

PORTADA

Tema: Incidencia de desnutrición

Presentan: Paola Morales Pérez

Petronita Angélica May Landero

Yelixa Suleima Hernández Hernández

Asesor: E.E.C.C: Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Tesis colectiva.

**INCIDENCIAS DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDIERON AL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DURANTE EL PERIODO 2020 AL
2024 DE LA COLONIA BELISARIO DOMINGUEZ, EN EL
MUNICIPIO DE COMITÁN, CHIAPAS.**

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

(UNICEF 2025) La desnutrición infantil continúa siendo un desafío mundial que impacta a millones de niños y niñas alrededor del planeta. Esta situación tiene consecuencias serias para su salud, crecimiento, capacidad de aprendizaje y defensa contra enfermedades. De acuerdo con el informe sobre la desnutrición infantil, se estima que 148 millones de niños y niñas menores de cinco años experimentan retraso en el crecimiento, 45 millones sufren de desnutrición aguda grave, y 340 millones enfrentan deficiencias de micronutrientes. La desnutrición infantil es un problema serio de salud pública que ocasiona grandes consecuencias en el neurodesarrollo y en la salud en general de los niños que la padecen, los pacientes que presentan esta patología presentan un grado de desnutrición de moderada a grave estas pueden ser detectadas por características clínicas, por ejemplo: adelgazamiento, talla, pérdida de peso, cansancio, mareo, debilidad, retraso en el crecimiento, debido a que se trata de una enfermedad reversible, el diagnóstico oportuno puede ofrecer soluciones que eviten la progresión de la mismas y sus consecuencias.

Cada día mueren 13.800 niños y niñas menores de 5 años por causas evitables, con casi la mitad de estas muertes vinculadas a la desnutrición. A nivel global, la desnutrición afecta tanto a países desarrollados como en desarrollo. Según la OMS, el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la nutrición es insuficiente. Aunque ha habido avances, solo un tercio de los países está en camino de reducir la desnutrición infantil. Se estima que 39,5 millones de niños no cumplirán con los objetivos de crecimiento para 2030, y más del 80% de estos casos se concentrarán en África.

El informe de 2023 sobre la desnutrición infantil, elaborado por UNICEF, la OMS y el Banco Mundial, revela que son pocos los países que alcanzarán la meta de reducir la

prevalencia de sobrepeso infantil al 3% para el año 2030, ya que apenas 1 de cada 6 se encuentra en camino hacia este objetivo. Además, casi la mitad de los países no están evaluando su progreso en la lucha contra la emaciación, lo que pone de manifiesto una preocupante falta de seguimiento. (UNICEF de 2022)

Es más grave en regiones con pobreza extrema, conflictos, desastres naturales y falta de acceso a salud y alimentos, pero también refleja desigualdad en países de ingresos medios y altos, algunas de las regiones con mayores índices de desnutrición infantil:

Región de África subsahariana: la desnutrición infantil es especialmente grave en muchos países de esta región, incluyendo, aunque no solo, la región del Sahel (Níger, Mali, Chad, Burkina Faso) y la del Cuerno de África (Etiopía, Somalia), donde factores como la sequía, los conflictos armados y la inestabilidad política contribuyen a generar altas tasas de desnutrición. (2025 UNICEF España)

El Informe Global de crisis alimentarias, en el que se estiman que en 2022 hay casi 193 millones de personas con inseguridad alimentaria severa en 53 países, 40 millones más que el año anterior. Los niños, niñas y adolescentes de los estados del sur del país enfrentan aproximadamente el doble de probabilidades de presentar bajo peso o una estatura inadecuada para su edad debido a la desnutrición crónica, en comparación con aquellos que residen en el norte. Los hogares de bajos recursos y los hogares indígenas, sin importar el estado en el que se encuentren, son los más propensos a la desnutrición infantil. (UNICEF 2023).

Los niños y niñas de entre 1 y 2 años de edad presentan los porcentajes más altos de desnutrición crónica. Este grupo coincide con la edad a la que muchos bebés dejan de ser amamantados, lo que refleja la importancia de la lactancia materna en la buena

nutrición durante la primera infancia. De acuerdo con datos de la encuesta ENSANUT Continua 2022 publicados por la Secretaría de Salud, 12.8% de las niñas y niños de 0 a 4 años en México presentaba baja talla para la edad en 2022, esta cifra había disminuido notablemente desde 1988, cuando el porcentaje era de más del doble (26.9%). Sin embargo, de 2012 a 2022 el porcentaje de baja talla para la edad durante la primera infancia únicamente había disminuido 0.8 puntos porcentuales (de 13.6%), además, entre 2021 y 2022, esta cifra había aumentado ligeramente de 12.6% a 12.8%. A su vez, los estados que presentaban mayores porcentajes de niñas y niños de este rango de edad con baja talla para la edad durante 2022 se encontraban en la región Pacífico Sur (Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla). En esta región el porcentaje de baja talla para la edad entre las personas de 0 a 4 años era de 22.7%.

Por otra parte, la prevalencia de baja talla para la edad en la población de este rango de edad del país incrementó con la edad a nivel nacional: de 10% en la población de 0 a 1 año a 14.2% en la población de 2 a 4 años. La prevalencia de baja talla para la edad en la población de 0 a 4 años también era ligeramente mayor en las localidades rurales (13%) que en las localidades urbanas (12.7%), aunque esta brecha había disminuido considerablemente con respecto a lo observado en 2021.

4.1% de las personas de 0 a 4 años presentaban bajo peso para la edad en el país durante 2022. Este porcentaje representaba una disminución considerable con respecto a lo observado en 1988 (10.8%), no obstante, la misma cifra correspondiente al año 2022 era superior a la registrada durante 2012 (2.8%); en adición, se observaba un ligero incremento con respecto a lo reportado en 2021 (3.7%).

Además, en la región Pacífico Sur (Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla) el porcentaje de niñas y niños de 0 a 4 años que presentaban bajo peso para la edad se elevaba a 8.9% durante 2022. Por otro lado, la prevalencia de bajo peso para la edad en la primera

infancia aumentaba con la edad en el país: mientras que entre los 0 y 1 años el porcentaje observado era de 2.4%, para el rango de edad de los 2 a 4 años esta cifra era de 4.9%. En contraste, la prevalencia de bajo peso para la edad era la misma en localidades rurales y urbanas (4.1%), la prevalencia de emaciación en la primera infancia del país era de 0.8% durante 2022.

Por otra parte, la mayor prevalencia de emaciación entre las personas de 0 a 4 años del país se registró en la región Península (Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán); en esta región, el porcentaje de niñas y niños de este rango de edad que presentaban emaciación en 2022 se elevaba a 2.1%. En adición, el porcentaje de niñas y niños de 0 a 4 años que presentaban emaciación en el país era ligeramente menor entre la población de 0 a 1 año (0.7%) que entre las personas de 2 a 4 años (0.9%). La diferencia en la prevalencia de emaciación en localidades rurales y urbanas era ligeramente mayor (0.6% en localidades rurales y 0.9% en localidades urbanas). (ENSANUT 2022)

(Gómez Alejandro/ Diario del sur) Chiapas se encuentra entre las regiones con las tasas más altas de desnutrición y obesidad en niñas, niños y adolescentes, lo que se atribuye a una mala alimentación que impacta negativamente en la infancia, es donde se concentra el mayor número de casos de desnutrición, principalmente en las comunidades indígenas y en zonas muy alejadas donde es difícil llevar alimentos.

