

---

# DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

---

Iván Andrés Gonzalez, María Soledad Huespe Auchter  
Lic. Humberto Galeano, Dra. Mónica Cristina Auchter

Lugar y fecha: Facultad de Medicina. Carrera de Licenciatura en Enfermería. Cátedra Enfermería Maternoinfantil. Corrientes año 2006

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** en Argentina, seis millones de niños viven en hogares pobres y más de la mitad tiene menos de 18 años. Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones y Tucumán poseen la peor situación con respecto a la media nacional. Población con necesidades básicas insatisfechas era en 2003 28,5% y analfabetismo en mayores de 10 años era 6,5%. El nivel de desocupación superaba en 2004 10,2%, el 62% carecía de beneficios sociales y la tasa de mortalidad infantil estaba entre las más altas del país.

**OBJETIVOS:** describir el grado de desnutrición de niños menores de 6 años en seguimiento ambulatorio en el primer nivel de atención en Corrientes.

**MATERIALES Y METODOS:** estudio descriptivo transversal de niños desnutridos del CAPS IV. Se analizaron 601 historias clínicas. Se utilizó escala de Gómez y clasificación de Waterlow para evaluar estado nutricional. Variables analizadas: edad, sexo y grado de desnutrición. Indicadores: peso para edad en menores de 2 años y peso para talla y talla para edad en el grupo entre 2 y 6 años.

**RESULTADOS:** 451 presentaban desnutrición de 1º grado; 49 de 2º grado; 44 desnutrición crónica y 57 niños desnutridos recuperados.

**CONCLUSION:** sexo masculino y mayores de 3 años fueron los más comprometidos; 75% presentó desnutrición de primer grado; 8% de segundo grado; 7% desnutrición crónica y 10% desnutridos recuperados.

Niños desnutridos, con baja talla o deficiencias de micronutrientes, tienen mayor riesgo de resultar obesos, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y con menor capacidad intelectual y laboral.

**PALABRAS CLAVES:** niños, pobreza, desnutrición

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** Argentina has six million children that live in poverty, half of these children are under the age of 18. Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones and Tucumán are the most effected within the country. Population with basic necessity unsatisfied was in 2003 28,5% and illiterate older than 10 was 6,5%. The level of unemployment exceed in 2004 10,2%, 62% lack social benefit, child mortality is within the highest in the country.

**OBJECTIVES:** to describe degree of malnutrition of children under age 6 with out patient supervision in primary level attention in Corrientes.

**MATERIALS AND METHOD:** transversal case study of children with malnutrition in CAPS IV. 601 clinical studies were analyzed. Gomez scale was used and Waterlow classification for evaluation of nutritional state. Variables: age, sex, level of malnutrition. Indicators: weight for minors under age 2 and weight per size and size age between 2 and 6.

**RESULTS:** 451 presented one degree of malnourish, 49 second degree, 44 chronic malnutrition and 57 recuperated.

**CONCLUSION:** the most affected are male and older than age 3; 75% presented one degree of malnourish; 8% second degree; 7% chronic malnutrition and 10 % recuperated.

Children with small size, nutritional deficiency and with low weight at birth are high risk resulting in obesity, low performance in work and intellectually and prevalence towards chronic illnesses.

**KEY WORDS:** children, poverty, malnutrition

## INTRODUCCION

La desnutrición primaria en América Latina es el resultado de una situación pluricausal en la que se incluyen la inseguridad alimentaria, las condiciones insalubres de vida, la falta de acceso al agua potable, las carencias afectivas y educativas, la violencia familiar, las estrategias de supervivencia personal y familiar riesgosas, el alcoholismo, las adicciones, que entrecruzadas en la pobreza y la marginalidad dan un marco propicio para el inadecuado crecimiento y desarrollo del niño <sup>(1)</sup>.

