

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“DINÁMICA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 12-36
MESES DE EDAD INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA
DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA”
DE AYACUCHO, 2013.**

Presentado por las:

Bach. FARFÁN PALACIOS, Liz Maritza

Bach. GUTIÉRREZ MALCA, Katy

TESIS PARA OPTAR LICENCIATURA

AYACUCHO – PERÚ

2013

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Cristóbal De Huamanga; Alma Máter, por brindarnos la oportunidad de lograr la cristalización de este anhelo.

A la Facultad De Enfermería, forjadora de profesionales competentes, y a su plana docente, por sus enseñanzas durante nuestra formación profesional.

A los docentes con quienes compartimos años de formación profesional, quienes nos brindaron sus enseñanzas y experiencias, en especial al jurado evaluador.

Al asesor Dr. Aguirre Andrade, Manglio, por sus orientaciones, aportes y sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.

Un reconocimiento especial al personal de salud del Servicio de Pediatría por su colaboración y apoyo al presente estudio.

A Dios y a nuestros padres, por ser el
aliciente de mi superación personal y
profesional.

Liz Maritza y Katy

ÍNDICE

RESUMEN	02
INTRODUCCIÓN	03
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	05
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES	11
2.2. BASE TEÓRICA	16
2.3. VARIABLES	26
CAPITULO III: MATERIALES Y METODOS	27
CAPITULO IV: RESULTADOS	30
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIÓN	53
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	58

DINÁMICA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS DE EDAD INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013.

FARFÁN PALACIOS, Liz Maritza y GUTIÉRREZ MALCA, Katy

RESUMEN

El objetivo del presente estudio, fue determinar la dinámica nutricional en niños de 1 -3 años de edad internados en el servicio de pediatría del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013, el método empleado fue el diseño de tipo prospectivo, longitudinal, no experimental, descriptivo y parcialmente explicativo. El área de estudio se realizó en el servicio de Pediatría del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho. La población estuvo constituido por los niños de 1 -3 años de edad internados, durante los meses de Agosto - Setiembre del 2013, empleándose un muestreo no probabilístico intencional, con un tamaño de muestra que haciende a 50 niños. La técnica utilizada para la recopilación de la información fue la evaluación antropométrica y una ficha de cotejo para extraer aspectos fundamentales de la Historia Clínica.

Los resultados del estudio fueron, que el 28% del total de niños(as) que ingresaron al servicio de pediatría presentan antecedentes de desnutrición crónica (T/E); como consecuencia del internamiento, la desnutrición de los niños(as) se incrementa considerablemente de 26% al 36%, mientras la desnutrición global de 48% al 54% (P/T). La mayor variación de la desnutrición se produjo en los niños(as) con afecciones respiratorias, incrementándose de un 6% a un 12%, seguido de las afecciones digestivas de un 12% se incrementó a un 14%, mientras en la septicemia se incrementó de un 2% al 4%.

En conclusión: el 90% del total de la población, presenta una tendencia inadecuada del estado nutricional al egreso hospitalario, corroborado a su vez por la medida de variabilidad que establece una diferencia de 0.09, asimismo la aplicación de la prueba de T de Student y la prueba de Wilcoxon arroja un alto nivel de significancia ($P < 0.01$), demostrándose que la hospitalización constituye en sí, un factor de riesgo para el deterioro en el estado nutricional de los niños(as).

Palabra clave: Dinámica nutricional.

ABSTRAC

The aim of this study was to determine the nutritional dynamics in children 1 -3 years of age admitted to the pediatric ward of the Regional Hospital " Miguel Angel Mariscal Llerena " of Ayacucho , 2013 , the methodological belongs to the prospective, longitudinal , non-experimental , descriptive and partly explanatory . The study area was conducted in the Pediatric department of the Regional Hospital "Miguel Angel Mariscal Llerena" of Ayacucho. The population consisted of children aged 1 -3 years old hospitalized , during the months of April-May 2013 , using non-probability sampling intentional , with a sample size that haciende 50 children . The technique used for data collection was the anthropometric evaluation and comparison sheet to extract key aspects of the clinical history.

The results of the study were that 28% of all children (as) who were admitted to the pediatric with a history of chronic malnutrition (T / E), as a result of placement , acute malnutrition of children (as) increases considerably from 26 % to 36 % , while underweight in 48 % to 54 % , while severe malnutrition remained at 04% (P / T). The greatest variation of acute malnutrition in children occurred (as) with respiratory , increasing from 6% to 12% , followed by digestive disorders 10% increased to 12% , while in sepsis is increased from 2% to 4%.