En base a lo anterior formulamos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la incidencia de la desnutrición en pacientes menores de 5 años que acudieron al hospital materno infantil durante el periodo 2020 al 2024 de la colonia Belisario, en el municipio de Comitán, Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

La desnutrición infantil es un problema de salud pública y las cifras que la padecen se mantienen en aumento, es una patología considerada reversible, es un problema generado por falta de una sana y adecuada alimentación, es importante tener en cuenta que la malnutrición no solo está en aquellas personas que carecen de alimentos, sino también aquellas que aun consumiendo una cantidad suficiente de éstos, se encuentran con un trastorno nutricional pues existen alimentos que carecen de nutrientes y vitaminas necesarios para el ser humano, los niños con malnutrición puede afectar su desarrollo cognitivo y emocional, pueden experimentar retrasos en el crecimiento y desarrollo, problemas de aprendizaje y un mayor riesgo de enfermedades infecciosas.

En el presente trabajo analizaremos las causas y consecuencias que generan la desnutrición infantil en los niños de 0 a 5 años en el municipio de Comitán de Domínguez, Chiapas en la colonia Belisario y así poder establecer estrategias y mecanismos que nos ayuden a disminuir el impacto que genera dicha problemática en los municipios. Esta enfermedad se puede convertir en un grave problema de salud pública que afecte no solo la salud de los niños, sino que comprometa algunas funciones básicas de su cuerpo.

Este análisis está enfocado hacia la creación de acciones de prevención para que la comunidad las conozca y ponga en práctica en áreas de su bienestar, es además un espacio para recibir desde nuestra formación profesional mayor orientación y preparación para afrontar problemáticas graves que puedan afectar la salud de toda la comunidad.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de desnutrición en los niños de 0 a 5 años que acuden al hospital materno infantil en el periodo 2020- 2024 de la colonia Belisario Domínguez en el municipio de Comitán de Domínguez, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar las causas que generan la desnutrición en los niños de 0 a 5 años de edad en el municipio Comitán de Domínguez

- Determinar el grado de conocimiento que tiene los padres y cuidadores sobre la desnutrición en los niños de 0 a 5 años en el municipio Comitán de Domínguez

- Establecer un mecanismo de control para evitar la desnutrición entre los niños de 0 a 5 años de edad.

Capítulo II

II.I. MARCO TEÓRICO

II.I.I. CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN

De acuerdo con la UNICEF la desnutrición es la condición que ocurre cuando 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, problemas de absorción u otras condiciones médicas, otra aportación establece que la desnutrición es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico.

Puede ser primaria (desnutrición leve) y desnutrición secundaria. Desnutrición primaria, cuando los alimentos necesarios no pueden ser aportados por la situación económica, cultural o educativa. Desnutrición secundaria, cuando los aportes nutricionales son adecuados, pero, debido a otras enfermedades, la absorción o utilización de estos alimentos no es adecuada.

Cuando el ser humano recibe insuficientes cantidades de energía en forma de alimentos tiene lugar una pérdida de peso (debida en gran medida a la falta de masa muscular), una nutrición adecuada durante la niñez temprana y la infancia es esencial para el desarrollo completo de cada niño, existen evidencias científicas que demuestran que el periodo comprendido entre el nacimiento y los 2 años de edad es crítico para el proceso del desarrollo óptimo del cuerpo y del organismo del ser humano, toda vez que es en este periodo cuando pueden ocurrir fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez.

Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen un desarrollo mental y motor retrasado, además de una serie de enfermedades que en ocasiones llegan a ser mortales. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, capacidad de trabajo, salud reproductiva y salud general, durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia, el ciclo de desnutrición continúa, ya que, por ejemplo, una niña en desnutrición, al crecer, tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño desnutrido o de bajo peso al nacer.

En general, la desnutrición tiene un origen socioeconómico y cultural, así mismo se relaciona con el poder adquisitivo de recursos insuficiente. También, con la existencia de un sistema político y social inadecuado; que se mantiene durante generaciones consecutivas en la misma población. Es ahí donde se produce factores modificadores que, aunque no se heredan si se transmiten de padres a hijos (herencia social), y limitan la disponibilidad de bienes y servicios, al mismo tiempo que provocan efectos mortales a la desnutrición. Es por ello la importancia de abordar el problema en esas dos dimensiones. Por lo antes mencionado se puede decir que la desnutrición no solamente es un problema de salud, sino también social. Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad y esta se ve reflejada en el desarrollo físico y mental del niño.

En esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, se producen alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles, para lo cual es fundamental una adecuada nutrición. Sin embargo, la desnutrición infantil no es solo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que se debe tener en cuenta a la hora de brindar soluciones, este problema se presenta principalmente en familias de escasos

recursos que por falta de recursos económicos no cuentan con una alimentación adecuada y esta se ve reflejada en malnutrición de los niños, en su desarrollo y crecimiento.

La correlación de la desnutrición infantil con factores socioeconómicos y ambientales adversos se debe no solo a la falta de aportes de nutrientes esenciales, si no a la interacción de factores como:

La contaminación del medio y saneamiento ambiental, de privación afectiva, acceso a la salud y educación, condiciones de vida, el destete precoz y la introducción inadecuada de alimentación artificial en el lactante es el principal factor que lleva a su desnutrición en los primeros dos años de vida.

II.I. II. CLASIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN INFANTIL

La desnutrición se puede dividir en grados y en enfermedades, el diagnóstico de desnutrición grave se determinó de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS como:

El marasmo “es un grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías”

En cambio, 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. La falta de un aporte suficiente de proteínas y calorías en la primera infancia tiene consecuencias graves, pues las proteínas constituyen el principal material estructural del

cuerpo, y son necesarias para la síntesis de anticuerpos contra las infecciones y de enzimas, de las que dependen todos los procesos bioquímicos.

La carencia de proteínas impide, por tanto, el crecimiento y aumenta considerablemente el riesgo de infecciones. Una carencia de calorías significa que las necesidades energéticas del cuerpo no pueden ser satisfechas; esa circunstancia, unida a la escasez de enzimas, afecta a todos los procesos corporales, incluyendo el metabolismo y el crecimiento, provocando retraso tanto físico como mental. Aunque la nutrición mejore con posterioridad y el niño sobreviva, esas deficiencias en el desarrollo nunca podrán ser superadas. Por lo antes mencionado se puede notar que esta enfermedad se debe principalmente por una malnutrición y el tratamiento que se debe dar es lento por las consecuencias que puede ocasionar, además en esta enfermedad es evidente por los síntomas visibles que se presentan como el enflaquecimiento exagerado del niño.

Otro tipo de malnutrición es el kwashiorkor y este se presenta cuando la dieta es deficiente en proteínas y se trata de suplir la necesidad de energía mediante la ingestión abundante de alimentos ricos en hidratos de carbono, se produce la enfermedad conocida como kwashiorkor. Si la carencia de proteínas y calorías es grave, el resultado es un marasmo grave o desnutrición. El tratamiento, cuando es posible, consiste en la aplicación de una dieta equilibrada, en la que el componente más importante es la leche, que en un principio se administra de forma diluida y poco a poco se va haciendo más concentrada. Una vez que la ingestión de proteínas es adecuada, se añaden calorías en forma de azúcar y cereales.

El trastorno se produce cuando el niño es destetado y, por consiguiente, privado del elevado valor nutricional y contenido proteico de la leche materna. También puede aparecer porque el apetito del niño esté afectado por otra enfermedad, en particular infecciones como el sarampión y las gastroenteritis ,debido a que los anticuerpos están formados por proteínas, los niños con una ingesta proteica muy baja son más susceptibles a padecer infecciones y presentan una escasa resistencia frente a éstas, de hecho, son inmunodeficientes y suelen fallecer en la infancia a causa de infecciones generalizadas.

