

ARTÍCULO ORIGINAL

La enfermedad diarreica aguda asociada a desnutrición en menores de cinco años

Dr. Ciro Osmel García Barrera¹, Dra. Lianis Fiel Iglesias², Dr. Reynaldo Francisco Cabo de Villa Córdoba³, Dra. Leonor Milán Ricardo.⁴

¹ Especialista II Grado en Pediatría. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Hospital Pediátrico "Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba.

² Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínico Universitario "Mártires del 4 de Agosto". Guantánamo. Cuba.

³ Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Pediatría. Asistente. Hospital Pediátrico "Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba.

⁴ Licenciada en Laboratorio Clínico. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de la desnutrición en el menor de 5 años de edad asociado con enfermedades diarreicas agudas (EDA), con el objetivo de identificar los aspectos epidemiológicos-terapéuticos y las posibles causas para su presentación en el Hospital "San Martín de Porres" Huanuni, periodo de febrero 2006 a octubre 2007. El universo está constituido por 1455 desnutridos que asisten a la consulta externa pediátrica y la unidad nutricional integral. Variables a estudiar: edad de presentación, sexo, grado de desnutrición, incidencia de EDA, formas clínicas y regímenes terapéuticos. Se utilizan cifras absolutas y porcentajes como medidas en el análisis univariado. Se evidencia predominio de los desnutridos en menores de 2 años a 6 meses (55.7 %) sexo masculino (60.8 %) asociado a alimentación complementaria deficiente (43.6 %) la causa más relevante, y la deshidratación (10.7 %) la complicación más frecuente en las diarreas acuosas. Se emiten conclusiones y recomendaciones.

Palabras clave: EDA, desnutrición

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), constituyen un problema importante de salud de la población infantil, principalmente en los países en desarrollo donde se producen anualmente entre 4.6 a 6 millones de muertes por lo que son consideradas la segunda causa global de mortalidad infantil. Estas estadísticas se reflejan en que se produce un promedio de 3 episodios de diarrea por año en niños menores a 5 años y una tasa global de mortalidad promedio de más de 10.000 niños por día.¹⁻³

La desnutrición continúa siendo una de las principales causas de enfermedad a escala mundial como en Bolivia, junto a las EDA y las infecciones respiratorias agudas, son las causas principales de muerte en los niños de países en vías de desarrollo. Por lo menos millones de estos niños desnutridos fallecen debido a infecciones respiratorias o a sus complicaciones.²⁻⁵

Las enfermedades infecciosas son las que más muertes causan en el mundo, alrededor de 14.9 millones de muertes por año, constituyendo el 7.0 % total de las defunciones mundialmente. Las principales causas son:

- Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).^{3,4,6}
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).
- Tuberculosis (TB).

Siendo los niños menores de 5 años los más afectados fundamentalmente cuando están asociados a la desnutrición.

A escala mundial cada día mueren 3800 niños debido a bajo nivel sanitario y falta de agua potable, conociendo la relación existente entre: EDA, desnutrición, condiciones higiénico-sanitarias, agua potable, por lo que se cree imposible solucionar el problema EDA-desnutrición sin la voluntad política de los gobiernos de todos los países tercer mundistas y el apoyo de los países ricos del primer mundo.⁵

Hoy los países más pobres pagan un alto precio, la muerte de sus niños por estas enfermedades que causan desnutrición y todo gracias a la negligencia y complacencia de los países más ricos, por lo que la verdadera causa en la mayoría de los casos de esta morbilidad infantil son la pobreza y las desigualdades sociales.⁶⁻⁸

El capitalismo devastador, hoy inmerso en su peor crisis, despilfarra:

- 17 millones de dólares en comida para mascota.
- 8 mil millones de dólares en cosméticos en EUA.
- 12 millones en perfumes en EUA y Europa.
- Miles de millones en injustas guerras
- 800 mil millones para sustentar la bancarrota económica de EUA.

