i>	
<i>CRITERIOS DE EXCLUSION</i>	
<i>RECOLECCION DE DATOS</i>	
5. RESULTADOS	5
6. DISCUSIÓN	7
7. CONCLUSIONES	9

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

## 1. INTRODUCCIÓN

El estudio de la nutrición de los niños se realiza generalmente en la atención ambulatoria. Los pacientes hospitalizados han recibido una atención muy secundaria en este aspecto, debido a que el deterioro nutricional que sufren se atribuía principalmente a sus enfermedades de base, considerándolo, por lo tanto poco susceptible de mejorar mientras esta no fuese controlada. En los últimos años, gracias a distintos estudios, este concepto ha sido modificado a medida que se ha comprendido mejor la interrelación entre nutrición, infección y otros procesos mórbidos. Es debido a esto que se considera posible mejorar la evolución de determinadas enfermedades con apoyo nutricional adecuado. En distintos estudios se determino el círculo vicioso que forman el estado nutricional y las enfermedades infecciosas.<sup>1</sup>

No existe un indicador biológico o un marcador bioquímico que por sí solo sirva para calibrar el estado nutricional en el niño. Es debido a esto que la valoración nutricional en el niño se apoya en tres pilares: la historia clínica (anamnesis y exploración física), la antropometría y las exploraciones complementarias<sup>2</sup>

1.- La historia clínica tanto en la anamnesis donde se recolectan los datos de la procedencia, la dieta, el tiempo de lactancia materna recibido, el nivel económico familiar el grado de instrucción materno, nos dan datos para valorar el tipo de alimentación recibida, y la calidad de la misma.<sup>2</sup>

2.- La antropometría es una herramienta clave en la valoración del estado nutricional del niño. En situaciones de malnutrición aguda, el peso es el primero en afectarse y la velocidad de crecimiento se mantiene, mientras que si la malnutrición evoluciona a la cronicidad, también aquélla se verá afectada. Estas repercusiones son especialmente importantes en los periodos de crecimiento rápido: lactancia y pubertad. A partir de las medidas antropométricas básicas, se obtienen los índices nutricionales que permiten categorizar el estado de nutrición en los niños.<sup>2</sup>

3.- La valoración del estado nutricional se completa en la práctica clínica con diversos exámenes complementarios.<sup>2</sup>

La valoración del compartimento proteico visceral se realiza mediante las proteínas séricas: albúmina, transferrina, prealbúmina y otras proteínas de semivida corta o muy corta (proteína ligadora del retinol, fibronectina e IGF-1).<sup>2</sup>

El índice de mayor valor para la evaluación de las proteínas viscerales es la albúmina plasmática. Su nivel tiene buena correlación con el pronóstico de morbimortalidad de los pacientes. Se considera normal un valor igual o superior a 3 g/dl en menores de un año, y 3.5 g/dl en edades posteriores. Dado que la vida media de la albúmina es de 14 a 20 días, puede no reflejar cambios recientes. Sin embargo, es necesario considerar que sus niveles tienden a bajar por redistribución en situaciones de stress, en cuyo caso un valor bajo no implica deficiencia proteica.<sup>3</sup>

La transferrina y la prealbúmina son proteínas de vida media más corta y, por lo tanto, de mayor sensibilidad, lo que permite identificar cambios más rápidamente. La proteinemia total tiene escaso valor como parámetro de evaluación nutricional.<sup>3</sup>

El hematocrito y la hemoglobina son los exámenes más simples para investigar carencia de hierro; si sus valores resultan inferiores al mínimo aceptable para la edad, debe efectuarse frotis sanguíneo para estudiar la morfología del glóbulo rojo y en casos seleccionados, efectuar exámenes complementarios (ferremia, TIBC, ferritina sérica, protoporfirina eritrocítica). El frotis también puede hacer sospechar otras carencias específicas (folatos, vitamina B12, cobre, vitamina E).<sup>3</sup>

Además el análisis de la composición corporal precisa de un instrumental no disponible habitualmente en la clínica. De entre las técnicas de composición corporal, las más accesibles son la bioimpedancia eléctrica y la densitometría, quedando relegadas las demás al ámbito de la investigación.<sup>2</sup>

Existe un círculo vicioso entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas determinadas por distintas causas. Es por esto que al estudiar una se debe tomar en cuenta a la otra, en el caso de los niños hospitalizados se deberá manejar no solo el problema de ingreso que es el infeccioso si no tomar en cuenta el estado nutricional ya que uno dificulta o facilita el manejo del otro.<sup>1</sup>

## 2. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial existen 480 millones de personas que sufren desnutrición crónica, aproximadamente el 10.5% de la población mundial. En América Latina, más del 50% de los niños menores de 6 años sufren de desnutrición; ahora, el 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento.<sup>1</sup>

Bolivia con una población cercana a los 8 millones de habitantes, sufre desnutrición en un 46.5% de su población infantil<sup>6</sup>. La ENDSA/03 revela que el 26.5% de los menores de 5 años y el 32,6% de los niños de 12 a 23 meses presentaban desnutrición crónica, siendo este grupo el más vulnerable por la desnutrición. En Cochabamba existe un 28.8 % de desnutrición en menores de 5 años.<sup>7</sup>

La desnutrición crónica no disminuyó en Bolivia en los últimos diez años y sigue afectando a 62 de cada 100 niños y niñas menores de 5 años<sup>9</sup>. Las principales causas de desnutrición identificadas a esas edades son el consumo insuficiente e inapropiado de alimentos, con exceso de carbohidratos y déficit de proteínas y vitaminas, así como las enfermedades infecciosas. Sin los nutrientes necesarios, el desarrollo cognitivo de los niños nunca será completo, y los efectos de la desnutrición en los primeros años de vida son prácticamente irreversibles.<sup>5</sup>

Alrededor de un 50% de las muertes de menores de 5 años se producen por sinergismo entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas.<sup>9</sup>

El 61 por ciento de los niños menores de seis meses no tiene una lactancia materna apropiada y, después suelen recibir la mitad del aporte calórico necesario para el desarrollo óptimo de sus actitudes físicas y psíquicas.<sup>5</sup>

La prevalencia de desnutrición global en grado moderado y severo (ENDSA/03) alcanzaba al 7,5% de menores de 5 años. Según el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), el promedio nacional de desnutrición global en grados leve, moderado y severo (considerando -1, -2 y -3 desvíos estándar respecto a la mediana) en niños