Cabe mencionar que el aspecto de un niño con kwashiorkor es inconfundible. Tal vez las características inmediatas más llamativas son la expresión de gran tristeza del rostro y el llanto débil casi continuo. A primera vista, el niño con kwashiorkor no parece mal nutrido, la cara es redonda y rolliza, el grosor de las extremidades parece adecuado y el abdomen es prominente, sin embargo, esta apariencia es engañosa, se debe a una acumulación anormal de líquido trastorno conocido como edema. La presencia de proteínas en sangre es tan baja que no pueden retener agua mediante el proceso osmótico normal, de modo que el líquido se acumula en los tejidos, encharcándolos.

Debajo del edema los músculos del niño están debilitados, ya que sus proteínas se utilizan en un intento de cubrir las necesidades energéticas del organismo. El resultado es una debilidad extrema. La protrusión del abdomen se debe a una combinación de retención de líquidos, músculos atrofiados y aumento de tamaño del hígado. Con frecuencia son incluso incapaces de alimentarse por sí mismos, tanto el desarrollo físico como el mental están muy afectados, y aquellos que sobreviven sufren de modo inevitable secuelas de por vida, estas complicaciones a largo plazo son más graves en aquellos que padecen la enfermedad antes de los dos años de edad, el kwashiorkor es un tipo de malnutrición energético-proteica esta enfermedad es un poco menos visible que la anterior, ya que está

a diferencia del marasmo el niño presenta abdomen abultado y se puede llegar a creer que el niño se está alimentando bien por lo que refleja.

El estudio de la desnutrición infantil ha generado una serie de aportaciones respecto a su manifestación entre ellas encontramos que se encuentra clasificado por grados y son las que a continuación se presentan:

Referente al de Primer grado es la que se encuentra entre 10 a 25% por debajo del peso normal. El niño no sube de peso, después se detiene su crecimiento. El tejido adiposo se vuelve flácido. Cuando el afectado es un bebé llora mucho; si el niño es mayor, no quiere ni puede jugar porque no tiene fuerza.

El de Segundo grado es 26 a 40% por debajo del peso normal, los músculos se vuelven flácidos, los niños no crecen ni suben de peso, se sienten débiles y sin fuerza, pueden presentarse trastornos digestivos y diarrea, la piel es seca y se presentan grietas en las comisuras de la boca, algunos de los síntomas que se presentan es que se van hundiendo los ojos y los tejidos del cuerpo se hacen flojos, perdiendo su turgencia y su elasticidad; el niño duerme con los ojos entreabiertos, es pasto fácil de catarros, resfriados y otitis, se acentúa su irritabilidad; fácilmente hay trastornos diarreicos y a veces se percibe, desde esta etapa de la desnutrición, discretas manifestaciones de carencia al factor.

La desnutrición de tercer grado se caracteriza por la exageración de todos los síntomas que se han enumerado en las dos etapas anteriores de desnutrición, y el niño llega a ella bien sea porque no hubo una mano experta que guiará la restitución orgánica, o porque la miseria y la ignorancia hicieron su papel homicida, o porque a pesar de las medidas tomadas, ya la célula y su mecanismo metabólico habían entrado en una fase

negativa o de desequilibrio anabólico que no permiten que se aproveche ni las cantidades mínimas para sostener la pobre actividad del paciente.

Los ojos se hundén, la cara del niño se hace pequeña y adquiere el aspecto de "cara de viejo"; se ven prominentes todos los huesos de la cara y la bola grasosa de Bichat hace su grotesca aparición como última reserva grasosa de este sector del organismo, los músculos de los miembros cuelgan como pesadas cortinas forrados de piel seca y arrugada; los huesos de los miembros superiores, del dorso y del tórax se observan forrados de una piel escamosa, arrugada, sin vitalidad y sin la menor elasticidad. Los ojos de la criatura quedan vivos, brillantes y siguen con una gran avidez, los movimientos que a su alrededor se desarrollan, como buscando ansiosamente el alimento que le podría servir de salvación. (Gómez, 2003)

II.I.III.HISTORIA NATURAL

La desnutrición y el contexto económico en el que ocurre aparecen estar relacionados. La desnutrición tiene un efecto mayor en el desarrollo en los niños que viven en pobreza sea en países industrializados o en desarrollo, que en un niño que no son pobres. Hay evidencia que sugiere que los programas de nutrición benefician la cognición y la conducta.

Existen evidencias que indican que se puede alcanzar mejoras sustanciales, inclusive en niños severamente desnutridos si, en la edad temprana se toman las medidas necesarias y apropiadas para satisfacer sus necesidades nutricionales y psicosociales. Cuando más tiempo los retrasos del desarrollo permanecen sin corregirse, mayor la

posibilidad que los efectos sean permanentes. En los países en desarrollo, donde pocos niños llegan a experimentar una mejora en su situación una vez que los efectos de la desnutrición se establecen en la infancia temprana, entonces es típico que se vuelvan permanentes. El potencial intelectual de dichos niños al momento de ingresar a la escuela ya está probablemente dañado.

Existen 4 grandes tipos de desnutrición: La emaciación, El retraso del crecimiento, La insuficiencia ponderal y Las características de vitaminas y minerales.

Pero 2 más común es:

La emaciación: Que consiste en una insuficiencia de peso respecto de la talla, suele indicar una pérdida de peso acusada que se ha producido recientemente por que no se ha comido lo suficiente o tiene una enfermedad infecciosa (por ejemplo, una enfermedad diarreica) que se ha provocado dicha pérdida. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de fallecer, pero se le puede proporcionar tratamiento.

La talla insuficiente; Respecto con la edad se denomina también retraso del crecimiento. Es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a unas condiciones socioeconómicas precarias, a diferencias en la nutrición y la salud de la madre, a la recurrencia de enfermedades o una alimentación o unos cuidados inapropiados para el lactante y el niño pequeño. El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo.

III. IV. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA DESNUTRICIÓN

El crecimiento y el desarrollo constituyen indicadores de la salud y la nutrición de una población. Muchas adversidades como las carencias alimentarias, privación, ignorancia, accidentes, repercute sobre el estado nutricional, en la desnutrición se reconoce distintos factores tales como:

- **Inadecuada alimentación:**

El niño que no se ha alimentado de leche materna, los niños que no reciben alimentación completa después de que se les suspende la lactancia materna y el niño que no recibe los mismos alimentos que el adulto.

- **Enfermedades agregadas:**

El niño que tiene parásitos intestinales, el niño que sufre de diarreas u otras enfermedades y el niño que tiene bajo peso

- **Inadecuado saneamiento ambiental:**

Las familias que no hierven el agua; ni protegen los alimentos, las familias que no se lavan las manos antes de preparar y comer los alimentos y aquellos que crían animales dentro de su casa.

- **Economía insuficiente:**

Cuando los padres no pueden comprar suficientes alimentos

- **Factores familiares:**

Cuando hay un intervalo entre un niño y otro (intervalo corto entre nacimientos) y familias con muchos hijos.

- **Creencias erróneas, hábitos y costumbres:**

Sexo, en muchos lugares son más valorados los niños que las niñas por razones económicas y sociales, por eso es que se da menos alimentos a las niñas

- **Causas de la desnutrición:**

La desnutrición es un problema multifactorial, por lo que convergen en su existencia un conjunto de factores tales como biológicos, psicológicos y sociales y culturales. Entre los primeros encontramos que la desnutrición se puede presentar debido a:

La carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento.

La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es/son digerido(s) o absorbido(s) apropiadamente.

- Disminución de la ingesta dietética.

Malabsorción. - Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía. No obstante estudios realizados por el Dr. Federico Gómez del Instituto Nacional de salud Pública menciona que una de las causas es:

La sub-alimentación del sujeto, bien sea por deficiencia en la calidad o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos, a su vez la sub-alimentación la determinan varios factores:

- Alimentaciones pobres o miserables
- Faltas de higiene.
- Alimentaciones absurdas y disparatadas
- Falta de técnica en la alimentación del niño.