La Organización Mundial de La Salud ha creado un programa que tiende a reducir la mortalidad por esta condición, que encomienda realizar un esfuerzo mundial para las enfermedades respiratorias y diarreicas agudas. En el mundo mueren cada año 15 millones de niños, más de 14 millones de estas defunciones ocurren en países del tercer mundo.^{3,9,10}

En Bolivia se calcula que 30 niños fallecen cada día por diarrea, (10.000 al año). Al margen de lo anterior, la infección intestinal es la que más impacta el estado nutricional de nuestra niñez de la cual el 15 % padece desnutrición severa.⁴

Bolivia tiene una de las tasas más altas de mortalidad infantil en Latinoamérica la cual alcanza a 75 por mil nacidos vivos, en 1994. La mortalidad infantil se distribuye en casi partes iguales entre mortalidad neonatal de 37 por cada mil nacidos vivos y postneonatal 39 por cada mil nacidos vivos. De manera similar, el país tiene una tasa de mortalidad alta en niños menores de cinco años; llegando a 116 por mil nacidos vivos.

La desnutrición, es la manifestación de varios problemas y probablemente sea la condición que refleja con mayor claridad la situación de un país, en términos de ingresos económicos de la población, distribución de estos recursos, nivel educativo y conocimiento de las mejores prácticas de cuidado y nutrición.^{5,11-13}

MÉTODO

Se realiza un estudio de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo con el propósito de determinar algunas de las características epidemiológicas/terapéuticas de niños con EDA, menores de 5 años asociada a desnutrición del Hospital "San Martín de Porres", Departamento de Oruro, Bolivia, durante el período comprendido desde febrero de 2006 hasta octubre de 2007.

El universo está constituido por 1455 desnutridos menores de 5 años de edad con EDA que fueron asistidos en la consulta externa de pediatría y la unidad nutricional integral (UNI). De ellos se toma una

muestra probabilística al azar con el 87.3 % del universo (1270) que cumplen con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- ✓ Niños que fueron alimentados de manera apropiada, con lactancia materna.
- ✓ Protegidos contra las enfermedades que pueden afectar su crecimiento.
- ✓ Hijos de madres no fumadoras.

Criterios de exclusión

Que no cumplan con los criterios de inclusión.

El diagnóstico de desnutrición aguda se estableció por:

- Signos clínicos
- Emaciación visible
- Abdomen más ancho que la cadera.
- Enflaquecimiento de los muslos.
- Eminencias óseas visibles.
- Atrofia de masa glútea.
- Signo del pantalón caído.
- Edema en ambos pies.
- Indicador peso/talla estándares OMS/2006 (de acuerdo sexo y edad).

El diagnóstico de desnutrición crónica se estableció por:

Mediante el uso del indicador talla/ edad estándares OMS/2006 (de acuerdo sexo y edad). Estas tablas describen el crecimiento inicial de los niños que son alimentados de manera apropiada y protegidos contra las enfermedades que pueden afectar su crecimiento y que son hijos de madres no fumadoras.

Parámetros antropométricos

Balanza pediátrica (mesa o soporte) utilizada para la toma del peso de los niños pequeños o lactantes.

Balanza Salter o resorte, con graduaciones cada 100 gr. Para niños de 1 año hasta los 6 años, son muy fáciles de transportar (cada vez menos utilizadas).

Balanza digital SECA – Madre/Niño. Opera con energía solar (incluso con luz de linternas o focos). Son de alta precisión de 0.0 Kg. Hasta 150 Kg. En la actualidad son las más utilizadas.

Infantómetro/tallímetro

Infantómetro se utiliza para obtener la longitud (acostado) a los niños menores de 2 años y de pie a los de 24 a 59 meses de edad); lleva incorporado una cinta graduada en centímetros y milímetros.

El diagnóstico de desnutrición global es establecido utilizando las tablas (NCHS) de Nelson/Ortiz, en desuso en estos momentos, utilizadas en el comienzo de este estudio.

Se utiliza para determinar el índice de prevalencia de la malnutrición en menores de 5 años la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de Incidencia} = \frac{\text{Casos Nuevos (D+E+F)}}{\text{Población Total}} \times 100$$

Como forma de tratamiento del desnutrido agudo grave y agudo moderado se utiliza el Alimento Terapéutico Nutricional Listo (ATLU).

El ATLU es un preparado especial de nutrientes, vitaminas y minerales en concentraciones especiales que aseguran un aporte de calorías, azúcar y minerales para estabilizar las carencias de estos elementos en niños y niñas con desnutrición aguda grave. (Es el equivalente a la F - 100).

