



**POLICLÍNICO DOCENTE “LA CAMPANA”  
MANICARAGUA, VILLA CLARA**

**COMUNICACIÓN**

**CARACTERIZACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN EL ÁREA DE SALUD DEL  
POLICLÍNICO “LA CAMPANA”**

Por:

MSc. Dra. Alba Marina Rico Pérez<sup>1</sup>, Dra. Domitila Díaz Villanueva<sup>2</sup> y MSc. Dra. Juana Vilma Quintana<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Policlínico Docente “La Campana”. Manicaragua, Villa Clara. Instructora. UCM-VC. e-mail: [ricoperez@capiro.vcl.sld.cu](mailto:ricoperez@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente de San Juan de los Yeras. Ranchuelo, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Policlínico Docente de Jicotea. Ranchuelo, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.

**Descriptor DeCS:**

DESNUTRICIÓN  
TRASTORNOS DE LA NUTRICIÓN DEL  
NIÑO  
ESTADO NUTRICIONAL

**Subject headings:**

MALNUTRITION  
CHILD NUTRITION DISORDERS  
NUTRITIONAL STATUS

La desnutrición es una afección que amenaza a familias y pone en peligro la existencia de la sociedad. Es un estado anormal, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible; su origen ha de buscarse en la combinación de múltiples factores: se trata del aporte inadecuado de proteínas, calorías, vitaminas y minerales, y está causada por la pobreza, el déficit económico, la pésima calidad del agua y, sobre todo, las infecciones<sup>1,4</sup>. Según informes de la OMS, ella ocasiona la muerte de aproximadamente doce millones de niños menores de cinco años, que pertenecen sobre todo a países en desarrollo, y entre ochocientos y mil millones de personas padecen algún grado de desnutrición, sobre todo infantes y preescolares en países subdesarrollados<sup>5</sup>.

En esta investigación, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, sobre los principales factores de riesgo asociados a la desnutrición del niño de 2-19 años, en el período comprendido entre enero de 2009 y enero del 2011 en el policlínico “La Campana” municipio de Manicaragua, en Villa Clara. Se estudió el universo de niños de 2-19 años (32 niños). Se aplicó un formulario a la madre, para iniciar el proceso de recopilación de la información, y se confirmó el estado nutricional de los niños a través de las mediciones antropométricas.

Los resultados fueron representados mediante números absolutos y porcentajes. Al analizar la distribución de pacientes por grupo de edades, se encontró un predominio del grupo de 2 a 4 años: 20 niños (62,5 %). El sexo masculino fue el más afectado. La procedencia rural se mantiene como un factor que incide en la desnutrición, pues con un 62,5 % agrupa un total de 20 niños, cifra que supera a la de la localidad urbana, que apenas alcanza los 12 infantes. Del total de niños

desnutridos, 17 fueron bajo peso al nacer (53,1 %) y 11 nacieron con peso insuficiente (34,3 %), lo que muestra que este indicador repercute en el estado nutricional del niño.

Se observó que 15 madres eran adolescentes y seis añosas; al relacionarlas con el nivel de escolaridad, el mayor número de madres adolescentes tenían escolaridad secundaria: 8 madres (25 %), y cinco madres añosas con nivel primario (15,7 %); al estudiar algunos factores sociales, más de la mitad de los niños vivían con hacinamiento (62,5 %). Pero lo más singular se presentó al vincular la lactancia materna con el estado nutricional, pues de 32 niños, 19 no la recibieron de forma exclusiva (59,4 %), en 11 la alternaron con otros tipos de leche (34,4 %) y solo dos niños la recibieron de forma exclusiva (6,2 %); constituye un factor de riesgo importante el hecho de no recibir este alimento insustituible para la nutrición del niño.

Entre las enfermedades más frecuentes asociadas a la desnutrición se encontraron las diarreicas en 21 niños (40,3 %), las respiratorias en 15 (28,9 %) y las enfermedades parasitarias en 11 (21,1 %).

En relación con la edad del niño, el mayor porcentaje se observó en el grupo de 2 - 4 años, pues este período de la vida, y el menor de un año, se caracterizan por un mayor crecimiento, lo que exige un mayor consumo de nutrientes. Según la OMS, a partir del primer año comienza una etapa de gastos y necesidades energéticas para el proceso de habilitación de otras funciones psicomotoras y un desarrollo psicomotor que exige de todos los componentes del sistema nutritivo<sup>5</sup>. Algunos resultados del presente estudio difieren del trabajo realizado por la Dra. Alonso Lago, quien encontró como grupo más frecuente el mayor de un año (18,4 %)<sup>6</sup>; ella plantea que el período de uno a dos años es crítico, y se debe al destete precoz, la llegada de un nuevo hijo y la mayor actividad física, pues ocurre un gasto energético superior en esta etapa<sup>6</sup>.

