



UNIVERSIDAD DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

TEMA:

**RIESGO DE DESNUTRICIÓN RELACIONADO CON LA
PRESENTACIÓN DE PROCESOS INFECCIOSOS EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL S.C.S NUEVOS
HORIZONTES. PASAJE 2013.**

AUTORA:

RUTH XIMENA PINDO ZHUNIO

TUTOR:

LCDO: WILLER MOTOICHE APOLO

MACHALA

EL ORO

ECUADOR

2015

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **RUTH PINDO ZHUÑO**, con numero de cedula 070445427-1, egresada de la carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la presente memoria técnica científica titulada: **“RIESGO DE DESNUTRICIÓN RELACIONADO CON LA PRESENTACIÓN DE PROCESOS INFECCIOSOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL S.C.S NUEVOS HORIZONTES. PASAJE 2013”** certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tutora el trabajo de titulación autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.

RUTH PINDO ZHUNIO

C.I.: 070445427-1

AUTORA

CERTIFICACIÓN

CERTIFICA:

Haber revisado la tesis titulada: **RIESGO DE DESNUTRICIÓN RELACIONADO CON LA PRESENTACIÓN DE PROCESOS INFECCIOSOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL S.C.S NUEVOS HORIZONTES. PASAJE 2013.** Cuya autora es la Egda. **RUTH XIMENA PINDO ZHUÑO**, la que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la Carrera de Enfermería de la Unidad Académica De Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

Lcdo. WILLER MOTOCHÉ APOLO
TUTOR

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis, estadísticas vertidas en el presente trabajo de investigación es de absoluta responsabilidad del autor.

Egda: Ruth Ximena Pindo Zhunio
AUTORA

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo que he realizado a Dios todopoderoso quien ha estado conmigo en cada momento sintiéndolo en los más difíciles como un padre verdadero cuidando de mi protegiéndome con su manto sagrado y su espíritu santo, además a mi madre quien a pesar que no está conmigo ella ha sido mi sustento me ayudado en todo momento e incluso cuando yo le falle ella jamás me dio la espalda, a mis hijos luz de mis ojos el regalo más preciado que me ha dado Dios, quienes han estado conmigo en las buenas y malas quienes han sido mi fortaleza mi compañía por ellos estoy subiendo un peldaño en mi vida profesional para su presente y futuro.

Ruth

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios como pilar fundamental de mi vida y como guía protectora en cada paso que doy teniendo la oportunidad de prepararme intelectualmente, a toda mi familia, maestros que me han dado la enseñanza con dedicación y abnegación y hacer un reconocimiento fraterno a la Lcdo. Willer Motoche Tutor, quien de alguna u otra manera me apoyado para poder culminar con éxito la presente investigación.

LA AUTORA

ÍNDICE

Portada	Contenido	Página
Cesión de derecho de autoría		
Certificación		
Responsabilidad		
Dedicatoria		
Agradecimiento		
Resumen		1
Introducción		2
Planteamiento del problema		4
Formulación del problema		5
Objetivos		6
Hipótesis		7
Justificación		8
Capítulo I Marco Teórico		9
1.1 Antecedentes		9
1.2 Epidemiología		11
1.3 Concepto de la salud		12
1.4 Complejidad de la salud infantil		13
1.5 Concepto de nutrición, desnutrición		14
1.5.1 Desnutrición infantil		15
1.5.1.1 Etiología		15
1.5.1.2 Epidemiología		16
1.5.1.3.1 Determinación social de la desnutrición		16
1.5.1.3.2 Desnutrición en el ecuador		17
1.5.1.4 Fisiopatología		18

1.5.1.5 Clasificación	19
1.5.1.6 Diagnostico	21
1.5.1.7 Indicadores antropométricas	21
1.5.1.8 Consecuencias a largo plazo	23
1.5.1.9 Prevención y tratamiento	24
1.6 Prevención de la desnutrición infantil	31
1.6.1 El rol de enfermero como educador de la salud	32
1.6.2 Intervención de enfermería	32
1.6.3 Proceso de atención d enfermería niños con desnutrición	33
1.7 Fundamento legal	36
Capitulo II Materiales y Métodos	37
3.1 Tipo de investigación	37
3.2 Diseño de estudio	37
3.3 Área de estudio	37
3.4 Universo y muestra	38
3.5 Métodos técnicas e instrucción	38
3.5.1 Proceso de investigación	38
3.5.2 Instrumento	38
3.5.3 Plan de tabulación, presentación y análisis de datos	39
3.5.4 Fases de intervención	39
3.5.5 Fases de evaluación	40
Operacionalización de variables	41
Capitulo III Procesamiento de datos	43
Cuadro N° 1 Edad del niño relacionado con diagnostico actual	43
Cuadro N°2 Edad del niño relacionado con los episodios de la enfermedad	44
Cuadro N°3 Edad del niño relacionado con el tipo de enfermedad de recurrencia	45

Cuadro N° 4 Sexo relacionado con el diagnostico actual	46
Cuadro N° 5 Sexo relacionado con episodio de la enfermedad	47
Cuadro N° 6 Estado nutricional relacionado con alimentación durante el proceso infeccioso	48
Cuadro N° 7 Estado nutricional relacionado con el destete de la lactancia materna.	49
Cuadro N° 8 Estado nutricional relacionado con enfermedad de recurrencia	50
Cuadro N° 9 Edad de la madre relacionada con el estado nutricional del niño	51
Cuadro N° 10 Estado nutricional relacionado con manifestaciones generales de desnutrición	52
Cuadro N°11 Ocupación de la madre relacionada con el estado nutricional del niño	53
Cuadro N°12 Instrucción de la madre relacionada con el estado nutricional del niño	54
Fases de intervención	
Cuadro N°1 Proceso interés de los problemas	56
Cuadro N° 2 Claridad de la exposición	57
Cuadro N°3 Calidad del material visual educativo	58
Cuadro N° 4 Calidad del ambiente donde recibió la charla educativa	59
Cuadro N° 5 Temas de la charla educativa	60
Cuadro N° 6 Evaluación de las actividades ejecutadas	61
Cuadro 7 trato que recibieron las madres de los niños menores de 5 años de edad durante la charlas por parte de la expositora	62
Conclusiones	63
Recomendaciones	64
Referencias bibliográficas	65
Anexos	66

RESUMEN

La desnutrición es un problema de salud pública en la que intervienen algunos factores de riesgo como los sociales, políticos, educacionales, culturales, siendo importante la prevención enfocando las actividades en los grupos de riesgo, motivo por el cual se realizó la siguiente investigación que tuvo como objetivo general; Determinar el riesgo de desnutrición con la presentación de procesos infecciosos en los niños menores de 5 años atendidos en el S.C.S Nuevos Horizontes. Pasaje 2013, planteado el estudio de tipo descriptivo, consta de tres fases la primera de levantamiento de una línea de base sobre la caracterización de desnutrición en niños ingresados por procesos infecciosos, la segunda fase sobre el diseño e implementación de un programa educativo basado en la prevención de desnutrición con enfoque problematizado y transformado de la realidad. La tercera fase de evaluación en la que se valorara los conocimientos adquiridos sobre prevención de desnutrición, actitudes traducidas en la práctica. Los resultados de la investigación dieron paso para implementar un proceso educativo con enfoque de educación popular para lograr cambios en las actitudes y prácticas del auto cuidado de la salud para prevenir y controlar la desnutrición en niños con procesos infecciosos.

INTRODUCCIÓN

Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. También puede ser causada por mala absorción de nutrientes como en la celiaquía. Tiene influencia en los factores sociales, psiquiátricos o simplemente patológicos. Ocurre principalmente entre individuos de bajos recursos y principalmente en niños de países subdesarrollados. (UNICEF, 2014).

Entre los diez países que ostentan las cifras más altas de población infantil con desnutrición crónica son: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Bangladesh, Etiopía, República Democrática del Congo, Filipinas y Tanzania (de mayor a menor número de casos). En nueve países del mundo, más del 50% de su población infantil menor de cinco años sufre desnutrición crónica. Estos países son: Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Ruanda (de mayor a menor porcentaje). Guatemala, con un 54% de desnutrición crónica, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. En sólo diez países se registra el 60% de los casos de desnutrición aguda. Estos países son: India, Nigeria, Pakistán, Bangladesh, Indonesia, Etiopía, República Democrática del Congo, Sudán, Egipto y Filipinas (de mayor a menor número de casos). (GALINDO, 2013).

En el Ecuador los niños menores de 5 años son los más afectados con la desnutrición para el año 2002 la UNICEF, en su informe anual de la infancia, afirmó que el 14% de la población infantil Ecuatoriana sufría desnutrición severa y según los últimos estudios sociales (2004) en Ecuador mueren 2000 personas por desnutrición por año, o sea, 5 personas cada día. En estas condiciones existen algunos factores que influyen en la presentación de desnutrición en nuestro país como; Más de 22,7 millones de personas en Ecuatoriana (55% de la población) carecen de una vida digna, 20% de la población vive por debajo de la línea de indigencia (8 millones). Según los indicadores de salud entre las principales causas de mortalidad infantil en el año 2010 en nuestro país se encuentra la desnutrición presentándose en 39 niños con desnutrición severa con una tasa de

0.2 por cada 1000 nacidos vivos. En la provincia de El Oro se registraron un total de 15,7% de niños con desnutrición crónica infantil de acuerdo a los indicadores de salud del sistema de notificación obligatoria. Motivo por el cual decidí realizar la siguiente investigación además que estaré aportando con el tercer objetivo del plan del buen vivir que es mejorar la calidad de vida mediante la prevención de las enfermedades. (UNICEF, 2014).

La desnutrición infantil comprende un problema de gran importancia en el ámbito de la salud, según la última encuesta de condiciones de vida en Ecuador (2011), la desnutrición crónica (baja talla para la edad) en menores de 5 años tenía una prevalencia de 25,8%, valor que se duplica en los grupos indígenas y es mucho más alto en Chimborazo (52,6%), Bolívar (47,9%) y Cotopaxi (42,6%). Conforme a la misma fuente, el déficit ponderal asociado al peso según la edad (desnutrición global) afectó a más de 1,4 millones de menores de 5 años, en cuanto a los indicadores de salud entre las principales causas de mortalidad infantil en el año 2013 en nuestro país se encuentra la desnutrición presentándose en 39 niños con desnutrición severa con una tasa de 0.2 por cada 1000 nacidos vivos. En la provincia de El Oro se registraron un total de 15,7% de niños con desnutrición crónica infantil de acuerdo a los indicadores de salud del sistema de notificación obligatoria. (AGUAYO, 2012)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el reporte del año 2012 de los indicadores de salud entre las principales causas de mortalidad infantil se presentaron 39 niños con desnutrición energética proteínica severa con una tasa de 0.2 por cada 1000 nacidos vivos, en el mismo año se reportaron un total de 6.066 niños con egresos hospitalarios por infecciones gastrointestinales, lo cual posiblemente está relacionado al estado de nutrición de los niños, o incide en la presencia de desnutrición.