In conclusion, 90% of the total population, has a tendency to inadequate nutritional state hospital discharge, in turn corroborated by the measure of variability that makes a difference of 0.09, also the application of the Student t test and Wilcoxon test shows a high level of significance (P < 0.01) , demonstrating that hospitalization in itself , a risk factor for the deterioration in the nutritional status of children(as). .

Keyword: nutritional dynamics

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional es un elemento básico en la evolución del niño hospitalizado. Muchos estudios, tanto a nivel internacional como nacional reportan la importancia de estado nutricional en los niños hospitalizados. La alteración del estado nutricional durante la estancia hospitalaria incrementa la morbilidad y la mortalidad.

En los niños con enfermedades: respiratorias, gastrointestinales, hidroelectrolíticas, neuropatías, cardiopatías, renales; la desnutrición es una de las primeras manifestaciones clínicas, de ahí la importancia de la presente investigación, puesto que proporciona información relevante sobre la dinámica del estado nutricional de los niños durante su permanencia en el servicio de pediatría, que a su vez permitirá tomar decisiones que favorezcan la promoción y prevención de las complicaciones de las enfermedades que permitieron su internamiento.

En el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, no existen registros sobre el comportamiento del estado nutricional de los niños atendidos en el servicio de Pediatría, por lo que consideramos muy importante contar con registros y referencias sobre el problema, puesto que los resultados incidirán en un mejor tratamiento y menor tiempo de estancia hospitalaria.

La presente investigación fue perfectamente viable por la accesibilidad a los elementos de estudio, al uso de la información, y diversas fuentes primarias, que han permitido contextualizar el fenómeno abordado, asimismo reconocer la plena predisposición del personal de salud del servicio.

El aporte teórico del presente estudio son los resultados relevantes y fidedignos de las variaciones del estado nutricional de los niños internados en el servicio de Pediatría del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, los que servirán para una adecuada revisión de los protocolos de tratamiento de las enfermedades, permitirá disminuir las complicaciones, la permanencia prolongada y finalmente obtener que el niño egrese del hospital con un estado nutricional óptimo sin perjudicar el crecimiento y desarrollo del niño.

Durante el desarrollo de la presente investigación, se ha tomado las precauciones necesarias para el cumplimiento de las normas éticas, respetando la plena autonomía y dignidad de los pacientes y familiares, a partir del consentimiento generado.

Tenemos las independientes, que es el estado nutricional en niños de 1 -3 años de edad internados en el servicio de pediatría al ingreso y egreso; como variables intervinientes, tenemos (edad, sexo, procedencia, grado instrucción de la madre y estancia hospitalaria).

El presente trabajo de investigación consta de 5 capítulos; en el I capítulo encontramos el problema de investigación, en el II capítulo el marco teórico, en el III capítulo materiales y método, IV capítulo los resultados y en el V capítulo la discusión.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El niño hospitalizado es más vulnerable al riesgo de variabilidad del estado nutricional; el papel que tiene el estado nutricional y los efectos adaptativos de la misma en la estabilidad fisiológica compromete la vida de estos pacientes. Se sabe poco acerca de la proporción de pacientes en estado crítico que están malnutridos al momento de su ingreso y alta, aún más escaso es el conocimiento sobre el comportamiento de las variantes de estabilidad fisiológica en estos pacientes.

Por las características especiales del paciente pediátrico, la deprivación nutricional le afecta directamente, por sus necesidades de cargas energéticas altas para suplir así los procesos fisiológicos de adaptación a la enfermedad. Pese a lo anterior el conocimiento de la dinámica del estado nutricional desde el ingreso hasta el alta en el niño hospitalizado es más escasa, que en el paciente adulto⁽¹⁾.

Clínicamente el estado nutricional está determinado por tres factores concurrentes: 1) El potencial para el crecimiento, dependiente del potencial genético y el peso al nacer; 2) La cantidad de egresos o gastos de energía y pérdidas determinadas por el proceso de crecimiento, la actividad, los gastos basales y morbilidad por infecciones como las diarreas; y 3) El ingreso de nutrientes, dependiente de la ingesta de alimentos y la asimilación por el

organismo. Los desequilibrios en algunos de estos elementos definen situaciones de riesgo, hacer más vulnerables al niño, alto riesgo de tener mayores complicaciones que los no desnutridos, una estadía hospitalaria prolongada y favorecen la desnutrición infantil ⁽²⁾.