El 10% restante de las causas que producen la desnutrición lo encontramos causado por las infecciones enterales o parenterales, en los defectos congénitos de los niños, en el nacimiento prematuro y en los débiles congénitos, la sub-alimentación, causa principal de la desnutrición, tiene múltiples orígenes, pero en nuestro medio son la pobreza, la ignorancia y el hambre. (Gómez 2003).

II.I.V. CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN

Las complicaciones que sufre un niño cuando es alimentado deficientemente no sólo tienen efecto en la estatura y el peso. Esto se debe a que una dieta inadecuada tiene consecuencias negativas en los niveles de vitaminas, proteínas y minerales, lo cual conduce a la desnutrición, padecimiento de prevalencia alta en México. En junio de 1999 se obtuvieron datos sobre el estado nutricional de un millón 300 mil niños menores de cinco años, de los cuales el 26.9 por ciento presentó desnutrición, según el Programa de Reforma del Sector Salud.

La desnutrición daña principalmente a los pequeños que viven en la pobreza extrema, pues carecen de recursos económicos necesarios que les permitan llevar un buen régimen alimenticio. Por otra parte, también se desarrolla porque la dieta de algunos niños no es vigilada y, por tanto, no tiene un balance de nutrientes. Así, a medida que este avanza se originan trastornos en la salud de los pequeños y son más susceptibles a adquirir diversas infecciones. Además, se altera la función de órganos como riñón e hígado, lo cual aunado a la deficiencia proteínica ocasiona que el niño tratado con fármacos tenga una alteración importante en la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los mismos. Esto puede provocar una intoxicación con el consecuente riesgo de caer en estado de coma.

Ante tal problemática, investigadores del Instituto Nacional de Pediatría (INP) de la Secretaría de Salud (SS) han estudiado la interacción de los fármacos en niños mexicanos con desnutrición severa. Los resultados del equipo científico, dirigido por el doctor Ismael Lares Assef, sugieren que a un niño con ese problema se le debe administrar una dosis específica, regularmente menor a la de uno no desnutrido, a fin de evitar las alteraciones en el metabolismo de los medicamentos. "En virtud de que existe una variabilidad en la eliminación de los medicamentos, la dosificación deberá realizarse de

manera individualizada, a fin de evitar efectos tóxicos, lo cual depende del tipo y grado de desnutrición que padecen y siempre con base en los estudios clínicos", explica el jefe del Departamento de Farmacología, maestro Hugo Juárez Olguín. Periodismo de ciencia y tecnología.

La carencia de yodo puede causar graves deficiencias mentales y físicas, mientras que la carencia de hierro puede reducir la productividad y provocar una anemia que amenaza la vida de la persona afectada. La carencia de vitamina A, a su vez, puede provocar ceguera y debilitar el sistema inmunológico, mientras que la carencia de ácido fólico es causa del bajo peso al nacer y de ciertos defectos congénitos, como la espina bífida (una malformación que puede presentarse cuando una o más vértebras no se desarrollan de manera adecuada y queda un espacio o grieta en la columna vertebral, lo cual daña el sistema nervioso central).

Las niñas y los niños desnutridos no crecen, están tristes, no juegan, no comen, lloran, fácilmente se enferman con mucha frecuencia. Si la falta de una alimentación adecuada se prolonga, la desnutrición se agrava y presentan:

- Pérdida permanente de peso.
- Desgaste de grasa y músculo.
- Detención de su crecimiento y desarrollo.

También pueden presentar:

- Hinchazón sobre todo de piernas, brazos y cara.
- Delgadez excesiva (demasiado flaco).
- Problemas de la piel.

- Debilidad del cabello.

Esto significa que la desnutrición ha llegado a agravarse, por lo que las niñas y niños tienen mayor riesgo de morir, tiene una serie de consecuencias negativas en distintos ámbitos, entre ellas destacan los impactos en mortalidad, educación y productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad, la desnutrición en gestantes aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, incrementando, a su vez, el riesgo de muerte neonatal.

Los efectos en la educación son igualmente alarmantes. La desnutrición afecta al desempeño escolar a causa del déficit que generan las enfermedades asociadas, y debido a las limitaciones en la capacidad de aprendizaje vinculadas a un menor desarrollo cognitivo. La mayor probabilidad de enfermar hace que los niños y niñas en desnutrición presenten una incorporación tardía al sistema educativo y mayor ausentismo escolar, con lo que aumenta su probabilidad de repetición y deserción.

Las consecuencias de la desnutrición a nivel productivo se relacionan directamente con los bajos niveles de escolaridad y las referidas dificultades de aprendizaje. Por su parte, la mortalidad genera una pérdida importante de capital humano con efectos económicos y sociales acumulativos en el largo plazo. De manera que, además del mandato ético que obliga a proveer soluciones al problema, en las decisiones de política también deben considerarse los costos económicos que entraña la desnutrición para el conjunto de la sociedad.

II.I.VI. SEÑALES DE ALERTA POR DESNUTRICIÓN

Existen algunos signos de desnutrición importantes que los padres o adultos allegados al niño deberían tener en cuenta para consultar oportunamente a un profesional de la salud y tomar acciones a tiempo, una alimentación saludable es importante en cualquier etapa de la vida, pero es esencial durante el embarazo y la lactancia, los requerimientos nutricionales maternos están aumentados y tanto las deficiencias como los excesos nutricionales pueden repercutir en los resultados del embarazo y en la calidad de la leche y condicionar la salud materno fetal.

Después del parto, la leche materna debe garantizar una nutrición óptima en el lactante, estando recomendada la lactancia materna (LM) como alimento exclusivo hasta los seis meses. Existe una relación entre el estado nutritivo de la madre y la composición de la leche materna y, por lo tanto, en el aporte de nutrientes al lactante, lo que puede condicionar su salud. Es importante conocer los requerimientos nutricionales maternos para conseguir resultados óptimos en la salud de la madre y del descendiente.

II.I.VII. ALIMENTACIÓN PREVIA AL EMBARAZO

El estado nutricional de la madre previo a la concepción puede condicionar la embriogénesis y salud del descendiente. Existe una asociación entre la deficiencia de vitaminas B9, B12, B6, A, D, yodo, hierro, zinc y selenio con una disminución de fertilidad. La deficiencia de folato tanto en etapas previas a la concepción como durante las diez primeras semanas del embarazo está relacionada con malformaciones cardíacas y defectos del tubo neural (DTN). Debemos recordar que las malformaciones se producen durante los primeros 28 días de gestación, cuando la mujer puede desconocer que está embarazada. Esta situación se puede prevenir aumentando el consumo de verduras de hoja verde y hortalizas. Además, el consumo de verduras previo al embarazo puede disminuir

el riesgo de parto prematuro. Actualmente, las mujeres durante la etapa preconcepciones tienen un consumo inadecuado de vegetales, cereales y ácido fólico

II.I. VIII.CAMBIOS EN LA DIETA: REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DE LA MADRE GESTANTE

Al comienzo de la gestación, las necesidades energéticas no difieren de las de mujeres no embarazadas. A partir del segundo trimestre, cuando el crecimiento placentario y fetal es mayor, se recomienda un aumento de la ingesta energética y de nutrientes. El porcentaje de aumento calórico es muy inferior al incremento recomendado de la mayor parte de nutrientes, por lo que es necesaria al configurar la dieta la selección de alimentos poco calóricos con alta densidad en nutrientes.