En el S.C.S. Nuevos Horizontes se han registrado un total de 1328 niños de 1-4 años de edad de los cuales se observa que aproximadamente el 10% (132) presentan riesgo de desnutrición de acuerdo a las medidas antropométricas que se registran en la preparación de pacientes en la consulta, además la presentación de procesos infecciosos de morbilidad como EDA, IRA son más frecuentes en estos niños presentándose los episodios de estas enfermedades en tiempo menos espaciados y con mayor severidad, siendo la magnitud del problema no solo por el número de niños que las presentan si no tienen por las complicaciones que se dan en el desarrollo físico intelectual de idea los niños siendo su mayor complejidad la hospitalización y la muerte infantil, sobre todo cuando se relaciona con ciertos factores de riesgo como el conocimiento de las madres biológicas sobre nutrición y estilos de alimentación, el factores culturales, biológicas,

Con estos antecedentes, se ha estimado oportuno seleccionar esta problemática para estudio, para extremar los cuidados en los grupos de mayor riesgo, con lo cual se contribuirá a crear o mejorar la calidad de los programas preventivos.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el riesgo de desnutrición con la presentación de procesos infecciosos en los niños menores de 5 años atendidos en el S.C.S Nuevos Horizontes. Pasaje 2013?

SISTEMATIZACIÓN

- ¿Cuáles características individuales tienen los niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición atendidos en el S.C.S Nuevos Horizontes?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición atendido en el S.C.S Nuevos Horizontes?
- ¿Cuál es el estado mórbido del niño menor de 5 años con riesgo de desnutrición atendido en el S.C.S Nuevos Horizontes?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el riesgo de desnutrición con la presentación de procesos infecciosos en los niños menores de 5 años atendidos en el S.C.S Nuevos Horizontes. Pasaje 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características individuales de los niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición atendidas en el S.C.S Nuevos Horizontes.
- Determinar el estado nutricional de los niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición atendido en el S.C.S Nuevos Horizontes.
- Elaborar un plan educativo sobre nutrición de prevención sobre procesos infecciosos dirigido a las madres de los niños atendidos en el S.C.S Nuevos Horizontes.

HIPÓTESIS

Los trastornos del estado nutricional en los niños menores de 5 años se asociara a la presencia de procesos infecciosos.

VARIABLES

Variables Independientes

- Características individuales
- Estado nutricional

Variables Dependientes

- Desnutrición

Variables Intervinientes

- Plan Educativo

JUSTIFICACIÓN

Casi 371.000 niños menores de cinco años en el Ecuador están con desnutrición crónica; y de ese total, unos 90 mil la tienen grave. Siendo esta enfermedad resultante de la ingesta no adecuada de alimentos conlleva a la presentación de desnutrición, la misma que ocasiona cambios en el sistema de defensa del niño dejándolo susceptible a la presentación de infecciones. Sumado a esto está la relación de esta enfermedad con un sin número de factores que se interrelacionan entre sí como los sociales, políticos, económicos, ambientales, psicológicos y culturales.

Con estos antecedentes notamos que esta enfermedad es prevenible, además que los gastos económicos en curar a un niño desnutrido es más alto que en prevenir esta enfermedad, para lo cual se ha decidido realizar esta investigación la misma que enfocara la prevención a los grupos de mayor vulnerabilidad, se cuanta con los materiales y recursos para la realización de esta investigación además que con el apoyo de las autoridades de la Universidad y del centro de salud.

Además es importante investigar la relación que hay de la desnutrición energética proteínica con los procesos infecciosos para extremar los cuidados en los grupos de mayor riesgo, con lo cual se contribuirá a crear o mejorar la calidad de los programas preventivos e importante para el desarrollo de los conocimientos propios además, para poder tomar en cuenta en el momento de ofertar los diferentes servicios de salud de los tres niveles de atención a este grupo de usuarias.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

El siguiente estudio se realizó con el objetivo de conocer la magnitud de la desnutrición proteico-energética en la localidad de Harlem (Pinar del Río) e identificar algunos factores de riesgo, se realiza un estudio transversal descriptivo en el período de enero a diciembre de 2004. Se estudiaron los 38 niños que presentaban valores de peso para la talla y peso para la edad inferiores al tercer percentil. Se encontró 18,4 % de desnutrición, más frecuente en niños mayores de 1 año, en los que representó 21,12 %. Predominó la desnutrición leve (89,5 %) y no se encontró diferencias en cuanto al sexo. Se encontraba en edad de riesgo durante el embarazo 71 % de las madres de los niños desnutridos. Predominaron los niños de peso al nacer de riesgo (2 500 a 3 000 g). El 71 % de los niños tuvo una lactancia exclusiva por menos de 3 meses. La desnutrición constituye un problema de salud en Harlem con respecto al resto del país. Allí se identificaron como factores de riesgo la interrupción temprana de la lactancia materna, el embarazo en las edades extremas de la edad fértil y el peso al nacer entre 2 500 y 3 000 g. Estos resultados permiten diseñar estrategias de intervención con vistas a mejorar este indicador. (ALOSNSO, 2010)

Otro estudio propone un índice que modeliza la función matemática de los promedios de la puntuación Z del peso para la edad de 60,079 niños menores de 5 años de la República Mexicana obtenidos a partir de muestras probabilísticas. El modelo matemático de mayor precisión fue un polinomio de quinto grado. El coeficiente de correlación se ubicó en el intervalo $.937 < R < .999$. El índice propuesto es la integral de la función polinomial, lo cual representa la brecha nutricional entre la población observada y la población de referencia. A partir de este modelo se analizan las características de las distintas poblaciones observadas.

A nivel nacional, se observa una mejoría entre los años 1988 y 1999 al pasar de -39.6 a -16.8 . Esta mejoría es mayor en el medio urbano (-36.4 a -8.4), que en el medio rural (-48.8 en 1989, a -37.7 en 1999). La población rural indígena del país presentó los mayores niveles de desnutrición: -54.4 , mientras que para la población rural no indígena el índice fue de -37.1 . En la ciudad de México en 1995 el índice fue de -5.9 , promedio de una polarización nutricional, ya que en los estratos socioeconómicos inferiores fue de -17.3 y en los estratos superiores de 18.0 , lo que revela la emergencia de problemas de obesidad infantil.. Este índice es útil para estimar la magnitud y las características de la dinámica epidemiológica de la desnutrición en edades tempranas y evaluar efectos de diversas intervenciones, sin que se vea afectado por los sesgos habituales al usar prevalencias de desnutrición. (AVILA, 2012).

En otra investigación que tuvo como objetivo establecer si la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de residencia constituye un factor contextual que afecta la desnutrición crónica infantil e identificar factores a nivel individual asociados a la desnutrición crónica infantil. Se utiliza datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES, 2008) y modelos de regresión logística multinivel para estimar el efecto de la DIRESA de residencia y de las variables a nivel individual sobre la variable dependiente desnutrición crónica infantil. Los resultados muestran por un lado, que existe un “efecto DIRESA” sobre la probabilidad de desnutrición crónica infantil, que no puede explicarse por diferencias en las variables relacionadas con características del hogar, de las madres o de los niños medidas a nivel individual. Por otro, que las variables que representan características de los hogares, de las madres y los niños se encuentran estadísticamente asociados a la desnutrición crónica infantil. (AROCENA, 2011)

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Casi 371.000 niños menores de cinco años en el Ecuador están con desnutrición crónica; y de ese total, unos 90 mil la tienen grave. Los niños indígenas, siendo únicamente el 10% de la población, constituyen el 20% de los niños con desnutrición crónica y el 28% de los niños con desnutrición crónica grave. Los niños mestizos representan, respectivamente, el 72% y el 5% del total. El 60% de los niños con desnutrición crónica y el 71 % de los niños con desnutrición crónica grave, habitan en las áreas rurales (aunque la población rural es tan solo el 45 % del total poblacional del Ecuador).

También se da una concentración muy elevada en las áreas de la Sierra, que tiene el 60 % de los niños con desnutrición crónica y el 63 % con desnutrición crónica extrema. El 71 % de los niños con desnutrición crónica provienen de hogares clasificados como pobres, lo cual se aplica también al 81% de los niños con desnutrición crónica extrema.

Los resultados en la desnutrición crónica están correlacionados con la altura a la cual vive la población sobre el nivel del mar. La distinción es crítica entre quienes viven por debajo de 1.500 metros (donde la tasa promedio de desnutrición crónica es del 16,6 % y de desnutrición crónica grave del 4 %) comparado con aquellos que viven a 1.500 metros y más (35% y 10%, respectivamente). Existe una literatura especializada que discute el vínculo entre la altura y los resultados de crecimiento.

Los niveles de ingresos y pobreza también están correlacionados con los resultados nutricionales. En el quintil inferior de la distribución de los ingresos, el 30% de los niños tiene desnutrición crónica y el 9% desnutrición crónica grave. En el quintil superior, solamente el 11,3% tiene desnutrición crónica y el 1,9% desnutrición crónica grave. De modo similar, entre los hogares clasificados como pobres, el nivel promedio de desnutrición crónica es del 27,6 % y la desnutrición crónica extrema es del 8,1%; mientras que para hogares no pobres, las cifras son de 16,15% y 2,8%, respectivamente.

1.3 CONTEXTO DE LA SALUD INFANTIL

Para poder intervenir en un determinado problema de salud, es necesario comprender la realidad social compleja y diversa. Su conocimiento y las acciones de salud deben contextualizarse considerando las historias y experiencias de vida particulares, en contextos y momentos históricos diferentes. Así, la experiencia cotidiana de las personas, su modo de vivir la vida, de pensarla, su subjetividad, es central en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Esto justifica que el conocimiento y las acciones en el campo de la salud, se realicen a partir de un acercamiento, un dialogo que ayude a construir nuevas oportunidades conjuntamente con las personas, familias y comunidades y no solo desde la óptica de los trabajadores de la salud.

Desde el punto de vista teórico se tiene como base la salud como proceso socio-biológico y no como fenómeno únicamente biológico. El fenómeno social incorpora “las condiciones de vida de cada grupo de población”, a las cuales se suman el trabajo y supervivencia. Estas condiciones son la forma particular de participación de los grupos en la reproducción general de la sociedad y en la estructura de producción. Las condiciones de vida y de trabajo traducen las dimensiones económicas, ecológica, de conciencia y de conducta con las cuales interactúa la dimensión biológica del ser humano. En consecuencia, la salud no se vive de igual manera por todos y hay maneras diferentes de enfermar y morir, condicionadas por la desigualdad en el acceso a la alimentación, actividad, vivienda, vestido, seguridad, descanso y afecto, así como la realización personal, las posibilidades de educación y de participación ciudadana. La salud de las personas en general, y la de las niñas y niños en particular, es un derecho humano inalienable, puesto en evidencia en la Convención sobre los Derechos del Niño* y ratificado como tal en los instrumentos legales de cada país. Esto supone ser obligatorio y su vigilancia y exigencia constantes. Pero, la realidad muestra que no ocurre de esta manera.

La combinación de la experiencia con las lecciones aprendidas en el desarrollo de acciones a favor de la infancia y la necesidad de profundizar y ampliar las acciones para facilitar y mejorar la calidad de atención a la niña y niño, permitió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), desarrollar una estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). La estrategia se diseñó como una herramienta que permite la atención de las niñas y niños en forma integrada, haciendo énfasis en los problemas más graves y comunes que afectan su salud.

1.4 COMPLEJIDAD DE LA SALUD INFANTIL

En las Américas mueren cada año alrededor de 400.000 niñas y niños menores de 5 años. Aproximadamente 260.000 mueren por enfermedades que podrían ser evitadas o tratadas fácilmente. Esta mortalidad infantil está relacionada con factores económicos, políticos, sociales y culturales, especialmente en los países en desarrollo y en los lugares más desprotegidos. En América Latina, la media de mortalidad infantil está por arriba de 20 por 1000 nacidos vivos, la media de mortalidad neonatal en 14.6 por 1000 nacidos vivos y más del 70% de las muertes infantiles suceden en el periodo neonatal.