La hospitalización constituye en sí un factor de riesgo para el deterioro en el estado nutricional de los niños. Muchas enfermedades que requieren internamiento hospitalario están asociadas con la alteración del estado nutricional, especialmente la desnutrición y el bajo peso. Estas alteraciones incluyen, prácticamente, a todos los sistemas orgánicos: función renal, hepática y endócrina anómalas; anomalías en el metabolismo de los minerales y proteínas, respuesta disminuida a infecciones, cicatrización retrasada, impacto en la composición y función cerebrales con consecuencias irreversibles sobre el desarrollo cognitivo ⁽³⁾.

Identificar los cambios en el estado nutricional de los niños hospitalizados es de importancia fundamental para el establecimiento precoz de las intervenciones, evitando la instalación de la desnutrición en situaciones de riesgo o disminuir su gravedad cuando ya está presente ⁽⁴⁾.

El buen estado nutricional es un elemento básico en la evolución del niño hospitalizado. Varios estudios han demostrado que la desnutrición energético nutrimental tiene consecuencias negativas en la salud de los pacientes; incrementa la morbilidad y la mortalidad, la estadía y los costos en las instituciones de salud, lo que unido a las prácticas asistenciales, empeoran el estado nutricional y comportan mayor número de complicaciones ⁽⁵⁾.

Por ello, el conocimiento de la magnitud del problema en los centros hospitalarios del país ha sido motivo de muchas investigaciones. En los últimos años, diferentes estudios han demostrado una alta prevalencia de desnutrición

hospitalaria en América Latina, encontrándose que cerca del 50% de la población de niños hospitalizados ingresan con algún grado de desnutrición.

Sólo en la región de Latino-América la prevalencia de desnutrición hospitalaria, independientemente de la clasificación en la que se encuentre, es del 50.2% mientras que la desnutrición severa llega a un 11.2%; estudio en el cuál se incluyeron 18 países latino americanos (excepto Guatemala)⁽⁷⁾.

Los pacientes desnutridos, hospitalizados pueden presentar cambios clínicos entre 02 y 20 veces más que los pacientes nutridos. La incidencia de complicaciones es del 09% en pacientes con desnutrición moderada, mientras que en pacientes con desnutrición severa ésta alcanza el 42%. En otro estudio, de 711 pacientes, se comprobó que los pacientes con mayor probabilidad de desnutrición presentaron 2.6 veces más complicaciones menores y 3,4 veces más complicaciones graves que los pacientes bien nutridos.

La desnutrición proteico – calórica, altera la evolución clínica del paciente durante la hospitalización, ocasionado un riesgo, aumentado la morbilidad, mortalidad, alteración del sistema inmune, mayor riesgo a sufrir de infecciones, cicatrización más lenta y mayor número de complicaciones. Esto se traduce en un aumento del tiempo de estancia hospitalaria y por lo tanto en los costos de hospitalización⁽⁸⁾.

Diversos trabajos han explorado la posibilidad de combinar parámetros de evaluación nutricional, que poseen un valor predictivo de riesgo a complicaciones.

Otros autores han desarrollado instrumentos de tamizaje nutricional aplicados al ingreso de la hospitalización con puntajes establecidos para un rápido diagnóstico.

La evaluación global subjetiva (EGS), muy utilizada en la práctica actual, continua siendo el método de tamizaje nutricional más antiguo, simple y utilizado que mejor predice el riesgo de complicaciones post quirúrgicas. Existe consenso que la evaluación nutricional se debe realizar desde la admisión del paciente y que puede facilitar la detección de pacientes mal nutridos y/o con riesgo de comprometerse durante la hospitalización, por lo que se hace necesario contar con un sistema de evaluación y vigilancia nutricional efectivo y de fácil aplicación, que identifique precozmente a los pacientes con riesgo nutricional y pueda predecir posteriores complicaciones de la patología de base. Esta evaluación rápida determina el mejor momento de iniciar el manejo nutricional y que vía de administración es la más adecuada⁽⁹⁾.

No existen estudios sobre las variaciones del estado nutricional de los niños internados tanto a nivel nacional como regional y local, por ello la necesidad de tener información sobre esta problemática a fin de plantear algunas medidas de prevención.

Durante nuestra experiencia de pregrado, tanto en los hospitales de Lima como en el de Ayacucho, se ha podido constatar las variaciones del peso del niño hospitalizado, lo cual nos indica alteraciones del estado nutricional en los niños internados, cuyos efectos comprometen la salud del niño, aumentando la gravedad de la enfermedad, una larga permanencia hospitalaria y la frecuencia de reingreso, puesto que el egreso, generalmente se realiza cuando el niño ha dejado de presentar los signos y síntomas de la enfermedad, en ningún caso se pone de relieve el estado nutricional como razón principal para el egreso. Las referencias señaladas y las observaciones ganadas durante nuestra experiencia en el pregrado motivaron el abordaje del problema siguiente: ¿Cuál es la dinámica nutricional en

niños de 1 -3 años de edad internados en el servicio de Pediatría del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013?