Cuando la ingesta energética es elevada, puede condicionar un incremento de peso excesivo, aumentando la probabilidad de tener neonatos macrosómicos (> 4 kg), cesáreas, diabetes mellitus gestacional (DMG), pre eclampsia y exceso ponderal del descendiente en la edad adulta. Por otra parte, el escaso aumento de peso favorece el nacimiento de niños con bajo peso (< 2,5 kg) que tienen mayor riesgo de mortalidad perinatal y de desarrollar enfermedades crónicas en la etapa adulta (enfermedades cardiovasculares y metabólicas).

Los hidratos de carbono son la principal fuente energética para el feto y se recomienda la ingesta de 4-5 raciones/día. Existe una relación entre su consumo, principalmente integrales, y una menor probabilidad de recién nacidos de bajo peso (RNBP); por el contrario, un elevado consumo de bebidas y alimentos con azúcar refinada aumenta las probabilidades de tener RNBP. Debido a la síntesis de nuevos tejidos materno

fetales, las necesidades proteicas están incrementadas. Los ácidos grasos esenciales (AGE) intervienen en el crecimiento placentario y fetal, siendo el ácido docosahexaenoico (DHA) necesario en el desarrollo visual y neurológico del descendiente.

Se ha evidenciado una asociación entre consumo prenatal de pescado y menor frecuencia de síntomas depresivos y ansiedad materna después del parto, menor retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) y mejora del desarrollo neurocognitivo del niño. Pese al beneficio observado, la mayoría de las gestantes presentan consumos subóptimos. Durante el embarazo, la deficiencia de hierro se asocia con depresión materna, riesgo de RNBP y función cognitiva disminuida en la infancia, se ha relacionado con hiperviscosidad sanguínea, RCIU y alteraciones neurológicas fetales; su suplementación está recomendada en madres anémicas. El calcio interviene en la mineralización ósea fetal y estados carenciales están relacionados con osteopenia, calambres musculares y pre eclampsia. Dado que su absorción está aumentada en el embarazo, no se recomienda suplementar a madres con ingestas adecuadas (tres lácteos/día), sino que se debe reservar a gestantes con ingestas insuficientes y/o que tengan riesgo de pre eclampsia. El zinc interviene en la defensa antioxidante y función neurológica e inmune y su deficiencia está relacionada con inmunidad deteriorada, pre eclampsia y DMG.

El yodo es esencial en la síntesis de hormonas tiroideas, que intervienen en la diferenciación de oligodendrocitos, y distribución de mielina durante los primeros seis meses de gestación. Su deficiencia está relacionada con aborto, RCIU, alteraciones en el desarrollo cerebral y sordera. La suplementación está recomendada si no se alcanzan las ingestas recomendadas (tres raciones de leche y derivados lácteos + 2 g de sal yodada/día). El selenio posee actividad antioxidante y su deficiencia al día está relacionada con aborto, daños en los sistemas nervioso e inmunológico fetal y en el desarrollo neuropsicológico del descendiente en la infancia. El ácido fólico interviene en numerosas reacciones de

metilación del ADN y su suplementación reduce el riesgo de DTN, parto prematuro y morbimortalidad infantil. La vitamina A interviene en el desarrollo ocular y del esqueleto fetal y su deficiencia está relacionada con parto prematuro, RCIU y xeroftalmia, siendo la principal causa de ceguera prevenible en el mundo. Debido a su potencial efecto teratogénico, se recomienda no suplementar, excepto a madres con niveles deficitarios. La vitamina E tiene efecto protector de los procesos per oxidativos y los requerimientos son mayores en madres que consumen dietas ricas en ácidos grasos poliinsaturados. La vitamina C interviene en la metilación del ADN y presenta acción antioxidante; sus necesidades son mayores en madres fumadoras.

Su deficiencia está relacionada con parto prematuro, eclampsia y mayor riesgo de infecciones respiratorias. La suplementación mejora la función pulmonar del neonato y disminuye la incidencia de sibilancias al año de edad. La vitamina D interviene en la función inmune y el desarrollo esquelético fetal; estados deficitarios se relacionan con DMG, pre eclampsia, y depresión postparto. La piridina interviene en el metabolismo de macronutrientes y síntesis de mielina y neurotransmisores. Aunque su consumo parece ser útil para reducir náuseas y malformaciones congénitas, actualmente no está recomendada la suplementación. La vitamina B12 interviene en la síntesis y metilación del ADN y es necesaria en el desarrollo neurológico del descendiente. Su deficiencia se ha asociado con RNBP y disminución del rendimiento cognitivo en el descendiente.

III. IX. MADRES CON ALTO RIESGO DE PADECER ALTERACIONES NUTRICIONALES EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Las madres adolescentes pueden seguir creciendo durante el embarazo y la lactancia, lo que conlleva a una competencia de los nutrientes necesarios para el crecimiento fetal, de tejidos maternos y producción láctea, aumentando el riesgo de

presentar deficiencias nutricionales. Las madres que comienzan el embarazo con bajo peso tienen riesgo elevado de toxemia y de tener RNBP, por lo que deben aumentar de peso antes de quedarse embarazadas o tratar de compensarlo con un incremento mayor en gestación. Las gestantes de edad avanzada (> 35 años) revelan mayor incidencia de hipertensión arterial (HTA) y DMG y menores niveles séricos y en leche de transición de vitamina E.

Los requerimientos nutricionales son mayores en madres con embarazos múltiples y/o consecutivos como consecuencia del agotamiento ocasionado en los almacenes de nutrientes. Las gestantes vegetarianas son otro grupo de riesgo que debe prestar atención al consumo de calcio, hierro, zinc, vitamina B12, proteínas y ácidos grasos omega-3. Las madres fumadoras presentan dietas más inadecuadas y mayor riesgo de aborto, RNBP, así como menores niveles séricos y en leche de vitamina C. El consumo materno de alcohol está desaconsejado ya que perjudica la salud materno fetal y disminuye la secreción láctea. La ingesta elevada de cafeína se ha relacionado con aumento de frecuencia cardiaca y mayor riesgo de sangrado en embarazo, por lo que se debe reducir su consumo hasta establecerse unos límites seguros.

II.I.X. DEFICIENCIAS NUTRICIONALES MATERNAS QUE CONDICIONAN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL DESCENDIENTE

Los déficits nutricionales maternos que conducen a RCIU pueden alterar la expresión de algunos genes ocasionando una programación anormal en el desarrollo de órganos y en la estructura y funcionalidad de los tejidos. Como respuesta a la desnutrición intrauterina, el feto se adapta a esta situación de escasez y puede tener dificultad de adaptación ante un consumo abundante de alimentos después del nacimiento, aumentando

así su propensión a la obesidad y al padecimiento de enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la vida adulta. Estos cambios inducidos por la desnutrición materna en la expresión génica fetal parecen estar asociados con disminución de la metilación del ADN, remodelación de la cromatina y acetilación de histonas.

III.I. XI. LACTANCIA MATERNA: EFECTOS BENEFICIOSOS PARA LA MADRE Y EL HIJO

La LM ofrece protección inmunológica, promueve el desarrollo mandibular y dental del niño, mejora la función cognitiva y tiene efecto protector contra enfermedades crónicas. Entre los beneficios para la madre destacan los siguientes: favorece la involución del útero a su forma y tamaño inicial, reduce la incidencia de hemorragias posparto, ayuda a recuperar el peso previo, protege frente al cáncer de mama y ovario y se ha evidenciado una relación entre mayor duración de LM y menor riesgo de HTA, diabetes y enfermedad cardiovascular y coronaria materna.