De las muertes neonatales, el 60% ocurren en la primera semana de vida (**OPS 2007**). Más de la mitad de las muertes en las niñas y niños menores de un año suceden en el periodo entre el parto y los primeros dos meses de vida. Este hecho representa un gran desafío, tanto para el personal de los servicios de salud como para la sociedad, ya que son el resultado no solo de las condiciones de salud y educación de la madre, sino la falta de información, de acceso a la atención prenatal, al parto limpio, seguro y por personal calificado y al postparto, así como los cuidados inmediatos y de calidad al recién nacido, promoviendo el apego inmediato y la lactancia materna exclusiva.

De esta manera se transforma un acontecimiento normal y privilegiado, en un momento de angustia, temor y muchas veces la muerte. A diferencia de las niñas y niños mayores, que más del 70% fallecen de neumonía, diarrea y desnutrición, los

menores de 2 meses de edad mueren principalmente de problemas respiratorios, prematuridad, bajo peso, infecciones y asfixia, que pueden ser evitados con políticas de atención primaria de salud e intervenciones sencillas, basadas en evidencia y de bajo costo. Estas patologías constituyen la amenaza más grande para la supervivencia y salud de las niñas y niños en la Región de las Américas. Es importante señalar además, que el 94% de las niñas y niños que acuden a los servicios de salud en búsqueda de atención, es por alguna enfermedad (OPS/OMS, 1989), enfermedades reemergentes (TBC) o maltrato.

1.5 CONCEPTOS DE NUTRICIÓN, DESNUTRICION

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. La nutrición es principalmente el aprovechamiento de los nutrientes, manteniendo el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro-sistémico. Los procesos macro sistémicos están relacionados a la absorción, digestión, metabolismo y eliminación. Los procesos moleculares o micro sistémicos están relacionados al equilibrio de elementos como enzimas, vitaminas, minerales, aminoácidos, glucosa, transportadores químicos, mediadores bioquímicos, hormonas, etc.

Como ciencia, la nutrición estudia todos los procesos bioquímicos y fisiológicos que suceden en el organismo para la asimilación del alimento y su transformación en energía y diversas sustancias. Lo que también implica el estudio sobre el efecto de los nutrientes sobre la salud y enfermedad de las personas.

Etimológicamente viene del latín **Dis**, Separación o negación, y **Trophis** o **Thophs**, Nutrición. Podemos considerar la desnutrición como un balance negativo que presenta como características la depleción orgánica y cambios en la composición bioquímica del organismo. Puede expresarse como un conjunto de fenómenos de dilución, hipo fusión y atrofia.

Siguiendo a la OMS: la **desnutrición** es la ingesta insuficiente de alimentos de forma continuada, que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, sea por absorción deficiente y/o por uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos

1.5.1 DESNUTRICION INFANTIL

1.5.1.1 DEFINICIÓN

La desnutrición infantil es una enfermedad causada por ingestión insuficiente de proteínas, las cuales son necesarias para salud corporal y el desarrollo normal de los músculos, las calorías quienes son las encargadas de dar energía para que nuestro cuerpo pueda funcionar de forma normal. En este caso las personas con esta deficiencia en nutrición, presentan dificultades en su desarrollo físico en tal caso extremo que puede afectar el crecimiento normal de un niño si no se realiza un tratamiento adecuado.

1.5.1.2 ETIOLOGIA

La etiología puede ser:

Primaria: cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrimentos y/o episodios repetidos de diarreas o infecciones de vías respiratorias.

Secundaria: Cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrimentos.

En la mayoría de los países subdesarrollados y algunas áreas marginadas de países industrializados cuando hay desnutrición endémica, ésta presenta ciertos rasgos característicos: Peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciosas, estatura pequeña de sus habitantes, tasas elevadas de mortalidad,

particularmente en niños menores de cinco años y expectativas de vida más corta. De tal manera que la desnutrición es la resultante de un círculo vicioso que perpetúa y agrava el subdesarrollo, empeorando el estado de salud y la nutrición de la comunidad. En un alto porcentaje de los casos la causa de la desnutrición es debida a una baja ingesta de nutrimentos, la cual es insuficiente para cubrir las necesidades, agregándose a éstas en cualquier momento la infección que aumenta la severidad de este cuadro.

La causa principal del marasmo es el aporte inadecuado de energía, la etiología del Kwashiorkor es más incierta y actualmente no se acepta, en general, que se deba únicamente al bajo aporte de proteínas, como se creía hace un tiempo. Hay razones para pensar que el Marasmo representa un estado de adaptación a la inadecuada nutrición, mientras el Kwashiorkor constituye un estado de desadaptación en el cual los aminoácidos se desvían para producir reactivos en la fase aguda como respuesta a la infección, en vez de ser utilizados para la síntesis visceral de proteínas.

1.5.1.3 EPIDEMIOLOGIA

La magnitud del problema varía de un país a otro y en las diferentes áreas geográficas de un mismo país. Sin embargo, se reconoce que cuando menos de la mitad de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta son atribuibles a la DPE. En América Latina se ha reconocido que alrededor de 25 % de los niños presentan desnutrición. En México la Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-96) señala la prevalencia de desnutrición en población menor de cinco años de acuerdo al indicador de peso para edad a nivel nacional es de 42.7%. La forma leve afectó a 25.9% de los niños, la moderada a 12.7% y la severa a 4.2%.

Los estados de Guerrero, Yucatán, Puebla, Oaxaca y Chiapas presentan una prevalencia de desnutrición moderada y severa superior a 20%, mientras que Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Durango, Coahuila, Baja California y Sonora, ésta es inferior a 8%. La ENAL-99 reporta una prevalencia nacional en niños menores de

5 años de 17.8% de desmedro (T/E), de 7.6% de bajo peso (P/E) y de 2.1% de emaciación (P/T).

Es alarmante el porcentaje de niños con desnutrición crónica que por subalimentación prolongada o pérdidas intermitentes de nutrimentos, han sido afectados

1.5.1.3.1 Determinación social de la desnutrición

Johnson, en su reciente trabajo, explica que se puede visualizar la determinación social de la desnutrición en diferentes niveles según la causa; En un nivel superior se pone el que él llama las causas básicas: Organización social de la producción y de las relaciones de la producción. Causas mediáticas; acceso a vivienda, empleo, salarios, el acceso a alimentos, agua, transporte, servicios de salud, educación. Causas inmediatas: la ingesta de alimentos y las necesidades nutricionales y el estado de salud, que se mantendría en equilibrio dinámico.

Las características esenciales en la determinación de los hábitos alimenticios son: la disponibilidad de ciertos productos alimenticios destinados a las condiciones específicas de clima, suelo, la lluvia, entre otros, la clase social, forma de vida, destacando las prácticas y hábitos, y por último la continuidad de la producción de los alimentos nuevos o aquellos alimentos que no se utilizan habitualmente para el consumo humano. Valente (2008).

Sin embargo para Silva, muestran que la desnutrición proteico – calórico no existe en forma aislada sino que es parte del contexto de la pobreza y el hambre, lo que trae consecuencias negativas en el desarrollo del cerebro de estas personas.

1.5.1.3.2 Desnutrición en el Ecuador

El Ecuador logró disminuir la tasa de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años en un 18%, en los últimos 20 años. En la década de los 80 la tasa de desnutrición era del 41% mientras que en el 2011 disminuyó al 23%. La Unicef para contribuir al trabajo que vienen realizando el Ministerio de Salud Pública para combatir la desnutrición ha entregado materiales sobre alimentación y nutrición, en donde se hace énfasis en el consumo de sal yodada para la

prevención de enfermedades como bocio y el cretinismo esto a través del uso de suplementos de hierro durante el embarazo y en los dos primeros años de vida. UNICEF apoyó a todas las instituciones estatales para que brinden información sobre la desnutrición crónica en niños, niñas y adolescentes.

1.5.1.4 FISIOPATOLOGÍA

A través de una serie de mecanismos fisiológicos, el organismo tiende a mantener un equilibrio dinámico ante la ingesta de energía, cuando existen periodos largos de restricción energética y/o proteica, el organismo se adapta en forma progresiva a esta restricción con el objeto de mantener un estado funcional adecuado tanto como lo permita el suministro limitado de nutrimentos. La adaptación nutricia significa que para sobrevivir a dos agresiones sinérgicas, la carencia de nutrimentos y las infecciones frecuentes, el organismo modifica sus patrones biológicos de normalidad y crea nuevas condiciones homeostáticas.

La DPE se desarrolla gradualmente y permite la siguiente serie de ajustes metabólicos que resultan en una disminución de la necesidad de nutrimentos y en un equilibrio nutricional compatible con una disponibilidad más baja de nutrimentos celulares. Si en este punto el suministro de nutrimentos continúa siendo cada vez más bajo que el aceptado por el organismo para su adaptación sobreviene la muerte; sin embargo, aunque en la mayoría de los casos ese suministro es bajo, no lo es tanto para causar la muerte y el individuo es capaz de vivir en un estado adaptado a una ingestión disminuida. A este fenómeno, Ramos Galván le llamó “homeorresis”, en el cual la mayoría de las funciones están alteradas y tienen las siguientes características:

Movilización y gasto de energía: El gasto de energía desciende con rapidez tras la disminución de la ingesta de sustratos calóricos y ello explica la reducción de los periodos de juego y actividad física que se observan y los periodos de descanso más prolongados y el menor trabajo físico. Cuando la disminución del gasto de energía no puede compensar la ingesta insuficiente, las reservas de la grasa corporal se movilizan y el tejido adiposo y el peso corporal disminuyen. La

masa magra corporal se reduce a una velocidad menor como consecuencia del catabolismo de las proteínas del músculo que promueve una mayor liberación de aminoácidos. Conforme la deficiencia de energía se vuelve más grave, la grasa subcutánea se reduce en forma notoria y el catabolismo de proteínas lleva al desgaste muscular. Las proteínas viscerales se conservan por un tiempo mayor, en especial en pacientes con marasmo.

Degradación y síntesis de proteínas: La disponibilidad baja de proteínas dietéticas reduce la síntesis proteica. Las adaptaciones del organismo permiten conservar las proteínas estructurales y mantener las funciones esenciales que dependen de proteínas, esto conduce a cambios enzimáticos que favorecen la degradación de la proteína del músculo y la síntesis hepática de proteína, así como la movilización de sustratos de energía desde los depósitos de grasa.. Hasta que las proteínas de los tejidos que no son esenciales se agotan la pérdida de proteínas viscerales aumenta y la muerte puede ser inminente si no se instituye el tratamiento nutricional.

1.5.1.5 CLASIFICACIÓN

Para elaborar el diagnóstico de desnutrición se requiere analizar la historia alimentaria, la frecuencia y severidad de las enfermedades previas, reconocer los signos y síntomas propios de esta enfermedad, medir el crecimiento y realizar algunas pruebas bioquímicas.

1.- Clasificación etiológica:

A) Primaria: Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y la ignorancia, en la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo y la de origen secundario en países desarrollados.

B) Secundaria: cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrientes, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sépsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neuropatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.

C) Mixta: se presenta cuando están coexisten las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrientes y la necesidad no satisfecha de los mismos.

2.- Clasificación clínica:

La DPE es un nombre genérico para un amplio espectro de estados de deficiencia de proteínas y energía y son clasificados como: energética, protéica y energética-protéica.

Las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas. Incluyen: reducción en la velocidad de crecimiento, disminución en la actividad física y apatía general. Al incrementar el déficit de proteínas y energía, las manifestaciones primarias se hacen más evidentes. Sin embargo, sólo cuando la DPE es grave, los signos y síntomas específicos se hacen evidentes. Los términos marasmo, kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor se usan para designar expresiones clínicas de desnutrición calórico-proteica avanzada o de tercer grado. Generalmente la desnutrición de tipo marasmática se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo, etc.