El objetivo general del estudio fue:

- Determinar la dinámica nutricional en niños de 1 -3 años de edad internados en el servicio de pediatría del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013.

Mientras los objetivos específicos fueron:

- Clasificar el estado nutricional según patologías frecuentes, en el ingreso de niños de 1 -3 años de edad al servicio de Pediatría del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013.
- Identificar el estado nutricional, a partir de indicadores antropométricos y bioquímicos, en el ingreso de niños de 1 -3 años de edad al servicio de Pediatría del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013.
- Evaluar el estado nutricional durante la estancia hospitalaria de niños de 1 -3 años de edad internados en el servicio de pediatría del hospital regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013.
- Identificar el estado nutricional en el alta de niños de 1 -3 años de edad, internados en el servicio de Pediatría del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013
- Estimar las variaciones del estado nutricional de niños de 1 -3 años de edad durante el período de internación en el servicio de pediatría del hospital regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES:

El estudio titulado: Estado nutricional de los niños ingresados en el Hospital Pediátrico de Pinar del Río, Cuba (2012)⁽¹⁰⁾**Objetivos:** estimar la frecuencia de la desnutrición energética nutrimental entre los niños y adolescentes ingresados en este hospital y evaluar el estado actual de los regímenes de provisión de alimentos, nutrientes y las técnicas de apoyo nutricional corrientemente utilizadas. **Material y Métodos:** para ello fueron incluidos todos los niños ingresados en este hospital, menores de 19 años de edad y con estadías de más de 72 horas. De cada niño se obtuvieron las variables demográficas y clínicas con fines de identificación y trazabilidad: el sexo, la edad, el color de la piel, los problemas de salud, y la estadía hospitalaria (días). Se realizó el tallado y pesado del niño, administración de la encuesta de riesgo nutricional pediátrico y de la encuesta de desnutrición hospitalaria. **Resultados:** La desnutrición fue de un 29% entre los niños hospitalizados con una mayor frecuencia de aparición en los niños menores e iguales de 2 años. Se constató una baja frecuencia de administración de terapia de nutrición artificial (enteral/parenteral), y la desnutrición se mostró mayormente presente en niños cuyos principales problemas de salud fueron las afecciones respiratorias y digestivas. **Conclusiones:** La desnutrición constituye un problema

de salud entre los niños ingresados en el Hospital Pediátrico provincial "Pepe Portilla".

La investigación: Caracterización del estado nutricional de niños ingresados en el hospital pediátrico, Cienfuegos, Cuba (2009) ⁽¹¹⁾ **Objetivo:** Evaluar y clasificar nutricionalmente a los pacientes ingresados en el hospital. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional-descriptivo en el período de abril a junio 2007 en el Hospital Pediátrico Universitario Docente Paquito González Cueto de Cienfuegos. Los pacientes se distribuyeron según estado nutricional por normas cubanas en relación al indicador peso, talla, talla-edad y peso-edad, y escore Z y a través del puntaje Z según indicador peso talla se relacionaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia por municipio, servicios hospitalarios, factores de riesgos (anemia en el embarazo, bajo peso, prematuro, crecimiento intrauterino retardado o CIUR), enfermedad que originó el ingreso, abandono de lactancia materna antes de los seis meses de edad. **Resultados:** De un total de 387 pacientes el 40,2% presentaron algún grado de malnutrición tanto por exceso como por defecto. También se encontró que el 13,4% según peso talla están desnutridos y 15,2% delgados. Teniendo en cuenta el indicador talla-edad existió afectación en el 5,7% y con riesgo el 7,5% y en relación peso-edad se clasificaron 4,9% desnutridos y 8,3% delgados, se realiza clasificación en percentiles, desviación estándar, y escore Z. **Conclusión:** En los niños hospitalizados la malnutrición por defecto está presente en un número de pacientes no despreciable.