Se emplea para la computación de los datos una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP, se utilizaron frecuencias absolutas y porcentaje como medidas de resumen en el análisis univariado y se utilizó la tasa para calcular la incidencia. Los textos se procesaron con Microsoft Word, y las tablas y gráficos se realizaron en Microsoft Excel XP.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 donde se muestra la distribución de frecuencia de los niños/niñas con EDA estudiados según grupo de edades y grados de desnutrición en el hospital "San Martín de Porres" del municipio de Huanuni en el Departamento de Oruro, Bolivia encontramos que hay un predominio de la desnutrición ligera con 84.1% en el grupo de edades comprendido entre los 6 meses y menores de 2 años con 46.4 % (589).

Estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud/UNICEF/OPS en varias regiones del mundo con diferentes razas, costumbre y hábitos alimentarios diferentes, se demostró que todos los niños al nacer presentan igual potencial de crecimiento hasta los 6 meses de edad, que

todo su canal lineal de crecimiento dependerá que el mismo reciba la alimentación complementaria con el aporte adecuado de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales propia a su edad cronológica para suplir todas sus necesidades propias emanadas de su metabolismo y crecimiento, todo lo anteriormente expuesto es puesto de manifiesto en esta investigación.¹⁴⁻¹⁶

En la Tabla 2 se muestra la frecuencia de complicaciones de EDA en los desnutridos se encontró que hubo un predominio de las deshidrataciones (10.7 %) y la hipotermia/hipoglucemia (3.0 %) como complicación inmediata de los casos estudiados.

Las EDA son frecuentes en los desnutridos y está demostrada la existencia de complicaciones y la interacción entre desnutrición, infección y disminución de la inmunidad.^{17,18} También se encontró asociación con las IRA, la cual constituye un factor de mal pronóstico, ya que la duración de la infección y la mortalidad por ella es mucho mayor en los desnutridos.^{19,20}

El niño desnutrido al igual que el niño normal hay que protegerlo de las enfermedades prevalentes de la infancia a través de un esquema de vacunación adecuado con sus reactivaciones, pero indudablemente el desnutrido presenta una deficiencia inmunológica que lo predispone a adquirir todo tipo de infección, anemia nutricional todo lo cual redundan en un círculo vicioso agravando su estado nutricional y sus complicaciones.^{21,22}

Se considera que del 3-20 % de los episodios de EDA en menores de 5 años se tornan persistentes representando el 10 % de todos los casos de diarreas en niños del tercer mundo^{3,6,13} Estas tasas de morbilidad asociadas a altas tasas de desnutrición incrementan aún más las tasas de mortalidad y gravedad de las enfermedades entéricas, conllevando al desarrollo de una enfermedad diarrea persistente y a la instauración del círculo vicioso diarrea-desnutrición-diarrea.²³⁻²⁵

Otras literaturas^{5, 15,19} en sus investigaciones de las complicaciones coinciden con este estudio.

Esta investigación²⁶ encontró que la deshidratación se presentó como la principal complicación en un 9.8 % durante la estadía hospitalaria, de los cuales el 3.9 % requirieron rehidratación endovenosa, lo cuál coincide con esta investigación.

Ante un cuadro de diarreas, otros autores^{27,28}, recomiendan a todos los médicos de la atención primaria que prevengan sus complicaciones con líquidos abundantes, que garanticen las necesidades a la vez que

compensen las pérdidas extras ocasionadas por las diarreas (evita la deshidratación); y con alimentos (evita la desnutrición).

La complicación más frecuente de los cuadros de EDA es la deshidratación aguda, de forma que aproximadamente entre el 15- 25 % de los casos asistidos en el medio hospitalario, presentan signos clínicos o biológicos de deshidratación en mayor o menor intensidad, sobre todo en menores de 1 año por su alta labilidad hídrica, además se conoce que la composición corporal del niño es a través del agua.^{24,27,28,31}

Con diferentes grados de desnutrición^{27,30,31} su elevada incidencia se justifica por la mayor riqueza en agua del infante, hidrolabilidad incrementada con líquido extracelular muy elevado, mayor superficie corporal por unidad de peso; función renal limitada, incapacidad del menor para solicitar agua y comunicar su sensación de sed, mayores requerimientos de agua y mayor pérdida insensible. Todo esto explica lo frecuente de esta complicación y si no se diagnostica precozmente para su tratamiento oportuno traerá consigo la muerte del desnutrido.

En la Tabla 3 se muestra la relación de los hábitos alimentarios en EDA asociado a la desnutrición según grupo de edad se encontró que hubo predominio de la alimentación complementaria deficiente (43.6 %) siendo el grupo de edad de 6 meses a menor de 2 años (55.7 %) el predominante.