El Kwashiorkor forma “húmeda” o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una

dermatitis denominada pelagroide, irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas. La desnutrición marasmo-kwashiorkor anteriormente conocido como Síndrome Pluricarencial presenta tanto signos de marasmo como de kwashiorkor.

3- Clasificación por severidad o intensidad:

La clasificación de Gómez, una de las más usadas, utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de cinco años. La severidad de la desnutrición se reconoce clínicamente y se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso con el percentil 50 de los niños de su misma edad.

1.5.1.6 DIAGNOSTICO

El diagnóstico en la DPE es primordialmente clínico. Los signos clínicos se clasifican en:

- 1) SIGNOS UNIVERSALES.-** Son aquellos que siempre están presentes en los niños desnutridos; su intensidad dependerá de la magnitud del déficit de nutrientes, de la etapa de crecimiento y del tiempo de evolución y son: dilución, hipofunción y atrofia, y ocasionan detención de crecimiento y desarrollo.
- 2) SIGNOS CIRCUNSTANCIALES.-** Su presencia es circunstancial, pueden o no estar presentes y son características del tipo de desnutrición ya sea Marasmo, Kwashiorkor o mixta, como hipotrofia muscular, hipotonía, edema, lesiones dermatológicas, signo de la bandera.
- 3) SIGNOS AGREGADOS.-** Son aquellos que se encuentran presentes en el niño desnutrido solamente y a consecuencia de diversos procesos patológicos que se agregan, como insuficiencia respiratoria, fiebre, deshidratación, etc.

1.5.1.7 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento en esta medida antropométrica, precede a la detención del crecimiento estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P/E), tiempo de evolución (T/E) y pronóstico (P/T).

PESO PARA LA EDAD (P/E)

El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

$P/E = \frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$

PESO IDEAL

- Interpretación: según la clasificación de Federico Gómez.
- Porcentaje de peso Déficit
- Normal 91 o más < 10 %
- Desnutrición grado I 90 a 76 10 - 24 %
- Desnutrición II 75 a 61 25 - 39 %
- Desnutrición III 60 o menos 40 > %

PESO PARA LA TALLA (P/T)

El peso para la talla P/T ha reemplazado al P/E como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente. Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricia. Este cociente indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescente.

$P/T = \frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL PARA TALLA ACTUAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$

PESO IDEAL PARA

TALLA ACTUAL

TALLA PARA LA EDAD (T/E)

La T/E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricional. Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.

$$T/E = \frac{\text{TALLA ACTUAL}}{\text{TALLA IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de talla} - 100 = \% \text{ de déficit de talla}$$

1.5.1.8 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

Hay clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como factor predisponente de un mayor riesgo de enfermar o de morir y como condición antecedente de una limitación estructural y funcional. Durante el estadio agudo de la desnutrición severa, la aparente mayor susceptibilidad del niño a contraer enfermedades infecto-contagiosas es sin duda la consecuencia de mayor trascendencia clínica.

Con respecto a las potencialidades somáticas los niños con desnutrición severa presentan tallas inferiores al promedio para su edad considerándose estos como “Enanos Nutricionales”.

Los estudios sobre el desarrollo mental indican que existe una interrelación estrecha entre la desnutrición y el desarrollo intelectual. Sin embargo, aún queda por precisar el grado de participación de la desnutrición en el retraso mental. En años recientes se ha logrado que lactantes severamente desnutridos tengan una mejor recuperación en su desarrollo neurológico, cuando son sistemáticamente estimulados durante su tratamiento médico dietético. El niño desnutrido grave se deteriora más debido a un desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular y/o renal y a un déficit de los mecanismos de defensa contra la infección. Las alteraciones psicológicas pueden ser profundas; la anorexia severa, apatía e irritabilidad hacen que el niño sea difícil de alimentar y manejar, y son de muy mal pronóstico.

En general, la muerte es secundaria a bronconeumonía, septicemia por gramnegativos, infecciones graves y falla aguda cardiovascular, hepática y renal. Los signos y síntomas de deficiencia grave de vitaminas y minerales pueden ser importantes en la DPE y pueden hacerse aparentes durante la rehabilitación temprana si no se provee un suministro adecuado de estos nutrimentos. Además, el cuadro clínico puede complicarse por una deficiencia grave de folatos, tiamina o niacina y/o una deficiencia aguda de potasio, sodio y magnesio o por deficiencia crónica de hierro, zinc, cobre y cromo.

1.5.1.9 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Tradicionalmente, la respuesta ante la desnutrición aguda grave consistía en ingresar a los niños afectados en hospitales o centros de tratamiento especializado, donde se les sometía a regímenes alimenticios de base láctea. A pesar de su eficacia, resultaba costoso y el acceso de los niños a los centros era limitado. La alternativa más reciente son los alimentos terapéuticos listos para usar (RUTF, por sus siglas en inglés), que se pueden tomar en el hogar. No requieren refrigeración, no hay que añadirles agua para su consumo y gracias al aislamiento de su envoltorio se pueden utilizar aunque las condiciones higiénicas no sean óptimas. Su uso se ha extendido en los últimos cuatro años y se calcula que tres de cada cuatro niños con desnutrición aguda grave se pueden recuperar en sus hogares con este preparado.

Los alimentos terapéuticos tienen un alto valor energético, son de consistencia blanda o triturable y aptos para niños mayores de seis meses. La tecnología para producirlos es relativamente simple y ya existen fábricas en algunos países de África. Los niños menores de seis meses reciben leche terapéutica, que también se utiliza de forma complementaria en niños mayores de esa edad.

La Prevención de la desnutrición en los niños menores de 2 años (PM2A) es un enfoque con ayuda alimentaria para reducir la prevalencia de la desnutrición infantil y consiste en destinar un conjunto de intervenciones de salud y de

nutrición a todas las embarazadas, a las madres de niños de 0 a 23 meses y a niños menores de 2 años que viven en zonas del programa con inseguridad alimentaria, independientemente del estado nutricional. Dado que, desde el punto de vista nutricional, estos niños y mujeres son los más vulnerables de la población, el programa se enfoca en todos los integrantes de estos grupos para proteger a los niños de la desnutrición y de sus consecuencias a largo plazo, así como la disminución de las habilidades psicomotrices, la capacidad de trabajo, el coeficiente intelectual (CI) y los ingresos, entre otros aspectos.

Prevención Y Tratamiento

Aunque no suele ser peligrosa, la diarrea ha causado millones de muertes alrededor del mundo, principalmente como consecuencia de la deshidratación. La diarrea de diferentes causas, está asociada también con una reducción del consumo de alimento. Por esa razón, el principal tratamiento contra la diarrea implica un consumo de cantidades adecuadas de agua para sustituir la pérdida de líquidos, mezclada preferiblemente con electrolitos para recuperar las sales minerales esenciales y ciertos nutrientes. En la mayoría de los casos un tratamiento adicional o el consejo médico resultan innecesarios.

El tratamiento general de la diarrea puede esquematizarse en 4 fases:

Plan A:

En diarrea aguda sin deshidratación aparente. Aportar mayor cantidad de líquido que lo perdido. En pacientes menores de 1 año de edad: 50 a 100 ml y en mayores de 1 año de edad: 100 a 200 ml después de cada evacuación líquida. A niños mayores o adultos se ofrece todo el volumen que deseen beber. Mantener alimentación adecuada para la edad, buena concentración calórica, higiénica, no concentrada, de buen sabor para el niño, barato y culturalmente aceptable: continuar con la lactancia materna o su dieta habitual para niños y adultos.

Plan B:

En diarrea aguda con deshidratación clínica moderada. El objetivo es tratar la deshidratación mediante el uso de terapia de rehidratación oral (TRO), usando sales de rehidratación oral (SRO) para corregir el déficit de agua y electrolitos y recuperar el equilibrio hidrostático.

Plan C:

En diarreas con deshidratación grave o choque circulatorio y cuyo objetivo es tratar la deshidratación rápidamente. La rehidratación intravenosa está indicada ante el fracaso de la terapia de rehidratación oral (TRO) o a continuación de la reanimación inicial de un paciente en shock.

Nutrición adecuada

En contra de algunas creencias establecidas, en la mayoría de los casos de diarrea no es necesario establecer un reposo estricto del intestino; la supresión de la alimentación en los niños puede conducir a una pérdida diaria del 1-2% del peso corporal (sin contar las pérdidas fecales) que puede poner su vida en peligro. Aunque la absorción intestinal está reducida en la diarrea, no está totalmente abolida, y se absorbe una proporción no despreciable de principios inmediatos. De hecho, la evolución de los pacientes nutridos es mejor que en los que ayunan (menores pérdidas fecales y menor duración temporal). En la mayor parte de los casos, la diarrea cede en pocos días con medidas sencillas, como evitar alimentos que aumenten el volumen de las heces y la motilidad intestinal. Por otro lado, en la afección generalizada del intestino, debe evitarse la leche y derivados, porque suele producirse un déficit de disacaridasas, que impide la digestión de la lactosa y empeora la diarrea.

Las Recomendaciones Dietéticas En El Tratamiento De La Diarrea Son Las Siguietes:

- No tomar alimentos sólidos durante 16 horas
- Tomar sólo agua, agua de arroz o caldo vegetal, bebiendo en pequeñas cantidades de manera continua, sin forzar

- Controlada la primera fase (menos de 3 o 4 deposiciones al día) se introducirá gradualmente una dieta sólida, siempre en pequeñas cantidades para comprobar la tolerancia a la misma
- Se mantendrá la hidratación con agua, agua de arroz o caldo vegetal

Alimentos Recomendados:

- Sopa de arroz, arroz muy hervido
- Sopa de zanahoria
- Puré de patatas(papas) y patata hervida
- Sopa de pescado
- Sopa de plátano verde
- Carne de aves (pollo, pavo, etc.) cocida o a la plancha

Tratamiento Sintomático de la Diarrea y los Síntomas Acompañantes.

Hay algunos medicamentos con actividad antidiarreica, que pueden ser beneficiosos, pero pueden estar contraindicados en algunos casos.

Antiespasmódicos:

Se usan con alguna frecuencia por su acción sobre la motilidad intestinal (antimotílicos). Hay entre ellos productos que tienen que ver con los alcaloides: (Codeína, Elixir, Paregórico, Tintura de Opio. Y hay dos derivados de ellos que son los muy conocidos Difenoxilato y Loperamida. Los beneficios que pueden ocasionar son mínimos y sí pueden causar efectos secundarios serios como náuseas, vómitos, aletargamiento, íleo paralítico e incluso paro cardiopulmonar. Hay muchos trabajos en este sentido y sus resultados evidencian que ninguna de estas drogas tiene propiedades anti secretorias que den un beneficio clínico en el manejo de las diarreas.

Anti diarreicos

Tienen actividad anti diarreica los siguientes compuestos:

Agonistas de los opioides, como la Loperamida (Imodium). Los opioides (como la morfina) tienen un efecto astringente significativo. Aumentan el tiempo de tránsito intestinal y la absorción de agua, además de reducir los movimientos de masa del colon. Aunque todos los opioides tienen efecto astringente, no se utilizan como antidiarreicos por su potente efecto sobre el SNC. La Loperamida, sin embargo, no cruza la barrera hematoencefálica y por ello no tiene efecto analgésico ni adictivo, pero mantiene su capacidad antidiarreica.