De forma general, en el mundo son los varones los que más sufren de desnutrición, con una relación de 3:1, sobre todo en países en vías de desarrollo; datos de la OMS<sup>5</sup> afirman que la desnutrición es preferencial para el sexo masculino; sin embargo, Alonso-Franch<sup>2</sup> no informó diferencias significativas en cuanto al sexo; él asegura que el consumo de alimentos no es preferencial para determinado sexo y que a ambos les impacta por igual. En las zonas rurales se combinan la falta de alimentación, la mala calidad del agua y la asociación de enfermedades diarreicas y parasitismo intestinal, lo que hace que haya un incremento de los niños desnutridos en esta zona. Según la OMS, las condiciones socioeconómicas en las zonas rurales son inferiores a las zonas urbanas<sup>5</sup>. En relación con el peso al nacer, se puede afirmar que sí influye en el estado de nutrición e incrementa considerablemente la mortalidad infantil; los neonatos con pesos inferiores a 2 500 g son más susceptibles a padecer enfermedades<sup>3,4</sup>. Estudios realizados informan que los niños con bajo peso al nacer tienen un riesgo casi cinco veces mayor de ser desnutridos que los nacidos con un peso normal<sup>5,7</sup>. Coincidimos con la Dra. Alonso<sup>6</sup> quien encontró que madres adolescentes y añosas tienen mayor número de hijos con bajo peso al nacer. Igual sucede con el nivel de escolaridad, que se encuentra íntimamente vinculado con el estado nutricional del niño, e influye de manera positiva en la ganancia de peso, pues una madre con nivel de escolaridad alto ayuda a elegir mejor los estilos de vida sanos para el niño. El hacinamiento está relacionado con las condiciones de vivienda, la falta de ventilación y el ambiente tóxico, lo que repercute en el crecimiento y desarrollo de un niño<sup>8</sup>. La lactancia materna tiene un papel benefactor en la salud de este, puesto que le proporciona mejor función digestiva y metabólica, mayor protección inmunológica, menos riesgo de sensibilidad alérgica, mejor desarrollo psíquico y, fundamentalmente, le asegura un estado nutricional óptimo<sup>9</sup>. Las enfermedades diarreicas causan síndrome de mala absorción, y las respiratorias altas a repetición constituyen un factor de mal pronóstico cuando se asocian con otras infecciones<sup>6,7</sup>. Entre el estado nutricional y las infecciones existe una evidente acción recíproca: estas agravan el desequilibrio nutricional, el cual condiciona mayor intensidad de procesos infecciosos<sup>7</sup>. Como puede inferirse, los factores de riesgo están íntimamente relacionados con el estado nutricional; ello afecta de manera importante la curva de crecimiento y desarrollo, y conduce a la desnutrición.

Investigar las causas de la desnutrición y sus principales factores de riesgo es fundamental para instaurar tempranamente las medidas adecuadas que eviten su progresión y consecuencias.

### **Referencias bibliográficas**

1. Wilson M. Nutrición. Consideraciones generales. En: Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplen J, Berkwils M. El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento vol. 1. 11na ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 2-10.
2. Alonso Franch M. Conceptos generales de nutrición. Requerimientos nutricionales. En: Castellanos G. Manual práctico de nutrición en Pediatría. Madrid: Ergon; 2007.p.1–30.
3. Hodgson Bunster MI. Influencia de la nutrición en el crecimiento y desarrollo. Rev Chilena Pediatr. 2006;69:252-7.
4. Guías alimentarias para la población española de la Sociedad Española de Nutrición. 2da ed. Madrid: Ergon; 2004.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Ginebra: OMS; 2006.
6. Alonso Lago O, González Hernández DI, Abreu Suárez G. Malnutrición proteico-energética en niños menores de 5 años. Rev Cubana Pediatr. 2007 jun.;79(2).
7. Martín Mateus MA, Cruz M. Inmunodeficiencia congénita y adquirida. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. 7ma ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 365-77.
8. Pelletier DL, Olson ChM, Fronquillo FA. Inseguridad alimentaria, hambre y desnutrición. En: Bowman BA, Russel RM. Conocimientos actuales sobre nutrición. 8va ed. Washington. DC: OPS; 2003. p. 762-5.
9. García M, Dini E. Aspectos prácticos sobre la lactancia materna. Nutrición en Pediatría. Caracas: CANIA; 2004. p. 93-100.

Recibido: 3 de febrero de 2011

Aprobado: 30 de noviembre de 2011