III.I.XII. ALTERACIONES NUTRICIONALES MATERNAS: IMPACTO EN LA COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

Los requerimientos nutricionales en la madre lactante son más elevados que en gestación, lo que hace que sean difíciles de alcanzar, principalmente en madres que reducen el consumo de alimentos con la finalidad de recuperar el peso previo a la gestación. La LM puede facilitar la pérdida de peso ya que la grasa almacenada durante el embarazo suministra parte de la energía requerida por la madre durante la lactancia. La dieta de la madre lactante debe incluir alimentos de todos los grupos, principalmente lácteos, cereales, verduras, frutas, hortalizas, legumbres, huevos, pescado y carne, y limitar el consumo de grasas saturadas y azúcares sencillos. Dado que la leche materna contiene un 85-90 % de agua, se recomienda ingerir 2-3 l/día para asegurar la producción láctea, aunque un consumo más elevado no aumentará la secreción láctea.

La ingesta de AGE y de micronutrientes se ha relacionado con su contenido en leche materna. Aunque la leche materna es el alimento de elección para el niño, hemos de tener en cuenta que las alteraciones nutricionales maternas pueden variar la composición de la leche e influir en el desarrollo del niño. Se ha comprobado que la naturaleza de la grasa ingerida por la madre está relacionada con la composición de ácidos grasos de la leche y, dado que la síntesis endógena de DHA es baja, es necesario un aporte materno adecuado. Estudios recientes muestran una relación entre la ingesta de pescado graso y las concentraciones de omega-3 en la leche materna, siendo esencial su aporte para el desarrollo visual y cognitivo infantil.

Por otra parte, el estado nutricional de la madre durante el embarazo puede condicionar la situación nutricional del niño en el momento del nacimiento, así como su evolución posterior y la situación nutricional de la madre durante la lactancia. En este sentido, los trabajos realizados por Ortega y cols, en gestantes españolas seguidas durante el tercer trimestre de embarazo y lactancia evidencian que las madres con ingestas insuficientes de vitaminas A, E, C, B2, B1, calcio y zinc en el tercer trimestre de gestación tuvieron menores niveles de estos micronutrientes en leche materna respecto a las madres con ingestas adecuadas, por lo que la salud del descendiente podría verse afectada. Actualmente, diversos autores siguen observando ingestas maternas inadecuadas de micronutrientes y niveles insuficientes de estos micronutrientes en leche materna para satisfacer las necesidades del niño.

II.I. XIII. PERIODO PREPATOGENICO

Por (Shilpa N Bhupathiraju, PhD, Harva Medical), La desnutrición calórico-proteica, antes llamada malnutrición calórico-proteica, es una deficiencia energética causada por un déficit de todos los macronutrientes, pero principalmente proteínas. Suele estar acompañada de deficiencia de muchos micronutrientes. La desnutrición puede ser súbita y completa (inanición) o gradual. La gravedad varía desde deficiencia subclínicas hasta una emaciación evidente (con edema, alopecia y atrofia cutánea) y la inhalación. Con frecuencia, afecta varios sistemas orgánicos. Para diagnósticos, suelen realizarse pruebas de laboratorios como la medición de la albúmina sérica.

Generalidades sobre la desnutrición. En los países con recursos alimentarios suficientes, la DCP es común entre los pacientes menores institucionales y entre los pacientes con trastornos que disminuyen el apetito o deterioran la digestión, la absorción o el metabolismo de los nutrientes. En países con altas tasas de inseguridad alimentaria, la DCP afecta a los niños que no consumen suficientes calorías o proteínas.

II.I.XIV. ETIOLOGÍA DE LA DESNUTRICIÓN

La desnutrición se clasifica en (leve, moderada o grave). El grado está determinado por el cálculo del peso como el porcentaje de un peso deseado para la altura o talla según los criterios internacionales (normal, 90 a 100%, leve, 85 a 90%, moderada, 75 a 85%, grave, <75%).

La desnutrición calórico-proteica puede ser;

Primaria; Causada por la ingestión inadecuada de nutrientes.

Secundaria; Resultado de enfermedades o del uso de fármacos que interfieren con el aprovechamiento de los nutrientes.

II.I. XV. FISIOPATOLOGÍA

La respuesta metabólica a la desnutrición inicia el descenso de la tasa metabólica. Para aportar energía, en primer lugar, el organismo degrada el tejido adiposo. Sin embargo, más tarde, cuando estos tejidos pierden sus reservas, el cuerpo puede usar proteínas para obtener energía lo que conduce a un balance negativo de nitrógeno. Los órganos viscerales y los músculos se degradan, lo que conduce a una disminución del peso. Esta pérdida de peso de los órganos es más marcada en el hígado y el intestino, en el corazón y los riñones, y menor en el sistema nervioso.

II.I.XVI. ALERTAS DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 0-5 AÑOS

Esta situación afecta principalmente a niñas y niños en sus primeros años de vida y genera graves consecuencias en su desarrollo físicos y cognitivos dependiendo de su nivel de gravedad, incluso puede llegar a provocar la muerte si no recibe atención adecuada u oportuna, de hecho, según el fondo de las naciones unidas para la infancia (Unicef), una niña o niño que sufre desnutrición aguda grave tiene hasta 9 veces más posibilidad de morir que aquel cuyo estado nutricional es normal. Por eso, es indispensable que en los hogares los padres, madres y cuidadores, no solo conozcan las principales causas y los tipos de la desnutrición infantil que pueden presentar, sino que, también, aprendan a identificar las señales de alertas que pueden advertir de un posible cuadro de desnutrición de modo que consulten oportunamente al médico.

II.I. XVII. PRINCIPALES CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Bajo peso de la madre durante el embarazo, bajo peso y talla del niño o niña al nacer, interrupción o inadecuada lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses

de vida (hay que recordar que ninguna fórmula industrializada es capaz de reemplazar la composición de la leche materna), malas prácticas de alimentación a partir de los 6 meses de edad que impiden que los niños o niñas reciban las vitaminas y minerales que requieren en cada etapa de desarrollo, presencia de recurrente de infecciones respiratorias e intestinales que dificultan el consumo de alimentos, digestión y la absorción de nutrientes en el organismo de los niños y niñas.

II.I. XVIII.FACTORES SOCIALES QUE INCIDEN DIRECTAMENTE EN LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

- Bajo ingresos económicos de la familia que le impiden acceder alimentos en cantidad y calidad suficiente.
- Condiciones insalubres de la vivienda y bajo acceso a servicios básicos.
- Falta de educación a los padres sobre la adecuada alimentación por lo que sus hijos no tienen una dieta balanceada que satisfaga todas sus necesidades nutricionales.

II.I. XIX.TIPOS DE DESNUTRICIÓN

La Organización mundial de la salud y el fondo de las Naciones unidas para la infancia (Unicef) señalan que la desnutrición infantil en 0-5 años se puede clasificar de la siguiente manera.

Desnutrición crónica; Un niño o niña que sufre desnutrición crónica presenta retrasos en su crecimiento, es decir, su estatura es inferior al estándar correspondiente para su edad.

Desnutrición aguda; un niño o niña con desnutrición aguda tiene un peso inferior al que debería tener para su estatura. Este caso requiere atención médica urgente.

Carencia de vitaminas y minerales; Se le conoce como “el hambre oculta”. Corresponde a la desnutrición por falta de micronutrientes y se manifiesta de distintas maneras. Por ejemplo, un niño carece de vitamina A es más propenso a las infecciones, pero si la carencia es de Hierro, entonces puede presentar Anemia y dificultades en su capacidad de aprendizaje.

III.I. XX. SÍNTOMAS DE ALERTA

De acuerdo con la Dirección de Nutrición del Instituto Mexicano de Bienestar Familiar, la nutrición infantil toda vez que los padres, madres o cuidadores, detectan la presencia de uno o más de los anteriores síntomas o señales de alertas y consiste, es decir, está presentando durante varios días de forma continua, deberá acudir inmediatamente a su control salud, allí el personal médico evaluará la condición del niño mediante un examen físico que, entre otros indicadores, analizando peso y tallas para determinar, si existe o no, un problema nutricional. Debe ser así y dependiendo el nivel de desnutrición encontrado se ordenarán exámenes clínicos y el tratamiento correspondiente que pueda incluir un plan terapéutico de suplemento de desnutrición.