Compuestos coloidales de bismuto, por ejemplo el salicilato de bismuto (como el que se encuentra en el Pecto Bis mol). Estos compuestos recubren la mucosa, creando una capa protectora (por lo que también se utilizan en las gastritis). Además, el salicilato inhibe la producción de prostaglandinas en el intestino y la secreción de cloruro, disminuyendo así la secreción de fluidos y la diarrea. El bismuto tiene efectos antimicrobiales, y se une a entero toxinas, por lo que es beneficioso en la prevención de la diarrea del viajero.

Antibioticoterapia

Los antibióticos son usados para tratar ciertas formas específicas de diarreas, para lo cual suele ser necesario tener los resultados de un cultivo microbiológico de heces, en el que se identifica el organismo causante de la enfermedad y su resistencia microbiana. Los antibióticos no son efectivos ante diarreas causadas por virus.

Cotrimoxazol: una combinación de trimetoprima y de sulfametoxazol, por lo general a dosis de 40 mg/kg cada día por 5 días tiende a ser indicada en diarreas causadas por *Shigella dysenteriae*.

Cloranfenicol: por lo general a dosis de 50-100 mg/kg cada día por 10 días se indica en la diarrea por fiebre tifoidea. La ciprofloxacina también tiene una excelente actividad contra la *Salmonella typhi* a dosis de 500 mg cada 12 horas por 14 días.

Eritromicina: a dosis de 250 mg cuatro veces al día y otros macrólidos pueden emplearse donde esté involucrado el *Campylobacter jejuni*.

Doxiciclina Y Las Quinolonas: se usan con efectividad en contra de la cólera.

Vancomicina: 0,5 - 3,0 g cada 6 horas o el metronidazol de 500 - 700 mg cada 6 horas son indicadas para diarreas producidas por *Clostridium difficile*

Promoción de salud y prevención

Diversos estudios han comprobado que la difusión de las medidas preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades diarreicas es eficaz y fácil de aplicar. Todas ellas se deberán promover en todas las madres o responsables de los menores de cinco años de edad tanto en las comunidades como en la consulta de primer nivel de atención.

La atención eficaz y oportuna de la enfermedad diarreica comprende dos acciones principales:

- La administración de líquidos en forma de té, aguas de fruta, cocimientos de cereal y Vida Suero Oral.
- Mantener la alimentación habitual.

Ambas acciones previenen por un lado la deshidratación y por el otro la desnutrición, sin embargo se requiere otras intervenciones para reducir la frecuencia de la enfermedad.

Las Que Interrumpen Los Mecanismos De Transmisión De La Enfermedad.

A través de un conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por finalidad la promoción y el mejoramiento de las condiciones de vida urbana y rural, como sería el uso higiénico y manejo adecuado del agua potable, así como un monitoreo rutinario de su calidad bacteriológica, la

disposición segura de las excretas, higiene personal, el lavado de manos, el manejo correcto de los desechos sólidos y el manejo higiénico de los alimentos.

Las Que Incrementan La Resistencia Del Huésped.

A través de las acciones de salud que coadyuvan a la prevención de enfermedades diarreicas, como son por ejemplo, la lactancia materna exclusiva, la aplicación de las vacunas contra el sarampión y el rotavirus y la suplementación con vitamina A, entre otras.

Promoción

Mejorar Las Prácticas De Ablactación Y Destete

La ablactación se refiere a la introducción gradual de alimentos diferentes a la leche. Este proceso es muy importante debido a que las malas prácticas de ablactación y destete, aunado a la exposición a alimentos y utensilios contaminados, están asociadas al riesgo de los infantes a enfermar y morir por diarrea. Otro problema es que con mucha frecuencia se utilizan alimentos que no aportan los requerimientos necesarios y esto conduce al inicio de la desnutrición que consecuentemente formará un círculo vicioso con la diarrea.

De La Higiene En El Hogar

Higiene Y Almacenamiento De Los Alimentos

- Lavarse las manos antes de preparar los alimentos.
- Lavar las manos del menor antes de cada comida.
- Mantener limpias y cortas las uñas del menor.
- Servir los alimentos enseguida de haberlos preparado.
- Lavar bien los utensilios que se ocupan para la preparación de los alimentos y con los que se le da de comer al menor, antes de utilizarlos.

- Evitar el uso de utensilios de barro vidriado para cocinar o conservar alimentos, ya que éstos contienen plomo, mismo que es dañino a la salud.
- Evitar toser o estornudar sobre los alimentos al prepararlos.
- Lavar bien con agua limpia y estropajo, zacate o cepillo las frutas y verduras.
- Desinfectar las frutas y verduras que no se puedan tallar. Lavar las verduras con hojas, hoja por hoja y al chorro de agua.
- Limpiar los granos y semillas secos y lavarlos bien.
- Lavar a chorro de agua las carnes y el huevo antes de utilizarlos.
- Mantener los sobrantes o alimentos que no se van a consumir en el momento, en el refrigerador o en un lugar fresco y seco, en recipientes limpios y tapados. Antes de consumirlos volver a calentarlos hasta que hiervan.
- Cuando las latas o envases estén abombados, abollados u oxidados, deben desecharse.

Lavado De Manos

En varios estudios se ha demostrado que el lavado de manos con agua y jabón previenen la diseminación de las enfermedades diarreicas, excepto por Rotavirus, con reducción hasta de 2.6 veces la frecuencia de diarrea en áreas donde otras intervenciones más costosas, como la disponibilidad de agua potable o la mejora de las condiciones sanitarias no son posibles.

La fuente principal de contaminación que provoca la enfermedad diarreica son las manos sucias, debido a que en las actividades diarias niños y adultos se exponen a la contaminación con materia fecal. Por lo que es necesario que todo el personal que labora en las unidades de primer nivel de atención proporcione programas educativos acerca de la higiene personal enfatizando en el correcto lavado de manos con agua y jabón, antes de comer o preparar alimentos y después de ir al baño o al cambiarle el pañal a un niño.

1.6 PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

La desnutrición se puede prevenir y sobre todo tratar fácilmente. Las ganancias derivadas con la correcta atención y erradicación de la desnutrición en términos de progreso, productividad, el bienestar y la felicidad son incalculables. Para que esto suceda, es importante la intervención del gobierno, la sociedad y la educación. Se han identificado un período fundamental para prevenir la desnutrición en los niños estos son;

- En el embarazo
- Y los dos primeros años de vida

A este período se lo conoce como los 1000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de alimentación y atención adecuada puede producir daños físicos y cognitivos muchas veces irreversibles que afectaran el desarrollo en la salud y en el desarrollo intelectual del niño el resto de la vida.

1.6.1 EL ROL DEL ENFERMERO COMO EDUCADOR DE LA SALUD

Las enseñanzas impartidas en el salón de clases por los docentes permiten que el estudiante de enfermería entienda el rol que ellos van a desempeñar en la sociedad. La enfermería llegó a ser vista como un proceso de interacción y relación entre dos seres humanos, los cuidados de salud de hoy requiere un(a) enferma(o) que influya positivamente en los pacientes y que tenga altos valores humanistas y de esta manera lograr la satisfacción del cliente.

Los enfermeros son educadores por naturaleza, cuando se utiliza un proceso de enfermería para combatir una enfermedad se puede influir en el estilo de vida de las personas y hacerlas capaces de tomar sus propias decisiones.

1.6.2 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades, las intervenciones de enfermería pueden ser;

- Independientes,
- Interdependientes

“Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera(o) para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado.” Howard Butcher (2008)

Intervención de la enfermería para la prevención de la desnutrición.

La enfermería cumple una noble función previniendo y promocionando la salud de las personas antes que el cumplimiento de funciones meramente curativas. La

enfermería realiza actividades relacionadas a la promoción de una buena alimentación y nutrición y para ello utiliza estrategias de prevención secundaria y terciaria. Entre las diferentes acciones que realiza están;

- 1.) Desarrollo de programas educativos para incrementar el conocimiento y la conciencia de las madres de familia que son las encargadas de abastecer de alimento a los niños.
- 2.) Programas para la promoción de estilos de vida positivos, tales como establecer horarios en la alimentación, llevar una alimentación balanceada, convivir más con los niños, el aseo del lugar en donde viven, entre otras conductas que ayuden al mejoramiento de la salud de todos los miembros de la familia.

1.6.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN

Evaluar el cuidado y la atención que recibe un niño durante los primeros cinco años de su vida es fundamental, especialmente los tres primeros años, dado que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro. Durante este período, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época. El personal de enfermería como trabajador de la salud en un primer nivel de atención y con una responsabilidad compartida en el cuidado del menor de cinco años debe estar informado sobre los signos indicativos de que un niño no está progresando a un ritmo normal de crecimiento y desarrollo.

Diagnóstico de enfermería

- Alteración del equilibrio hidroelectrolítico r/c con pérdida de líquidos y electrolitos, diarrea y vómitos m/p somnolencia, mucosas orales secas, irritabilidad.

Intervenciones de enfermería

- Instalación de una vía periférica para la administración de solución poli electrolítica.
- Valorar continuamente el estado de hidratación.
- Control de diuresis (peso de pañal).
- Realizar balance hídrico estricto, lo que permite conocer ingresos y egresos, y establecer el estado general de hidratación.

Diagnóstico de enfermería

- Alteración de la nutrición por defecto r/c. Deficiente aporte de nutrientes s/a patrón alimenticio inadecuado para la edad de la niña., m/p. Déficit de peso y talla para su edad.

Intervenciones de enfermería

- Coordinar con nutrición sobre el manejo nutricional.
- Vigilar la ingesta de la dieta indicada, ver tolerancia.
- Registrar la ingesta.
- Enseñar a la madre la preparación de la fórmula, teniendo en cuenta las medidas de higiene.
- Educación a la madre sobre la importancia de la alimentación, y que alimentos puede dar a su niña/o.

Diagnóstico de enfermería

Déficit del auto cuidado r/c, hábitos nocivos para la salud de la familia s/a bajo nivel educativo m/p, falta de higiene de la vivienda, consumo de agua sin

tratamiento potable, presencia de animales dentro de la vivienda, hacinamiento, eliminación de basura y excretas a campo abierta.

Intervenciones de enfermería

- Visita domiciliaria, inicialmente para diagnóstico, y desarrollar una relación de confianza con la familia.
- Preparación de programa educativo para la familia.
- Preparación de material educativo.
- Ejecución del programa en su domicilio.
- Evaluación del plan.

Teorías de las necesidades: “Teorías de Maslow”

De acuerdo con Maslow. “La autorrealización del ser humano es una cuestión estratégica. En este sentido Abraham Maslow dejó un enorme legado que no solamente se puede aplicar en el ámbito psicológico, empresarial, sino también en el ámbito de la salud.”

1.7 FUNDAMENTACION LEGAL

SECCION SEGUNDA

SALUD DE LA CONSTITUCION DEL ECUADOR

Capítulo tercero: Soberanía alimentaria

Art. 281.- La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente.

Art. 358.- El sistema nacional de la salud, tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social y los de bioética, suficiencia e interculturalidad con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

La red pública integral de la salud, será parte del sistema nacional de la salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

CAPITULO II

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN O ESTUDIO

La presente investigación según su complejidad se la realizo mediante la aplicación del método Descriptivo de carácter transversal se pretende definir y dar valor a cada una de las variables en estudio, en un periodo de tiempo determinado.

3.2 DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio es no experimental ya que el investigador no manipulo las variables en estudio.