Se ha debatido ampliamente cuándo se deben introducir los alimentos complementarios; si se introducen muy pronto se reduce la ingestión de leche materna del bebé, reemplazándola con fuentes de nutrientes menos apropiadas, y queda más expuesto a la infección. Al introducirlos muy tarde puede demorarse el crecimiento y desarrollo del lactante por la ingestión insuficiente de nutrientes; por eso se debe comenzar a dar alimentos complementarios entre los 4 y 6 meses.²⁹⁻³¹ Otros autores coinciden con estos resultados.³²

Según informes del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el acceso limitado a cantidades de alimentos suficientes para complementar los requerimientos calóricos afecta a más de 53 millones de personas.^{19,21} La mala calidad de la alimentación, por sí sola junto con las enfermedades infecciosas es un factor determinante de retraso del crecimiento, trastornos de la función cognoscitiva e intelectual.

En la alimentación del desnutrido se debe tener en cuenta las demandas para el mantenimiento del metabolismo basal y actividad física todo lo

cuál se consigue con una alimentación complementaria eficiente y adecuada, coincidiendo con otros autores.²²⁻²⁴

En la Tabla 4 se muestra la distribución de frecuencia de grupo de edad de los niños/as con EDA asociada a las formas clínicas de desnutrición aguda se encuentra que hubo predominio en el grupo de edad de 6 meses a menor de 2 años con 82 (6.4 %) en la desnutrición aguda con 109 desnutridos (8.5 %).

Esta investigación³² al igual que esta, se mostró elevada con respecto a los valores que registra Cuba en el Estado Mundial de la Infancia 2003. Según datos de la Organización Mundial de la Salud⁽²³⁾, en niños de un año de edad provenientes de varios países, en América Latina y Asia, exhiben que el desgaste, fluctuó de 3 a 19 %, lo cuál coincide con este estudio.

Cuando se desea identificar individuos con un estado nutricional más eficiente dentro de una población en un momento dado, el peso temporal es más aconsejable, se informa del estado de nutrición en el momento real del estudio es decir facilita identificar los desnutridos agudos

En la Tabla 5 donde se muestra la distribución de frecuencia de los niños/as con EDA asociada a desnutrición según grupo de edad y desnutrición crónica se encuentra que hubo predominio del grupo de edad de 6 meses a menor de 2 años (12.4 %) en la desnutrición crónica (17.8 %).

Esta forma clínica de desnutrición habla de la historia de alimentación pero además dice si este niño sufrió de infecciones recidivantes o sufre de alguna enfermedad crónica que le imposibilite la absorción y utilización adecuada de los nutrientes, afectando en su característica clínica más importante la talla (crecimiento lineal) y su esfera cognoscitiva. Por lo que es muy importante corregirla antes de los 2 años de vida, período de la vida donde el ser humano crece más rápido en la vida extrauterina, es necesario conocer que en nutrición lo perdido es difícil recuperarlo, por lo que se piensa y se sugiere lo importante de corregir en estado nutricional los más urgente permisible.^{5,21}

CONCLUSIONES

La mayor tasa de incidencia de desnutrición se identificó en el grupo etéreo de 6 meses a menores de 2 años, del sexo masculino asociados a la alimentación complementaria deficiente o sin alimentación complementaria, predominando la desnutrición crónica (Talla Baja), la forma clínica de la EDA acuosa fue la forma clínica más importante asociado a la deshidratación e hipotermia/ hipoglucemia, como las complicaciones mas frecuentes; evidenciándose lo factible del uso de los nuevos estándares de crecimiento de la niñez OMS/2006.

RECOMENDACIÓN

Estandarizar a nivel departamental las técnicas antropométricas, usos de los nuevos estándares de crecimiento de la niñez OMS/2006 y el tratamiento del desnutrido en el marco de la meta Desnutrición "0."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhutta ZZ. Acute gastroenteritis in children. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, editores. Nelson Textbook of Pediatrics. 18thed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.
2. Canavan A, Arant BS. Diagnosis and management of dehydration in children. Am Fam Physician. 2009; 80:692-696.
3. World Health Organization. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done [internet]. Geneva: World Health Organization; 2009[accessed on 2 April 2011]. p. 58. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415_eng.pdf
4. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Lancet. 2008; 371:417-40.
5. World Health Organization. Community-based management of severe acute malnutrition: a joint statement [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007[accessed on 2 April 2011]. p. 1-8. Disponible en: http://www.unscn.org/files/Statements/Community_Based__Management_of_Severe_Acute_Malnutrition.pdf
6. Fruhwald S, Holzer P, Metzler H. Intestinal motility disturbances in intensive care patients pathogenesis and clinical impact. Intensive Care Med. 2007; 33:36-44.
7. Wiesen P, Van Gossum A, Preiser JC. Diarrhoea in the critically ill. Curr Opin Crit Care. 2006; 12:149-54.