La Argentina es una sociedad en "transición epidemiológica nutricional" con cambios en los patrones de alimentación, modificaciones de las necesidades nutricionales de la población y aumento de la desnutrición aguda, del retraso crónico del crecimiento, la obesidad, las enfermedades crónicas no transmisibles y las carencias de nutrientes específicos <sup>(2)</sup>. Comprender este proceso es el fundamento de una evolución en el pensamiento nutricional, paso indispensable para adecuar en tiempo y forma los programas de asistencia alimentaria, capa-

citar a los profesionales y satisfacer las demandas de la sociedad actual <sup>(3)</sup>.

En nuestro país, más de 6 millones de niños y jóvenes viven en hogares pobres. Esto significa que el 53% de los 11 millones y medio de niños menores de 18 años son pobres, sin alimentos y sin servicios básicos. Así, en este país, más de la mitad de los menores son pobres y casi la mitad de los pobres tiene menos de 18 años. Esta conclusión corresponde al estudio sobre "La situación de la infancia en la Argentina", que se constituye en la segunda medición nacional sobre la pobreza en la niñez y la adolescencia <sup>(4)</sup>.

Mientras que la organización de las familias en los grupos de mejores recursos económicos incluye a la denominada familia nuclear (padres e hijos), las familias más pobres tienden a organizarse en grupos aglomerados, incluyendo desde distintas generaciones (abuelos) hasta afiliados, con marcada ampliación de las nociones de parentesco. Ello es particularmente visible en las periferias urbanas y en los ámbitos semi-rurales y rurales. Todos tienden a contribuir con el sostén económico, incluyendo a los menores dentro de las "estrategias de supervivencia", conjunto de prácticas que despliegan las familias para asegurarse un aumento de los ingresos económicos o bien un acceso suficiente a los alimentos que garanticen seguridad nutricional <sup>(5)</sup>.

Los hijos de hogares pobres acceden a la paternidad o maternidad mucho más temprano que los hijos de los sectores de mejores ingresos, cada vez más el crecimiento poblacional se explica por el nacimiento de niños en familias carenciadas; hoy, uno de cada dos nacimientos se da en grupos que viven debajo de la línea de pobreza.

El mayor impacto de la pobreza recae en las familias y los más afectados son las mujeres y los niños <sup>(6)</sup>. El informe de Situación de Salud Argentina <sup>(7)</sup> sostiene que la pobreza no se distribuye homogéneamente entre los distintos grupos de edades; más del 40% de la población debajo de la línea de pobreza tiene menos de 15 años. Ello abona la hipótesis que sostiene que los efectos más negativos se van incorporando a la sociedad a través de las nuevas generaciones. También la precarización en las condiciones de trabajo y en los ingresos afecta particularmente a la población joven.

Las condiciones de vida marcadas por el Índice de Desarrollo Humano (2004-2005) ponían a Corrientes junto a Chaco, Formosa, Misiones y Tucumán como las provincias de peor situación con respecto a la media nacional. La población con necesidades básicas insatisfechas era en el año 2003 del 28,5%, para el promedio nacional del 17,7% y el analfabetismo en mayores de 10 años era del 6,5%, cuan-

do el promedio nacional era de 2,6% <sup>(8)</sup>. El nivel de desocupación superaba en 2004 el 10,2%, el 62% carecía de beneficios sociales y la tasa de mortalidad infantil estaba entre las más altas del país <sup>(8)</sup>.

En esta región, el déficit de talla (acortamiento) se presenta como prevalente, también es notable la creciente frecuencia de niños con alto peso para la edad <sup>(9)</sup>. La desnutrición aguda, ya sea definida a través del indicador de peso para edad o peso para talla, puede llegar a ser relativamente baja cuando se la diluye en un denominador poblacional. Pero la concentración de esta severa e inadmisibles forma de desnutrición social en zonas marginales hace que adquiera en áreas focalizadas una gravedad que no se compadece con los indicadores epidemiológicos <sup>(3)</sup>. Su identificación, tanto en los ámbitos urbanos como rurales y la correcta interpretación de las causas que la condicionan, habitualmente una compleja trama de inequidades sociales, es el único abordaje posible para su prevención.

La edad de los niños es un factor a considerar en la interpretación del indicador baja talla/edad pues en razón de la gran velocidad de crecimiento, en los menores de dos años refleja un proceso activo y vigente, mientras en los niños mayores debe interpretarse como secuela de un proceso pasado <sup>(3)</sup>.