3.3 AREA DE ESTUDIO

Es el Subcentro de Salud Nuevos horizontes del cantón Pasaje de la Provincia de El Oro. Está ubicado en la comunidad Nuevos Horizontes al oeste del Cantón Pasaje vía a Cuenca atravesando por la vía Panamericana.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

El universo corresponde a 200 niños que forman parte de la población infantil del S.C.S. Nuevos Horizontes. Del cantón Pasaje.

MUESTRA:

La muestra represento el 100% de la población de niños atendidos en el subcentro de salud Nuevos Horizontes siendo estos 200 niños.

3.5 MÉTODO TÉCNICA E INSTRUMENTO

La presente investigación se desarrollara en las siguientes fases:

3.5.1 PROCESO DE INVESTIGACIÓN: en esta fase se recolectaran los datos por medio de una encuesta dirigida a las madres de los niños además se tomaran las medidas antropométricas de los niños para evaluar el estado nutricional y mediante la revisión de la historia clínica para determinar los procesos infecciosos que han presentado de los niños con riesgo de desnutrición, para dar valor a las variables en estudio:

3.5.2 INSTRUMENTO: Como instrumento de apoyo se utilizara la fuente de información directa como es la aplicación de técnicas de encuestas a las madres de los niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición, además de un cuestionario para determinar la presentación de procesos infecciosos.

3.5.3 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Obtenidos los datos se tabularon y fueron organizarlos por categorías y presentados en cuadros y analizados cuantitativamente con porcentaje y cualitativamente. Se utilizaran técnicas estadísticas descriptivas (porcentajes), se realizara un auxiliado por una computadora con el programa EXCELL.

3.5.4 FASE DE INTERVENCIÓN

Obteniendo los resultados, la propuesta educativa estuvo basada en un programa educativo dirigido a las madres de los niños menores de 5 años sobre temas de prevención de la desnutrición, sobre nutrición infantil y alimentos esenciales.

TÉCNICAS:

- Exposición Oral y Audiovisual.

INSTRUMENTOS:

- Cronograma de Charla.
- Encuestas.
- Trípticos sobre la nutrición.
- Registro de asistencia.

MATERIALES UTILIZADOS:

- Infocus
- Computadora
- Pendrive
- Portafolios
- Lápiz.
- Lapiceros
- Marcadores.
- Cámara digital

3.5.5 FASE DE EVALUACIÓN

La fase de intervención se evalúo por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

PROCESO: Calidad de intervención.

- Metodología
- Participación

PRODUCTO: Cumplimiento de las actividades y objetivos propuestos.

IMPACTO: Se evalúo la satisfacción de la intervención por parte de los estudiantes que asistieron a la charla, mediante un post test.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
Características de las madres de los niños.	Caracteres de cada individuo que lo diferencian de otro, relacionado a su edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, etc.	Edad	Número de años cumplidos	-----
		Grado de instrucción	Tipo de escolaridad	Primaria Secundaria Superior Analfabeta
		Ocupación	Trabajo que desempeña	Quehaceres Domésticos Empleada Publica Privada Otros
Características de los niños	Son caracteres que diferencian a cada niño en relación a la edad, sexo.	Residencia		Zona urbana Zona urbano marginal
		Edad	Número de años cumplidos	-----
		Sexo	Género	Masculino Femenino
Estado nutricional del niño	Situación actual en relación al peso talla del niño de acuerdo a su edad, grado de desnutrición	Ganancia o pérdida de peso durante la presentación de procesos infecciosos.	Peso	Normal Pérdida del 40% Pérdida del 50% Perdida > a 50%
			Relación peso-edad	Normal Emaciación Desmedro
			Relación peso-estatura	Normal Emaciación Desmedro
			Desnutrición	Normo nutrido Leve Moderada Grave

VARIABLES	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
Estado mórbido	Es la situación actual de salud del niño menor de 5 años relacionado con las patologías frecuentes.	Situación actual de salud	Diagnósticos frecuentes	EDA IRA
			Patologías relacionadas al diagnostico	Rotavirus Parasitosis Gastroenteritis
			Frecuencia de la enfermedad	2-3 episodio 4- 5 episodios Mas

CAPITULO III

PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

Edad relacionada con diagnostico actual, en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

EDAD DEL NIÑO	DIAGNOSTICO ACTUAL				TOTAL	
	IRA		EDA		F	%
	F	%	F	%		
< 1 AÑO	53	27%	34	17%	87	43%
2-3 AÑOS	28	14%	45	22%	73	37%
4-5 AÑOS	30	15%	10	5%	40	20%
TOTAL	111	56%	89	44%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 27% de los niños menores de 1 años presentan infección respiratoria aguda, en la misma edad el 17% enfermedad diarreica aguda, mientras que el 22% de los niños entre las edades de 2-3 años fueron diagnosticados por EDA y en este mismo grupo de edad el 14% por IRA, en el grupo de edad de 4-5 años el 15% por IRA y el 5% por EDA, lo cual denota que el mayor riesgo de padecer desnutrición energética proteica secundaria a procesos infecciosos esta dado en relación a la edad y el grupo más vulnerable son los niños menores de 1 año posiblemente por la inmadurez de su sistema inmunitario.

CUADRO N° 2

Edad relacionada con episodios de la enfermedad dada en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

EDAD DEL NIÑO	EPISODIOS DE LA ENFERMEDAD MAS VECES						TOTAL	
	2-3 VECES		4-5 VECES					
	F	%	F	%	F	%	F	%
< 1 AÑO	75	38%	7	4%	5	2%	87	43%
2-3 AÑOS	66	33%	7	4%	0	0	73	37%
4-5 AÑOS	35	17%	5	2%	0	0	40	20%
TOTAL	176	88%	19	10%	5	2%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro demuestra que el 38% de los niños menores de 1 años han presentado de 2-3 veces episodios de procesos infecciosos en la misma edad el 4% de 4-5 veces y el 2% de los niños más veces, mientras que en el grupo de edad de 2-3 años la presentación de episodios infecciosos es en un 33% de 2-3 veces en el mismo grupo de edad el 4% presentan de 4-5 veces, en los niños correspondientes al grupo de 4-5 años se observa una presentación del 17% de 2-3 episodios, lo cual denota que el grupo de mayor riesgo de presentación de desnutrición energético proteica es en menores de 1 año, acentuándose aún más en aquellos niños que presentan más de 3 episodios de procesos infecciosos desde el nacimiento hasta el periodo de investigación, esto posiblemente se deba al déficit de conocimiento sobre medidas de prevención de infecciones por parte de las madres o cuidadores de los niños o quizás al descuido de estos a la presentación de los síntomas primarios.

CUADRO N° 3

Edad relacionada con el tipo de enfermedad de recurrencia, en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

EDAD DEL NIÑO	ENFERMEDAD DE RECURRENCIA								TOTAL	
	Rotavirus		Gastroenteritis		Parasitosis		IRA		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
< 1 AÑO	13	6%	52	25%	13	6%	9	5%	87	43%
2-3 AÑOS	9	5%	31	16%	19	9%	14	7%	73	37%
4-5 AÑOS	7	4%	17	9%	9	5%	7	4%	40	20%
TOTAL	29	15%	100	50%	41	20%	30	15%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 25% de los niños menores de 1 años presentaron como enfermedad de recurrencia gastroenteritis, el 16% de 2-3 años y el 9% de 4-5 años con la misma patología, mientras que el 6% menores de 1 año y el 9% de 2-3 años presentaron parasitosis, no así con la presentación de IRA ya que se manifestó en el 5% de menores de 1 años en el 7% de 2-3 años y en el 4% de 4-5 años.

CUADRO N° 4

Sexo relacionado con diagnostico actual, en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

SEXO	DIAGNOSTICO ACTUAL				TOTAL	
	IRA		EDA		F	%
	F	%	F	%		
MASCULINO	59	30%	43	21%	102	51%
FEMENINO	52	26%	46	23%	98	49%
TOTAL	111	56%	89	44%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro demuestra que el 30% de los niños que presentaron infección respiratoria aguda fueron de sexo masculino y el 26% de sexo femenino, mientras que en la presentación de enfermedad diarreica aguda el 23% fueron de sexo femenino y el 21% de sexo masculino, lo cual indica que el mayor riesgo de presentación de procesos infecciosos esta dado tanto para hombres como para mujeres.

CUADRO N° 5

Sexo relacionado con episodios de la enfermedad por año, en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

SEXO	EPISODIOS DE LA ENFERMEDAD MAS						TOTAL	
	2-3 VECES		4-5 VECES		VECES		F	%
	F	%	F	%	F	%		
MASCULINO	94	47%	8	4%	0	0%	102	51%
FEMENINO	82	41%	11	6%	5	2%	98	49%
TOTAL	176	88%	19	10%	5	2%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 47% de niños de sexo masculino presentaron de 2-3 veces los mismos procesos infecciosos al igual que el 41% de sexo femenino mientras que en la presentación de 4-5 veces el sexo femenino se presentaron de 4-5 episodios en un 6% y en un 4% en el sexo masculino, lo que denota que la presentación de episodios recurrentes de procesos infecciosos esta dado tanto en hombres como en mujeres con una variación mínima y el mayor riesgo no se diferencia del sexo.

CUADRO N° 6

Estado nutricional relacionado con alimentación durante el proceso infeccioso, en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

Estado Nutricional	Alimentación Durante Proceso Infeccioso						TOTAL	
	Normal		Escasa		No se alimenta		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Normo nutrido	37	19%	18	9%	6	3%	61	31%
Desnutrición leve	10	5%	57	28%	34	17%	101	50%
Desnutrición moderada	0	0%	7	4%	20	10%	27	13%
Desnutrición grave	0	0%	4	2%	7	4%	11	6%
TOTAL	47	24%	86	43%	67	33%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro demuestra que el 28% de los niños con desnutrición leve durante el proceso infeccioso su alimentación es escasa con el mismo estado de nutrición el 17% no se alimenta, mientras que el 19% de los niños con estado nutricional bueno su alimentación durante el proceso infeccioso es normal no así con los niños que presentan una desnutrición moderada los que durante procesos infecciosos no se alimentan.

CUADRO N° 7

Estado nutricional relacionado con edad del destete de lactancia materna, en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

Estado Nutricional	Destete de Lactancia Materna				TOTAL	
	< de 6 meses		> de 6 meses		F	%
	F	%	F	%		
Normo nutrido	2	1%	59	30%	61	31%
Desnutrición leve	96	48%	5	2%	101	50%
Desnutrición moderada	27	13%	0	0%	27	13%
Desnutrición grave	11	6%	0	0%	11	6%
TOTAL	136	68%	64	32%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 48% de los niños menores de 5 años con presentación de desnutrición leve tuvieron un destete de lactancia materna a la edad menor de 6 meses, mientras que el 30% de los niños normo nutridos el destete de lactancia materna se dio a 6 meses de edad, en los niños con desnutrición moderada en un 13% el destete fue antes de los 6 meses.

CUADRO N° 8

Estado nutricional relacionado con enfermedad de recurrencia, en menores de 5 años ingresados en el área de pediatría del hospital Teófilo Dávila. Octubre-Noviembre del 2013.

Estado Nutricional	ENFERMEDAD DE RECURRENCIA								TOTAL	
	ROTAVIRUS		GASTROENTERITIS		BRONQUITIS		NEUMONIA		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Normo nutrido	9	5%	34	17%	18	9%	0	0%	61	31%
Desnutrición leve	16	8%	48	24%	14	7%	23	12%	101	50%
Desnutrición moderada	4	2%	11	6%	9	5%	3	1%	27	13%
Desnutrición grave	0	0%	7	3%	0	0%	4	2%	11	6%
TOTAL	29	15%	100	50%	41	20%	30	15%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 24% de los niños con desnutrición leve presentaron como enfermedad de recurrencia gastroenteritis, mientras que el 12% con el mismo estado de nutrición presentaron neumonía, lo cual denota el riesgo de presentación de patologías de recurrencia en relación al estado nutricional.