8. Keusch GT, Fontaine O, Bhargava A, Boschi-Pinto C, Bhutta ZA, Gotuzzo E, et al. Diarrheal diseases. In: Jamison DT, Brennan JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al, editors. Disease control priorities in developing countries. 2nded. New York: Oxford University Press; 2006. p.371-388.
9. Guerrant RL, Oriá RB, Moore SR, Oriá MO, Lima AA. Malnutrition as an enteric infection disease with long-term effects on child development. *Nutr. Rev.* 2008; 66: 487-505.
10. Kaler SG. Diseases of poverty with high mortality in infants and children: Malaria, mézales, lower respiratory infections and diarrheal illnesses. *Annals New York Academy of Sciences.* 2008; 1136: 28-31.
11. Centres for Disease Control and Human Services (CDC). Directrices para el tratamiento de la diarrea aguda. USA: Government Department of Health and Human Services; 2008.
12. Ministerio de Salud. Programa de apoyo a la Atención Primaria. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Hospital de Niños "Roberto del Río" CAE: Unidad de Gastroenterología. 2006.
13. Cuba. MINSAP. Anuario estadístico. La Habana: MINSAP; 2007.
14. Cuba. MINSAP. Investigación Nacional de Mortalidad Infantil. La Habana: MINSAP; 2008.
15. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Supervivencia Infantil. 2008. p.8.
16. Sierra Rodríguez PA. Actualización del control de la enfermedad diarreica aguda en Pediatría: Prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev. Pediatría Santa Fe Bogotá.* 2008; 33(3).
17. Pérez W, Melogno A, Píriz M, Pastorino H, Pereira ML, Pinchak C, et al. Diarrea aguda infantil. Admisión hospitalaria en menores de tres años. Año 2005. *Arch Pediatr Urug.* 2007; 78(2):94-8.
18. Acuña I. Indicadores socioeconómicos, de consumo, antropométricos y bioquímicos en el diagnóstico de desnutrición [tesis]. Venezuela: Universidad de Carabobo; Junio 2006. United Nations Children's Fund and World Health Organization. 'Joint Statement: Clinical management of acute diarrhoea [Internet]. New York: WHO/UNICEF; 2004 [accessed June 2009]. Disponible en: http://www.afro.who.int/cah/documents/intervention/acute_diarrhoea_joint_statement.pdf
19. Boschi Pinto C. The Global Burden of Childhood Diarrhoea. En: Ehiri JE, Meremikwu M, editors. *International Maternal and Child Health [in press].* 2009.
20. Jamison DT editor. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2^aed. London: School of Hygiene and Tropical Medicine; 2008.
21. World Health Organization. Water, Sanitation and Hygiene: Quantifying the health impact at national and local levels in countries with incomplete water supply and sanitation coverage. *Environmental burden of disease series.* 2007; (15).