Las deficiencias de crecimiento que ocurren en situaciones de pobreza involucran complejas interacciones entre carencias nutricionales, enfermedades infecciosas y factores que tienen que ver con pautas y posibilidades en el cuidado de los niños. Si bien en el caso individual muchas veces resulta difícil establecer la causa del retraso de crecimiento, desde el punto de vista epidemiológico-nutricional, los indicadores de salud, de desarrollo social, económicos y de disponibilidad de nutrientes se correlacionan con la prevalencia de deficiencia para cualquier nivel de corte en el indicador talla para la edad considerado. Por esta razón, la baja talla para la edad es también un indicador de inequidad social y refleja epidemiológicamente las condiciones en que se han criado los niños <sup>(10)</sup>. Cuando a nivel poblacional existe una elevada prevalencia de baja talla para edad, es razonable definir a la mayoría de los niños bajos como acortados (desnutrición crónica) o desnutridos agudos si tienen menos de 2 años de edad.

La disminución del crecimiento longitudinal, cuyo inicio puede rastrearse en los primeros 2 años de vida, probablemente a partir de los 6 meses de edad <sup>(9)</sup>, es más frecuente en niños de sectores y regiones menos favorecidas, se mantiene al ingreso escolar y persiste hasta la adolescencia.

Tomando como base estos conceptos, el presente trabajo busca describir el grado de desnutrición de los niños menores de 6 años, que están bajo seguimiento ambulatorio en instituciones de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Corrientes. El abordaje de este problema, se sustenta en la convicción de que la desnutrición aguda y/o crónica en la infancia, revela la necesidad de acciones urgentes para un adecuado diagnóstico de su magnitud, alcance y dinámica, como así también en la necesidad de redefinir los programas de salud y nutrición infantil con evaluación de impacto.

## MATERIALES Y METODOS

Se diseñó un estudio de corte descriptivo y transversal. La población estudiada fueron los niños desnutridos del CAPS IV de la capital, ubicado en la zona sur de la ciudad y con una población de responsabilidad de 31.800 personas.

Las unidades de observación fueron las historias clínicas pediátricas de los niños menores de 6 años registrados como desnutridos en dicha institución. Se utilizaron los datos antropométricos registrados en ellas como forma de evaluar el estado nutricional de los niños, teniendo en cuenta que la antropometría permite realizar estudios transversales para identificar desnutrición, valorarla mediante puntos de corte para establecer prevalencias y seguir clínicamente a los niños, ya que la disminución de la velocidad de crecimiento es un indicador bastante sensible de deficiencias nutricionales o de enfermedades.

Se trabajó desde Agosto a Noviembre de 2006. Se incluyeron en el estudio niños menores de 6 años, desnutridos, del área programática del CAPS, sin enfermedades crónicas o invalidantes. Las variables analizadas fueron edad, sexo y grado desnutrición según peso y talla registrados en las historias clínicas. Se tomaron los indicadores de peso para edad en los niños menores de 2 años y peso para talla y talla para edad en el grupo entre 2 y 6 años.

En la interpretación del indicador *peso para edad*, se utilizó la escala de Gómez (desnutrición de 1º grado: déficit de peso de 10 al 24%; de 2º grado, déficit de peso de 25 al 39%; y de 3º grado, déficit mayor al 40%). Para el indicador *talla para edad* se consideró como punto de corte el percentilo 3 o menor (baja talla). En cuanto al indicador *peso para talla*, se recurrió a la clasificación de Waterlow según porcentajes de adecuación y déficit (desnutrido de 1º grado: adecuación de 80-90%, déficit del 10% al 20%; desnutrido de 2º grado: adecuación de 70-80%, déficit del 20% al 30%; y 3º grado: menos de 70% de adecuación, déficit mayor a 30%).

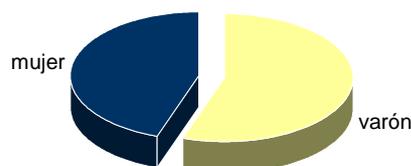
Para el procesamiento de los datos se recurrió a la estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencias y porcentajes.