CUADRO N° 9

Edad de la madre relacionada con estado nutricional del niño, en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

EDAD DE LA MADRE	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO								TOTAL	
	Normoalimentado		D. Leve		D. moderada		D. Grave		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
15-19 años	7	4%	63	31%	12	6%	5	2%	87	43%
20-24 años	39	19%	21	10%	7	4%	6	3%	73	37%
25-29 años	15	8%	17	9%	8	4%	0	0%	40	20%
TOTAL	61	31%	101	50%	27	14%	11	5%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro nos demuestra que el 31% de los niños con desnutrición leve sus madres están en el grupo de edad de 15-19, en igual presentación de edad están los niños con desnutrición moderada en un 6% mientras que el 19% de los niños normo nutridos sus madres tienen entre 20-29 años de edad.

CUADRO N° 10

Estado nutricional relacionado con manifestaciones generales de desnutrición, en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

Estado Nutricional	Manifestaciones Generales de Desnutrición										TOTAL	
	Deficiente crecimiento		Debilidad		Pérdida de masa muscular		Edema		Disminución de tejido subcutáneo			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Normo nutrido	23	12%	38	19%	0	0%	0	0%	0	0%	61
Desnutrición leve	70	35%	25	13%	3	1%	0	0%	3	1%	101	50%
Desnutrición M.	5	2%	0	0%	4	2%	2	1%	16	8%	27	13%
Desnutrición grave	0	0%	0	0%	2	1%	5	2%	4	2%	11	6%
TOTAL	98	49%	63	32%	9	4%	7	3%	23	11%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 35% de los niños con desnutrición leve presentaron deficiente crecimiento en un 13% debilidad el 1% pérdida de masa muscular y el 1% perdida de tejido subcutáneo, los niños normo nutridos presentaron en un 19% debilidad y en un 12% deficiente crecimiento mientras que en un 8% los niños con desnutrición moderada presentaron disminución de tejido subcutáneo, en un 2% pérdida de masa muscular en un 2% de los niños con desnutrición grave presentaron edema.

CUADRO N° 11

Ocupación de la madre relacionada con estado nutricional en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

OCUPACION DE LA MADRE	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO								TOTAL	
	Normonutrido		D. Leve		D.moderada		D. Grave		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Q. DOMESTICOS	53	27%	46	23%	21	11%	11	5%	131	65%
E. PUBLICA	4	2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	2%
E. PRIVADA	4	2%	11	5%	6	3%	0	0%	21	11%
OTROS	0	0%	44	22%	0	0%	0	0%	44	22%
TOTAL	61	31%	101	50%	27	14%	11	5%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 27% de los niños normo nutridos las madres se dedican a quehaceres domésticos, en igual ocupación están el 23% de niños con desnutrición leve, el 11% con desnutrición moderada y el 5% con desnutrición grave, mientras que el 22% de los niños con desnutrición leve corresponde a madres con otras actividades, lo cual denota el mayor riesgo de presentación de desnutrición con la actividad de la madre a menos actividad menos ingresos económicos mayor pobreza mayor desnutrición.

CUADRO N° 12

Instrucción educativa de la madre estado nutricional en menores de 5 años atendidos en el Subcentro de salud Nuevos Horizontes, Pasaje 2013.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO								TOTAL	
	Normonutrido		D. Leve		D.Moderada		D. Grave		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
PRIMARIA	47	23%	75	37%	11	5%	0	0%	133	66%
SECUNDARIA	7	4%	16	8%	9	5%	0	0%	32	16%
SUPERIOR	7	4%	0	0%	0	0%	0	0%	7	4%
NINGUNA	0	0%	10	5%	7	4%	11	5%	28	14%
TOTAL	61	31%	101	50%	27	14%	11	5%	200	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 37% de los niños con desnutrición leve las madres tienen una instrucción primaria, el 23% de los niños normo nutridos de igual instrucción, mientras que el 5% de los niños con desnutrición leve las madres no tienen instrucción educativa de igual manera el 4% de niños con desnutrición moderada y el 5% con desnutrición grave, lo cual denota que el mayor riesgo de presentación de desnutrición energético proteica en relación a la presentación de procesos infecciosos esta en aquellos niños que sus madres tienen una instrucción primaria y en aquellas que no tienen instrucción educativa.

3.2 FASE DE INTERVENCIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO: Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO: Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizara un cuestionario de pre test y pos test para medir el conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años sobre la desnutrición y los procesos infecciosos.

IMPACTO: Se evaluó la satisfacción del usuario con la intervención.

PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que recolectados fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, luego se realizó la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que sirvieron de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

PROCESO

CUADRO N°1

Interés de los temas expuestos por parte de las madres de los niños menores de 5 años de edad, sobre la prevención de desnutrición energética proteínica secundaria a procesos infecciosos.

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	200	100%
No	-	-
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%** de las madres de los niños menores de 5 años asistentes a la charla educativa sobre la prevención de desnutrición energética proteica relacionada a procesos infecciosos manifestaron que fueron importantes los temas expuestos además que fueron comprendidos y llenaron sus expectativas.

CUADRO N°2.

Claridad de la exposición

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	200	100%
No	0	0
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%** de las madres de los niños menores de 5 años asistentes a la charla educativa sobre la prevención de desnutrición energética proteica relacionada a procesos infecciosos manifestaron que hubo claridad en la exposición de la charla educativa.

CUADRO N°3.

Calidad del material visual educativo utilizado en la charla educativa.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	200	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%** de las madres que asistieron a la charla sobre la prevención de desnutrición energético proteica manifestaron que la calidad audiovisual era muy buena y que les agrado el material entregado ya que la información era importante, clara y creativa.

CUADRO N°4.

Calidad del ambiente donde recibieron la charla educativa

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	200	100%
Inadecuado		
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%** de las madres de familia de los menores de 5 años asistentes a la charla educativa sobre prevención de desnutrición energético proteínica en la sala auditorio del área de pediatría manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

CUADRO N° 5
PRODUCTO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST						POST- TEST					
	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL		CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Desnutrición energético proteica	3	9%	29	91%	32	100%	31	97%	1	3%	32	100%
Relación de procesos infecciosos	3	9%	29	91%	32	100%	32	100%	0	-	32	100%
Consecuencias a largo y corto plazo	3	9%	29	91%	32	100%	32	100%	0	-	32	100%
Prevención	0	-	32	100%	32	100%	32	100%	0	-	32	100%

Fuente: Encuestas

Análisis:

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó acerca de prevención de desnutrición energético proteica relacionada a procesos infecciosos la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **92%** de las madres de los niños tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir la charla educativa se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

CUADRO N° 6.
Evaluación de las actividades ejecutadas

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	%	EJECUTADAS	%
ACTIVIDADES DE GESTION	1	100%	1	100%
ACTIVIDADES DE COORDINACION	2	100%	2	100%
ACTIVIDADES DE EDUCACION	2	100%	2	100%
TOTAL	5	100%	5	100%

Fuentes: Cronograma de actividades

ANALISIS:

Todas las actividades programadas del proyecto se cumplieron en un 100%.

IMPACTO

CUADRO N° 7.

Trato que recibieran las madres de los niños menores de 5 años durante la charla educativa por parte de la expositora.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	200	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%** de las madres de los niños menores de 5 años asistentes a la charla educativa sobre prevención de desnutrición energética proteica, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte del expositor.

CONCLUSIONES

Una vez terminada la investigación y realizados los análisis de los resultados, se concluye que los niños que presentan con mayor frecuencia procesos infecciosos tienen mayor riesgo de debutar con desnutrición además los grupos de mayor riesgo son los menores de 1 año:

- En cuanto a las características individuales el 43% fueron niños menores de 1 año, con un diagnóstico actual de IRA en un 56%, con episodios de 2-3 veces la enfermedad en un 88% en un 50% recurrentemente gastroenteritis, de los cuales el 51% fueron de sexo masculino. En cuanto a la edad de la madre el 43% son hijos de madres de 15-19 años, el 65% se dedican a quehaceres domésticos, el 66% han estudiado hasta la primaria.
- En tanto al estado nutricional de los niños el 50% presentaron desnutrición leve, el 43% no se alimentaban durante el proceso infeccioso, el 49% con deficiencia en el crecimiento.
- En tanto al programa educativo el 100% de madres asistentes manifestaron que fue un éxito, llenando sus expectativas.

RECOMENDACIONES

Es importante luego de haber llegado a concluir la investigación recomendar lo siguiente:

- Incentivar al personal de salud a realizar talleres educativos, acerca de la prevención de desnutrición energética proteica a las usuarias.
- Incentivar a las madres de familia a participar en los programas del subcentro.
- Desarrollar el proceso de atención de enfermería a cada uno de los niños.
- Tener mayor creatividad para alimentar a los niños con procesos infecciosos con riesgo de desnutrición.
- Desarrollar actividades específicas a cada problema de salud que presenten los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUAYO, F. J. (2012). MEDIDAS EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL DISPENSARIO MEDICO ÀRROQUIAL Y LA GUARDERIA FELICES DEL CANTOS YAGUACHI. Recuperado el 12 de MAYO de 2014, de UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1134/1/Medidas%20%20educativas%20para%20la%20prevencion%20de%20desnutricion%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%20,%20Dra.%20Jina%20Flor%20A.pdf>
2. ALOSNSO, L. O. (JUNIO de 2010). SCIELO. Recuperado el 18 de MARZO de 2014, de MALNUTRICIÓN PROTEICO ENERGETICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000200002
3. AROCENA, G. V. (2011). REDALYC. Recuperado el 13 de MARZO de 2014, de FACTORES ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN PERU; UNA APLICACIÓN DE MODELO MULTINIVEL: <http://www.redalyc.org/pdf/3238/323828603003.pdf>
4. AVILA, C. A. (2012). INDICE EPIDEMIOLOGICO DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. Recuperado el 18 de MARZO de 2014, de SCIELO: www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222004000100008.pdf
5. GALINDO, P. (28 de ENERO de 2013). PREZI. Recuperado el 12 de MARZO de 2014, de DESNUTRICIÓN INFANTIL:
https://prezi.com/k28o_qriyka9/copy-of-desnutricion-infantil/
6. UNICEF, O. (2014). GLOSARIO DE TERMINOS SOBRE DESNUTRICIÓN. Recuperado el 15 de FEBRERO de 2014, de http://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf

7. CASCUCO, C. (2008), "HISTORIA DE LA ALIMENTACIÓN EN AMÉRICA LATINA," MÉXICO, PÁG. 28-40
2. FONSECA, V. DE M. (2009), "EDUCACIÓN NUTRICIONAL, ASPECTOS SOCIO CULTURALES," EDITORIAL: BELLO HORIZONTE, PÁG. 1-4
3. GAMBARDELLA, A.M. (2008), "PRÁCTICAS ALIMENTICIAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN REVISTA DE NUTRICIÓN, GUÍA DE NUTRICIÓN PARA LA FAMILIA," PÁG. 20
4. LERNER, B. P. (2002), "ALIMENTACIÓN Y ANEMIA". EDITORIAL: PONTES, PÁG. 149-174
5. DUTRA, MARÍA JOSÉ (2010), "CIENCIAS NUTRICIONALES", EDITORIAL; SARVIER, ESPAÑA.
6. "MAPA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN EL ECUADOR". MCDS – PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS (2010), PÁG. 27
7. MARCONDES, EDUARDO (2011), "DESNUTRICIÓN", PÁG., 28, MADRID
8. MASLOW (2009), "MOTIVATION AND PERSONALITY", ED. ROBERT FRAGER, 2DA. EDICIÓN
9. MONTE, CRISTINA M.G., MARÍA LUCIA BARRETO (2010), "DESNUTRICIÓN: UN DESAFÍO PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL", V.76, PÁG. 285-297.
10. PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL 2012-2021, PÁG. 160.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Año 2015		Año 2014				
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Revisión de la Literatura	X						
Revisión de los datos	X	X					
Elaboración del Anteproyecto	X	X					
Presentación del Anteproyecto	X	X					
Elaboración tesis		X	X	X	X		
Revisión de la Literatura		X	X	X	X		
Aplicación de Encuestas			X	X	X		
Tabulación de los datos				X	X		
Elaboración del Programa educativo				X			
Intervención del programa					X	X	
Presentación al H. Consejo Directivo el documento final							X
Corrección del Informe							X
Sustentación de tesis							X

ANEXO N° 2

PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	6 movilizaciones	3,00	18,00
	Libros		
	Folletos		
	Internet	1,00	10,00
	Copias	0,02	11,00
Elaboración del Anteproyecto	7 movilizaciones	3,00	10,50
	Impresiones	0,05	35,00
	Internet	1,00	40,00
Aplicación de Encuestas	Materiales		
	12 movilizaciones	3,00	36,00
	Copias	0,02	10,00
	Internet	1,00	5,00
	Bolígrafos	0,25	20,00
	Humanos		
Ayudante	1,00	5,00	
Tabulación de los Datos	Internet	1,00	8,00
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2,00	24,00
	Impresión	0,25	6,50
Intervenciones del programa educativo	Materiales		
	Trípticos	0,08	10,40
	Encuestas	0,03	6,00
	Bolígrafos	0,25	3,00
	Refrigerio	60,00	60,00
	Invitaciones	2,00	2,00
	Marcadores	0,30	1,20
	Humanos		
	Investigador		
	Asesora de Tesis		
Colaborador			
Usuaris			
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0,25	5,00
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	8,00	32,00
Sustentación de tesis	Dispositivas	5,00	5,00
	Refrigerio	25,00	25,00
		Subtotal	
	Imprevistos		30,00
TOTAL			469,60

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA: riesgo de desnutrición relacionado con la presentación de procesos infecciosos en niños menores de 5 años atendidos en el S.C.S Nuevos Horizontes. Pasaje 2013.

OBJETIVO: Asociar la presencia de desnutrición con procesos infecciosos.

Se solicitara permiso al Director del Centro de Salud y estos datos serán exclusivos solo para el investigador.

INSTRUCTIVO: Dígnese a contestar las siguientes preguntas, respondiendo con sinceridad, encierre la respuesta que usted considere correcta.

1. ¿Número de años cumplidos que usted tiene?

.....

2. ¿Trabajo que desempeña?

- Quehaceres domésticos
- Empleada publica
- Privada
- Otros

3. ¿Dónde habita usted?

- Zona urbana
- Zona urbano marginal

4. ¿Estrato social al que pertenece?

- Alto
- Medio
- Bajo

5. ¿Cuántos años tiene su hijo que está hospitalizado?

- 0-6meses
- 6-12meses
- 12-24meses
- 2-4 años

6. ¿Qué número de hijo es el que se encuentra hospitalizado?

- Primero
- Segundo
- Tercero

- Cuarto y mas
- 7. **¿Cuál es el sexo de su hijo?**
- Masculino
- Femenino
- 8. **¿Durante la presentación de procesos infecciosos su hijo tiene un peso?**
- Normal
- Pérdida del 40%
- Pérdida del 50%
- Perdida > a 50%
- 9. **¿Relación del peso edad del niño?**
- Normal
- Emaciación
- Desmedro
- 10. **¿Relación del peso con la talla del niño?**
- Normal
- Emaciación
- Desmedro
- 11. **¿Estado de desnutrición de su hijo?**
- Normo nutrido
- Leve
- Moderada
- Grave
- 12. **¿Cuál es el diagnostico actual de su hijo?**
- IRA
- EDA
- 13. **¿Cuántos episodios de esta enfermedad le da o le ha dado a su hijo?**
- 2-3
- 3-4
- Mas
- 14. **¿Cuáles de estas son las enfermedades que le da con mayor recurrencia?**
- Rotavirus
- Gastroenteritis
- Bronquitis
- Neumonía
- 15. **¿Durante los procesos infecciosos su hijo se alimenta?**
- Normal
- Poco
- Nada

16. ¿A los cuantos meses fue el destete de su hijo?

- <6 meses
- >6 meses

17. ¿Cuáles de estas manifestaciones generales de desnutrición presenta su hijo?

- Deficiente crecimiento pondero estatural
- Disminución de tejido subcutáneo
- Pérdida de masa muscular
- Edema
- Debilidad
- No presenta

18. ¿Cuál de estas manifestaciones de la piel por desnutrición presenta su hijo?

- Palidez
- Dermatitis descamativa
- Petequias, lesiones
- No presenta

19. ¿Cuál de estas manifestaciones en el pelo relacionadas a desnutrición presenta su hijo?

- Quebradizo
- Escaso
- Des pigmentado
- No presenta

20. ¿Cuál de estas manifestaciones en las uñas relacionadas a desnutrición presenta su hijo?

- Quebradizas
- En vidrio de reloj
- No presenta

21. ¿Cuál de estas manifestaciones en ojos relacionadas a desnutrición presenta su hijo?

- Conjuntivas pálidas
- Xerosis conjuntival y corneal
- No presenta

ANEXO 4

UNIVERSIDAD DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

PRETEST

INSTRUCTIVO: dígnese usted a responder las siguientes preguntas marcando con una x la respuesta que usted considere correcta, se le pide de favor que sea sincera en contestar.

CONTENIDO

1. **¿Sabe usted que es desnutrición energética proteínica?**

Si ()

No ()

2. **¿Conoce usted cuales son los factores de riesgo de presentar desnutrición en los niños?**

Si ()

No ()

3. **¿Sabe usted la relación que hay entre procesos infecciosos y desnutrición en niños?**

Si ()

No ()

4. **¿Conoce cuales son las complicaciones de la desnutrición?**

Si ()

No ()

5. **¿Sabe cuáles son las formas de prevención de desnutrición?**

Si ()

No ()

6. **¿Usted sabe cuáles son los signos de desnutrición en los niños?**

Si ()

No ()

ANEXO 5

**UNIVERSIDAD DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

POSTEST

INSTRUCTIVO: dígnese usted a responder las siguientes preguntas marcando con una x la respuesta que usted considere correcta, se le pide de favor que sea sincera en contestar.

CONTENIDO

1. ¿Qué es desnutrición?

.....
.....

2. ¿Conoce usted cuales son los factores de riesgo de presentar desnutrición en los niños?

.....
.....

3. ¿Sabe usted la relación que hay entre procesos infecciosos y desnutrición en niños?

.....
.....

4. ¿Conoce cuáles son las complicaciones de la desnutrición?

.....
.....

5. ¿Sabe cuáles son las formas de prevención de desnutrición?

.....
.....

6. ¿Usted sabe cuáles son los signos de desnutrición en los niños?

.....
.....

ANEXO N° 6

**UNIVERSIDAD DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?

Si () No ()

2.- ¿La expositora fue clara en su intervención?

Si () No ()

3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?

Bueno () Regular () Malo ()

4.- La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue:

Adecuado () Inadecuado ()

5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?

Bueno () Regular () Malo ()

ANEXO N° 7

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: EGRESADA RUTH PINDO ZHUÑO

GRUPO BENEFICIARIO: MADRES FAMILIA DE LOS NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS

JUSTIFICACIÓN:

Como muchos países de América Latina, Ecuador se encuentra en un proceso de transición demográfica, epidemiológica y nutricional. La prevalencia de la desnutrición aguda ha declinado en las últimas décadas, dando paso a una realidad en la que predominan el retraso crónico del crecimiento, el sobrepeso y las carencias de micronutrientes. Aunque estas condiciones tienden a prevalecer en los sectores sociales más desprotegidos, afectan a toda la trama social. Se ha demostrado que el niño desnutrido es más susceptible a las infecciones. Éstas constituyen uno de los factores que más contribuye a incrementar la morbilidad y mortalidad cuando se asocia a la DEP. Tal es el caso de la diarrea y las enfermedades respiratorias. Por otro lado, la presencia de las infecciones promueve el desarrollo de la desnutrición, lo que implica que por lo general ésta y las infecciones aparecen juntas y se retroalimentan entre sí.

OBJETIVOS

GENERAL

- Concienciar a las madres de niños menores de cinco años sobre las consecuencias de la desnutrición energético proteica.

ESPECÍFICOS

- Mejorar el nivel de conocimientos de las madres acerca de la desnutrición energética proteica, y sus complicaciones.
- Lograr que las madres tomen conciencia sobre la necesidad de prevenir desnutrición en sus hijos y así evitar posibles complicaciones.

CONTENIDO

1. EDUCATIVO

1. Desnutrición energético proteica

- Concepto
- Epidemiología
- Etiología

2. Factores que influyen en la presentación de desnutricion en los niños.

- Factores genéticos
- Factores perinatales
- Factores antes del año de edad
- Factores a partir del año de edad

3. Consecuencias de la desnutrición en los niños.

- En el desarrollo
- En la escuela
- En el aprendizaje

4. Signos y síntomas de los niños con desnutrición.

5. Prevención

2. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

3. DEMOSTRACIÓN

- fotos de niños con desnutrición
- consecuencias de la desnutrición.

4. ESTRATEGIAS

- Coordinar con la Licenciada de enfermería líder del Subcentro; para fijar día, hora, lugar donde se Llevó a cabo la intervención.
- Colocar un aviso en la entrada del área de pediatría informando sobre la charla educativa a realizar.
- Entregar invitaciones a las madres para que asistan al programa educativo.
- Entrega del material educativo a las madres.

5. EDUCACIÓN

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

6. RECURSOS HUMANOS:

- Madres.
- Autoridades del barrio.
- Personal del Subcentro
- Autora: Ruth Zhunio.

7. RECURSOS MATERIALES:

- Lápiz
- Papel periódico.
- Cinta adhesiva
- Encuestas
- Infocus
- Computadora
- Pendrive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

8. RECURSOS ECONÓMICOS:

Charla educativa	10.00
Movilización	20.00
Refrigerio	25.00
Copias	15.00
Imprevistos	20.00
TOTAL	90.00

9. EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.

- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestas.
Cobertura.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de las madres, mediante un post test y el registro de asistencia.

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

**AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS,
PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LOS NIÑOS CON DESNUTRICIÓN.**

LUGAR: Sala de espera del Subcentro de salud.

FECHA: enero 2015

1. Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa de intervención.
2. Presentación del expositor.
3. Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
<p>1. DESNUTRICION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Epidemiología • Etiología <p>2. Factores que influyen en la presentación de desnutrición en los niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores Fisiológicos • Factores perinatales • Antes del año de edad • A partir del año de edad <p>3. Complicaciones y consecuencias de desnutrición en niños</p> <p>4 Signos De Peligro</p> <p>1. Prevención</p>	<p align="center">Oral, audiovisual y escrita</p>	<p align="center">Autor Madres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pendrive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	20 min	Egresada Ruth Pindo	Enero 2015