22. Zinc Investigators' Collaborative Group. Prevention of Diarrhea and Pneumonia by Zinc Supplementation in Children in Developing Countries: Pooled analysis of randomized controlled trials. *Journal of Pediatrics*. 1999; 135(6): 689-697.
23. Lazzerini M, Ronfani L. Oral Zinc for Treating Diarrhoea in Children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (3). CD005436.pub2, 2008.
24. World Health Organization. Estimated Rotavirus Deaths for Children Under Five Years of Age [internet]. 2004 [accessed June 2009]. Disponible en: http://www.who.int/immunization_monitoring/burden/rotavirus_estimates/en/index.html
25. El Arifeen S. Child health and mortality. *Journal of Health Population and Nutrition*. 2008; 26: 273-279.
26. Chisti MJ, Saha S, Roy CN. Predictors of mortality in infants with sclerema presenting to the Centre for Diarrhoeal Disease, Dhaka. *Annals of Tropical Paediatrics*. 2009b; 29: 45-50.
27. Pérez-Schael I, Salinas B, González R, Salas H, Ludert JE, Escalona M, *et al*. Rotavirus mortality confirmed by etiologic identification in Venezuelan children with diarrhea. *The Pediatric Infect Dis*. 2007; 26:393-397.
28. Salas H, Pérez-Schael I, Salinas B, Tomat M, González, R. Rotavirus is a risk factor for dehydration due to diarrhea in children 5 years of age. En: VII Simposio Internacional sobre Rotavirus. Lisboa, Portugal. Junio 12-13, 2006.
29. Herrera Anaya E. Soporte Nutricional en niños en Enfermedades Diarreicas Persistentes. *Rev. Cubana Méd Gen Integr [Internet]*. 2003 [Citado 4 de Febrero de 2006]; 19(4): [aprox. 2 p.]. Disponible en : <http://www.bvs.sld.cu/revistas/vol19403/mgi15403.htm>
30. Brieffel RR. Vigilancia de la Nutrición en los Estados Unidos. En: Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. Organización Panamericana de la Salud. Conocimientos actuales sobre nutrición; 8ªed. Washington DC: OPS; 2006.
31. United Nations Children's Fund. Infants attending an urban diarrhea treatment centre in Bangladesh. *Pediatric Infectious Disease Journal*. [Accessed on 18 May 2008]. 29: 174-177. Disponible en: <http://www.unicef.org/bangladesh/cbg.pdf>

Recibido: 5 de Noviembre de 2011

Aprobado: 13 de Enero de 2012

Dr. Ciro Osmel García Barrera. Hospital Pediátrico "General Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba. Email: ciro@infosol.gtm.sld.cu

TABLA 1. GRUPOS DE EDADES Y GRADO DE DESNUTRICIÓN

Grupo de edades	Ligera		Moderada		Severa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 6 meses	51	4.0	15	1.2			70	
6 meses a < 2 años	589	46.4	102	8.0	16	1.2	707	55.7
2 años a < 5 años	428	33.7	60	4.7	5	0.4	493	38.8
Total	1068	84.1	177	13.9	25	1.9	1270	100.

Fuente: Libro de consulta externa. SUMI y libro de crecimiento y desarrollo de la UNI.

TABLA 2. COMPLICACIONES DE EDA

Complicaciones de EDA	No.	%
Deshidrataciones	136	10.7
Hipotermia/hipoglucemia	38	3.0
Déficit transitorio de disacaridasas	28	2.2
Disbacteriosis	22	1.7
Sepsis respiratoria	17	1.3
Invaginación intestinal	3	0.2
Otras	15	1.2
Total	259	20.3

N=1270

Fuente: Libro de consulta externa. SUMI y libro de crecimiento y desarrollo de la UNI.

TABLA 3. RELACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS/DESNUTRICIÓN Y GRUPO DE EDAD

Hábitos alimentarios	Menor de 6 meses		6 meses a menor de 2 años		2 años a menor de 5 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lactancia exclusiva	70	5.5	92	7.2	5	0.4	167	13.1
Lactancia artificial	-	-	117	9.2	78	6.1	195	15.4
Lactancia materna	-	-	120	9.4	39	3.1	159	12.5
Sin alimentación complementaria	-	-	154	12.1	41	3.2	195	15.4
Alimentación complementaria deficiente	-	-	224	17.6	330	26.0	554	43.6
Total	70	5.5	707	55.7	493	38.8	1270	100.0

Fuente: Libro de consulta externa. SUMI y libro de crecimiento y desarrollo de la UNI.

TABLA 4. GRUPOS DE EDADES Y DESNUTRICIÓN AGUDA

Grupos de edades	No.	%
Menor de 6 meses	15	1.2
6 meses a < 2 años	82	6.4
2 años a < 5 años	12	0.9
Total	109	8.5

N=1270 desnutridos

Fuente: Libro de consulta externa. SUMI y libro de crecimiento y desarrollo de la UNI.

TABLA 5. GRUPOS DE EDADES Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Grupo de edades	No.	%
Menor de 6 meses	12	0.9
6 meses a < 2 años	157	12.4
2 años a < 5 años	57	4.5
Total	226	17.8

N=1270 desnutridos

Fuente: Libro de consulta externa. SUMI y libro de crecimiento y desarrollo de la UNI.