## RESULTADOS

Se evaluaron 601 historias clínicas de niños desnutridos menores de 6 años.

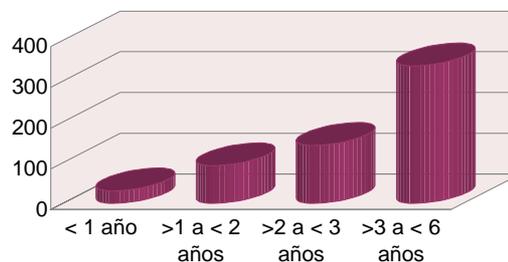
El 55% (333) eran varones y el 45% (268) niñas. Gráfico 1. Todos recibían ayuda alimentaria (leche fortificada) en el centro de salud, proveniente del Programa Maternoinfantil.

**Gráfico 1: Desnutrición en menores de 6 años según sexo**



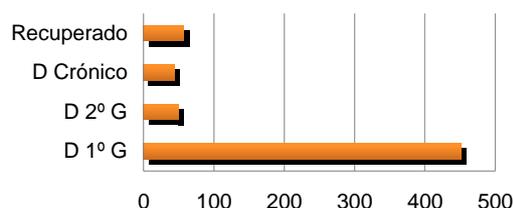
Según la edad, 30 niños tenían menos de 1 año (5%); 92 niños se encontraban entre 1 y 2 años (15%); 142 niños tenían entre 2 y 3 años (24%) y 337 se ubicaron entre 3 y menos de 6 años (56%). Gráfico 2.

**Gráfico 2: Niños desnutridos según grupos etáreos**



En todo el grupo de desnutridos se constató que 451 niños (75%) presentaban desnutrición de 1º grado; 49 niños (8%) cursaban desnutrición de 2º grado; 44 niños (7%) tenían desnutrición crónica; y sólo 57 niños (10%) se incluían en la categoría de desnutridos recuperados. Gráfico 3.

**Gráfico 3: Distribución de niños según grado de desnutrición**



## DISCUSION

Se detectaron 601 historias clínicas de desnutridos menores de 6 años, con una distribución similar según sexo.

Si bien a nivel nacional los indicadores nutricionales presentan mejorías vinculadas entre otras cuestiones a corrección de las condiciones sanitarias, disminución de enfermedades infecciosas, vigilancia del crecimiento infantil mediante programas materno infantiles, promoción de la lactancia materna y mayor grado de educación sanitaria de las familias, en el centro de salud en estudio, la frecuencia de desnutrición se consideró elevada al compararla con el total de historias clínicas registradas de niños menores de 6 años.

El grupo etario más comprometido fue el mayor de 3 años, época en la vida del niño en la que comienzan a hacerse evidentes los fenómenos de adaptación y enfermedad propios de las carencias nutricionales y afectivas vinculadas principalmente con la pobreza.

La desnutrición aguda de 1º grado se presentó en 3 de cada 4 niños estudiados, 1 de cada 10 cursaba desnutrición de 2º grado y 1 de cada 10 tenía talla baja como expresión de un proceso crónico.

Ser desnutrido y además de menor talla en relación a la dotación genética, implica que en edades tempranas el niño debió hacer adaptaciones que le permitieron sobrevivir ante situaciones carenciales, a costa de sacrificar parcialmente algunas funciones biológicas. Este retraso se asocia con mayor morbilidad, disminución de la actividad, del desarrollo psicomotor, del rendimiento escolar y del funcionamiento socio emocional<sup>(3,10)</sup>.

La desnutrición aguda y la baja talla de origen social expresa afectación del potencial de crecimiento y suele significar, tal cual se observa en el grupo de niños valorados, bajo ingreso monetario, alimentación inadecuada, marginal inserción laboral de los padres, bajo nivel de instrucción, salubridad deficiente y prevalencia de enfermedades infectocontagiosas.