III.I.XXI. CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

De acuerdo con el pediatra y puericultor, llevarán un control de crecimiento y desarrollo son los mejores aliados con el que cuentan los padres de familia para hacer seguimiento al estado nutricional de sus hijos.

Estos factores se deben llevar a cabo así;

Primer control; Durante los 5 a 8 días siguientes al nacimiento,

Segundo control: Al primer mes de vida.

Siguientes controles durante el primer año; Un control cada 2 meses.

Entre el primer y tercer año de vida; Un control cada 6 meses.

Después del tercer año de vida; Un control cada 12 meses.

II.I.XXII.LOS EFECTOS DE LA DESNUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA (0-5 AÑOS).

Pueden ser devastadores y duraderos, pueden impedir el desarrollo conductual, debilitando así la futura productividad en el trabajo, dado retraso en el crecimiento ocurre casi exclusivamente durante el periodo intrauterino y en los 2 primeros años de vida, es importante que las intervenciones de prevención de la atrofia, la anemia o la xeroftalmia ocurran en la edad temprana.

Si el niño este o no bien alimentado durante los primeros años de vida, pueden tener un efecto profundo en su salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas, una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida. Cuando no hay suficiente comida, el cuerpo tiene que tomar una decisión sobre cómo invertir la cantidad limitada de sustancias alimenticias disponibles, primero está la supervivencia, luego el crecimiento, en cuanto a la nutrición el cuerpo parece que está obligado a clasificar el aprendizaje en el último lugar”.

II.I. XXIII.CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL 0-5 AÑOS.

Una nutrición pobre durante la vida intrauterina y en los primeros años de vida lleva a efectos profundos y variados, incluyendo;
Crecimiento físico y desarrollo motor retardados.
Efectos generales en el desarrollo cognitivo.

Resultando en un bajo coeficiente intelectual (inferior en 15 puntos o más en los severamente desnutridos).

Un grado mayor de problemas conductuales y habilidades sociales deficientes en edad escolar.

Atención disminuida, aprendizaje deficiente y logros educacionales más bajos.

II.I. XXIV. TRATAMIENTO

El tratamiento principal para los pacientes que pueden comer por sí solos es realizar cambios en la dieta. La desnutrición, que a menudo se emplea indistintamente como sinónimo de malnutrición, es en realidad un tipo de malnutrición. La malnutrición es un desequilibrio entre los nutrientes que el organismo necesita y aquellos de que dispone. Por lo tanto, incluye tanto la sobrealimentación (el consumo de una cantidad excesiva de calorías o de un nutriente específico, ya sean grasas, vitaminas, minerales o un suplemento dietético), como la desnutrición.

Se esquematiza de acuerdo al grado de desnutrición que afecta al niño, aunque es necesario realizar en cada caso particular un estudio completo sobre todo las causas que ocasionan la afección para corregirla desde sus orígenes. Cuando se trata de una desnutrición catalogada dentro del primer grado es suficiente una dieta que cumpla los postulados de las leyes de la alimentación, es decir, que sea suficiente, completa, equilibrada, adecuada y libre de bacterias, por lo tanto, se obtendrán factores vitamínicos naturales.

Ahora bien, si la desnutrición la ubicamos dentro del segundo grado las normas dietéticas implicarán el suministro generoso de alimentos de alto valor energético y en particular de aquellos con elevados porcentajes de proteínas (leches hiperproteïnadas, huevos, carne, etc.), por lo que en términos generales la terapéutica de un caso de desnutrición de segundo

grado implica varias semanas y un costo relativamente elevado para llegar a eliminarla por completo.

Mientras que en la desnutrición de tercer grado se requiere de un tratamiento de lapso largo, con un costo extraordinariamente alto, y el mejor incremento de peso se obtiene al proporcionar una alimentación que aporte de 180 a 250 cal/kg de peso y que no lleve más de 2 gr de proteína por cada 100 calorías. 20 Deben suministrarse proteínas de origen animal (leche, carne, huevo) o alimentos enriquecidos con proteínas de origen vegetal (soya); se han de utilizar fuentes naturales de vitaminas, algunas veces transfusiones de sangre total o de plasma.

II.II. MARCO REFERENCIAL

La desnutrición infantil es un problema de salud pública que afecta a millones de niños en el mundo, casi la mitad de las muertes en menores de 5 años están vinculadas a la desnutrición. A pesar de los avances, sólo un tercio de los países está en camino de reducir la desnutrición infantil antes de 2030. En México, la región del Pacífico Sur (Guerrero, Oaxaca, Puebla) y estados como Chiapas presentan los índices más altos de desnutrición debido a la pobreza, inseguridad alimentaria y falta de acceso a servicios básicos de salud.

La desnutrición no solo es resultado de la falta de alimentos, sino también de una dieta desequilibrada con escasez de nutrientes esenciales. Esto afecta el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños. Este estudio busca analizar las causas y consecuencias de la desnutrición infantil en Chiapas, específicamente en Comitán en la colonia Belisario Domínguez así mismo proponer estrategias de prevención para reducir su impacto en la

población infantil. Identificar, determinar y proponer estrategias de prevención y control para la desnutrición.

De acuerdo con UNICEF, la desnutrición ocurre cuando el cuerpo no recibe los nutrientes necesarios para su desarrollo. Puede ser causada por una dieta inadecuada, trastornos digestivos o enfermedades que impiden la absorción de nutrientes. Esto se divide en 3 desnutrición crónica, desnutrición aguda y carencia de micronutrientes. La desnutrición está vinculada con la pobreza y las condiciones socioeconómicas del entorno, si no se corrige en los primeros años de vida, sus efectos pueden ser permanentes, afectando el desarrollo cognitivo y la productividad en la adultez. Alguno de los factores seria la alimentación inadecuada, falta de leche materna o alimentación deficiente tras el destete, falta de conocimiento sobre nutrición y discriminación de género en la alimentación infantil.

También puede ser causado por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, así como dietas insuficientes en cantidad o calidad o enfermedades como diarrea crónica y parasitosis. Esto puede llevar a consecuencias como crecimiento físico y desarrollo motor retardado o problemas cognitivos y bajo rendimiento escolar. Además, en mujeres embarazadas la desnutrición puede provocar, bajo peso al nacer y parto prematuro y mortalidad neonatal. Para reducir la desnutrición infantil se plantean estrategias en diferentes niveles, prevención primaria, secundaria y terciaria que se plantea la promoción, educación, control, diagnosticar, atención, rehabilitación, monitoreo para que mediante esto se pueda llevarse a cabo la prevención y con ello poder reducir los casos de la desnutrición infantil

La desnutrición infantil es un problema complejo, influenciado por factores económicos, sociales y sanitarios. Su impacto negativo en el desarrollo físico y cognitivo de los niños exige una respuesta integral que incluya educación nutricional, acceso a alimentos de calidad y atención médica oportuna. Este estudio busca generar información relevante para la implementación de políticas públicas que contribuyan a la reducción de la desnutrición infantil en Chiapas y otras regiones vulnerables.

II.III. MARCO CONCEPTUAL

Dentro del marco conceptual se presentan los principales conceptos para entender el problema de desnutrición en menores de 0 a 5 años.

Crecimiento: Se vincula al proceso físico de aumento progresivo de la masa en los órganos del cuerpo.

Desarrollo: Se refiere a la maduración de las funciones del cerebro y de los otros órganos vitales.