Este retraso longitud de los niños es un proceso insidioso, que probablemente en nuestra región se inicia después de los 6 a 8 meses de edad y queda establecido a los tres años. Es un tema trascendente tanto desde el punto de vista de la fisiopatología de la desnutrición, como desde la planificación de programas de asistencia alimentaria. El tamaño final de un niño es un fenómeno epigenético, de complejas interrelaciones entre medio ambiente, nutrición y crecimiento. La capacidad de recuperación parcial de la talla en la adolescencia, en niños que han superado situaciones de desnutrición es baja. Ello tiene relevancia para la asignación de recursos y para la definición de

políticas alimentarias, pues el refuerzo de los comedores escolares, con la finalidad de mejorar esta secuela nutricional, probablemente sólo lleve a engordar a los niños y a apresurar su maduración, sin mayor impacto sobre su estatura final<sup>(3, 10)</sup>.

Las consecuencias de la desnutrición aguda y del retraso de talla, requieren concentrar recursos en la población en mayor riesgo social y en el momento oportuno (6 meses a 2 años). La promoción de la lactancia materna, la incorporación de alimentos de adecuada calidad durante el destete y el control del crecimiento y desarrollo de los preescolares es el mejor mecanismo para mantener la vigilancia sobre el estado nutricional<sup>(1,2)</sup>.

## CONCLUSION

De las 601 historias clínicas de niños desnutridos menores de 6 años analizadas, se pudo observar que todos recibían leche fortificada en el centro de salud, el 55% de los niños desnutridos pertenecían al sexo masculino y el mayor número de desnutridos se ubicaba en la franja correspondiente a los mayores de 3 y menores de 6 años de edad.

Según el grado de desnutrición se constató que el 75% presentaba desnutrición de primer grado; el 8% cursaba desnutrición de segundo grado; el 7% desnutrición crónica y solo el 10% correspondía a los desnutridos recuperados.

Esto vuelve a afirmar lo dicho en párrafos precedentes, la desnutrición primaria es el resultado de una situación de múltiples carencias, que no hay un niño desnutrido en nuestro país cuya causa sea sólo la falta de alimentos y que un adecuado aporte de nutrientes es necesario, pero no suficiente para garantizar su crecimiento normal.

Los niños desnutridos, con baja talla o con deficiencias de micronutrientes, tienen mayor riesgo de resultar en el futuro obesos, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y con menor capacidad intelectual y laboral.

## BIBLIOGRAFIA

1. Piazza N. Desnutrición primaria. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría. Programa nacional de actualización pediátrica; 2005. Módulo Nº 2. 9-47.
2. Durán P. Transición epidemiológica nutricional o el efecto mariposa. Argentina: Arch. Argent. Pediatr.; 2005. Vol.103 Nº3.
3. O' Donnell A, Carmuega E. Transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños: Boletín CENSI; 1998. 1-24.
4. Novacovsky I. El Gobierno reconoce que 51,4% de la gente vive en la pobreza. Diario Clarín [en línea] 9 de Junio de 2002 [fecha de acceso 20 de Abril de 2006]; sección economía. URL disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2002/06/09/e-00815.htm>
5. Aguirre P. Desarrollo integral en la infancia: el futuro comprometido. Córdoba: Programa Médicos Comunitarios Ministerio de Salud de la Nación; 2004. Módulo Nº 1. Unidad 3. 118-122.

6. Klisberg B. La situación social de América Latina. Uruguay: Programa Médicos Comunitarios Ministerio de Salud de la Nación; 2004. Módulo N° 1. Unidad 1. 47-52.
7. OPS/OMS-Ministerio de Salud de la Argentina. Situación de Salud en Argentina. Argentina: Programa Médicos Comunitarios Ministerio de Salud de la Nación; 2004. Módulo N° 1. Unidad 2. 58-62.
8. OPS/OMS-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Indicadores básicos. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación [en línea] 2006 [fecha de acceso 30 de Agosto de 2006]. URL disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores%202006.pdf>
9. Durán P. La problemática de la alimentación y la nutrición. Argentina: Programa Médicos Comunitarios Ministerio de Salud de la Nación; 2004. Módulo N° 10 b. Unidad 3. 95-112.
10. Carmuega E, Durán P. Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes: Boletín CESNI; Junio 2000. 3-24.