Desnutrición infantil: Es una enfermedad que se produce cuando los niños no reciben los nutrientes necesarios para su desarrollo, esto puede deberse a una falta de alimentos, a enfermedades infecciosas o a factores sociales.

Desnutrición aguda: Es una condición en la que un niño tiene un peso bajo para su estatura o longitud. Se produce cuando el peso del niño está por debajo de lo esperado para su altura

Desnutrición crónica: Está asociada a una baja talla para la edad. Esto quiere decir que el niño tiene un retraso en su crecimiento, pero además muestra otros signos como la disminución de capacidades mentales y productivas que le afectarán el resto de su vida.

Desnutrición intrauterina: Es un estado clínico que se produce cuando un bebé no crece o no acumula la cantidad adecuada de grasa y masa muscular durante el embarazo

Emaciación: Es una condición de desnutrición que se caracteriza por un peso insuficiente en relación a la estatura. Es una forma de malnutrición visible, inmediata y mortífera.

Insuficiencia ponderal infantil: Condición que se presenta cuando un niño pesa menos de lo que se considera normal para su edad. Puede estar asociada con retraso del crecimiento y emaciación.

Kwashiorkor: Forma grave de desnutrición asociada con una deficiencia de proteínas en la dieta. La falta extrema de proteínas provoca un desequilibrio osmótico en el sistema gastrointestinal que provoca una inflamación del intestino diagnosticada como edema o retención de agua.

Marasmo: Es una carencia grave de calorías y proteínas que tiende a aparecer en los lactantes y los niños de edad temprana. De modo característico produce pérdida de peso, pérdida de músculo y grasa y deshidratación.

Se requiere un abordaje integral, que incluya acciones intersectoriales, simultáneas y sostenibles en el tiempo, con involucramiento de los gobiernos municipales y con amplia participación social para poder contribuir a la disminución efectiva y sostenible de la desnutrición.

Las mujeres en edad fértil con especial atención en adolescentes, las mujeres gestantes, las mujeres que dan de lactar y las mujeres cuidadoras de niños.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15 A MÁS AÑOS); La maternidad adolescente genera muchos riesgos sobre el niño y la madre.

MUJER GESTANTE (NIÑO O NIÑA DE 0-29 DÍAS); Se debe buscar atención prenatal adecuada, parto atendido en condiciones seguras y buen peso al nacer.

MUJER QUE DA DE LACTAR (NIÑA O NIÑO LACTANTE); Ante de los 6 meses del niño se debe promover la lactancia materna exclusiva.

MUJER CUIDADORA (NIÑA O NIÑO 6-24 MESES); Inicia la alimentación complementaria. Nuevos elementos en la dieta.

MUJER CUIDADORA (NIÑA O NIÑO 24-60 MESES); Fase de la estimulación temprana y de promoción de hábitos saludables.

Estas son las etapas claves del ciclo de vida donde se instala la desnutrición infantil. Cada municipio su objetivo requiere un tipo de tratamiento particular, por ello es necesario identificar claramente cuál es el grupo involucrado en el problema.

II.IV. MARCO LEGAL

II.IV.I. NORMAS OFICIAL MEXICANA

Constitución Política Mexicana

Ley General de Salud

NOM-043-SSA2-2005 establece recomendaciones para prevenir la desnutrición.

La NOM-043-SSA2-2005 recomienda técnicas culinarias para conservar los nutrientes y reducir el desperdicio de alimentos. También recomienda promover el consumo de frutas, verduras, leguminosas, cereales integrales y derivados.

La NOM-131-SSA1-2012 establece disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales para alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad.

La NOM-031-SSA2-1999 establece medidas de prevención para la atención a la salud del niño, incluyendo la orientación alimentaria a la madre o responsable del menor de cinco años.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Esta ley establece que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la protección de la salud y a disfrutar del más alto nivel posible de salud.

También establece que se deben coordinar las autoridades de los distintos niveles de gobierno para combatir la desnutrición.

II.IV.II MODELO

El modelo de las necesidades humanas de Virginia Henderson es un modelo de enfermería que se puede aplicar para tratar la desnutrición.

Intervenciones de enfermería para la desnutrición

- Realizar un cribado nutricional a los pacientes
- Valorar nutricionalmente a los pacientes con cribados positivos
- Ajustar las ingestas a los estilos de vida del paciente
- Ofrecer comidas frecuentes y poco abundantes
- Individualizar los menús y enriquecerlos
- Fomentar el ejercicio para aumentar el apetito
- Asegurar que la comida llegue caliente y en buenas condiciones
- Asegurar el consumo de una dieta variada
- Educar a los pacientes sobre el contenido nutricional de los alimentos
- Ayudar a los pacientes a tomar decisiones saludables

Diagnósticos de enfermería NANDA para desnutrición desequilibrio nutricional por deficiencia, desequilibrio nutricional por exceso, trastorno del cumplimiento alimentario.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Moreira Jr. JC, Waitzberg DL. Consecuencias funcionais da Desnutrición. In: Waitzberg DL. Nutrición Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 3a ed. Atheneu: Sao Paulo, 2000, pp. 399-409.
2. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba RF et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *Clin Nutr* 2010; 29 (2): 151-3.
3. Bouillanne O, Golmard JL, Coussieu C, Noel M, Durand D, Piette F, Nivet-Antoine V. Leptin: a new biological marker for evaluating malnutrition in elderly patients. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61 (5): 647-54.
4. Waitzberg DL, Gama-Rodrigues J, Correia Mitd. Desnutrición hospitalaria no Brasil. In: Waitzberg DL. Nutrición Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 3ª ed. Atheneu: São Paulo; 2000, pp. 385-97.5.
5. Bistran BR, Blackburn GL, Hallowell E, Heddle R. Protein status of general surgical patients. *JAMA* 1974; 230 (6): 858-60.
6. Hill GL, Blackett RL, Pickford IR, Bradley JA. A survey of protein nutrition in patients with inflammatory bowel disease—a rational basis for nutritional therapy. *Br J Surg* 1977; 64 (12): 894-6.
7. Warnold I, Falkheden T, Hultén B, Isaksson B. Energy intake and expenditure in selected groups of hospital patients. *Am J Clin Nutr* 1978; 31 (5): 742-9.
8. Davis JN, Oaks BM, Engle-Stone R. La doble carga de la malnutrición: una revisión sistemática de las definiciones operativas. *Curr Dev Nutr*. 2020;4(9):1–14. 10.1093/cdn/nzaa127 [DOI] [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
9. Zhang N, Ma G. Interpretación de las directrices de la OMS: evaluación y gestión de los niños en centros de atención primaria de salud para prevenir el sobrepeso y la obesidad en el contexto de la doble carga de la malnutrición. *Glob Heal J*. 2018;2(2):1–13. 10.1016/S2414-6447(19)30136-8 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
10. Abate KH, Belachew T. La desnutrición crónica entre los niños menores de cinco años de Etiopía puede no ser económica. Una revisión sistemática y un metanálisis. *Ethiop J Health Sci*. 2019;29(2):265–277. 10.4314/ejhs.v29i2.14 [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
11. Gobierno de Sudáfrica. Constitución de la República de Sudáfrica [página de inicio en Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gov.za/documents/constitution-republic-south-africa-1996>
12. Niñas y niños menores de 6 años. Referencia OMS para la evaluación antropométrica. Ministerio de Salud Gobierno de Chile, Organización Panamericana para la Salud; 2006. Revisado marzo 2015.

13. Norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años. Año 2003. MINSAL. Revisado marzo 2015.
14. Ziegler TR, Malnutrition: assessment and support. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020: chap 204.

15. . Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al: GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 38 (1):1–9, 2019. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002