La investigación titulada: Estado nutricional en niños internados en Salas de Cuidados Mínimos. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Córdoba, Argentina (2009) ⁽¹²⁾ **Objetivo:** Describir el estado nutricional de niños menores de 6 años, en el momento de la hospitalización en las Salas de Cuidados Mínimos de un hospital de niños de tercera complejidad. **Material y Métodos:** Con una población constituida

por niños menores de 6 años internados en las Salas de Cuidados Mínimos del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, entre el 15 de octubre de 2003 y el 15 de enero de 2004, con cuadros médicos o quirúrgicos; agudos o potencialmente reversibles y crónicos. Para evaluar el estado de nutrición en los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión (n= 439) se utilizaron antropometría comparada con estándares nacionales de Argentina y métodos de laboratorio, efectuados en el momento del ingreso al hospital. Se calculó prevalencia de: a) desnutrición con P/E < P3 y criterios de Waterlow modificado, b) sobrepeso y obesidad por peso relativo, c) parámetros bioquímicos anormales. **Resultados.** La prevalencia de desnutrición según valores de P/E < al percentil 3, fue de 25,1% y según los criterios de Waterlow modificados, de 50,2%. De los pacientes desnutridos, 49,6% presentaron evolución aguda y 35,1% crónica; el 4,5% presentó desnutrición grave (60% con enfermedad crónica de base). Veintinueve (29) pacientes (9,1%) exhibieron sobrepeso u obesidad. Los valores de hemoglobina fueron bajos en 47,5% y los de albúmina en 3,1% de los pacientes. **Conclusiones.** Las prevalencias de desnutrición y anemia son altas entre los niños internados en el hospital. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad son bajas en este grupo de pacientes. Se requiere una evaluación y tratamiento nutricional más cuidadoso en los niños hospitalizados.

La investigación titulada: Evaluación del estado nutricional en pacientes pediátricos hospitalizados con infecciones respiratorias agudas, Bolívar, Venezuela, 2008⁽¹³⁾. **Objetivo:** Evaluar el estado nutricional de los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas, hospitalizados en los servicios de pediatría del hospital de los Seguros Sociales Menca De Leoni, San Félix, Edo Bolívar, durante el periodo Marzo – Junio del 2008. **Ambiente:** Los servicios de pediatría del hospital de los Seguros Sociales Menca de Leoni, San Félix, Estado Bolívar.

Material y Método: Estudio prospectivo, descriptivo, de campo, no experimental.

Resultados: Se evaluaron 192 casos, con edad media de 16,04 meses, una mediana de 9,00 meses y una desviación típica de 20,369 meses, los lactantes menores fueron los más afectados con 107 casos. El grado de instrucción materno predominante fue el nivel secundario en un 59,4%. Al evaluar el estado nutricional se encontró que en la relación peso/talla 41,7% están sobre la norma, y 46,4% dentro de lo normal. En la relación peso/edad 14,6% se encuentran sobre la norma, y 72,4% dentro de lo normal. En la relación talla/edad 59,9% se encuentran dentro de lo normal, y 16,1% presentan en desnutrición leve. Con respecto al índice de masa corporal 40,1% se encuentran sobre la norma, y 44,8% dentro lo normal. La enfermedad más frecuente fue la neumonía en un 57,8%. El diagnóstico asociado más frecuente fue el síndrome diarreico agudo. El 26% padecieron algún tipo de infección respiratoria y 27,6% estuvieron hospitalizados al menos una vez en los últimos dos años. El tratamiento más frecuente fue claritromicina, y la estancia hospitalaria más frecuente fue de 4 días. **Conclusiones:** Los niños más afectados son los lactantes menores. La instrucción materna influye sobre el estado nutricional de los pacientes. El parámetro antropométrico más afectado fue el índice de masa corporal, se observó más niños malnutridos por exceso que por déficit, los síntomas más frecuentes fueron la fiebre y la tos productiva. Los pacientes al menos una vez han presentado alguna infección respiratoria y un porcentaje significativo habían sido hospitalizados al menos una vez durante los últimos dos años. El tratamiento más utilizado fue la claritromicina y la estancia hospitalaria más frecuente fue 4 días.

La investigación titulada: Valoración antropométrica de los niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossel, Uruguay (2006) ⁽¹⁴⁾ **Objetivo:** conocer la prevalencia de desnutrición en niños hospitalizados y su relación con distintas

variables. **Material y métodos:** corte transversal, con única valoración realizada a los pacientes internados en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). Se midió peso y longitud/talla. Se calcularon los índices peso/edad (P/E), talla/edad (T/E), peso/talla (P/T) e índice de masa corporal (P/T²). Se consideró evidencia de desnutrición a la presencia de uno o más índices antropométricos por debajo de -2 Z. Se relacionó el estado nutricional con la edad, la duración de la internación, el medio socioeconómico y la presencia de enfermedad crónica previa. **Resultados:** 95% de todos los niños estaba por debajo de la línea de pobreza. Presentaron evidencia de desnutrición 34 niños (25,2%). Entre los menores de 2 años, 18,2% tenían un índice P/E afectado y 21,2% tenían talla baja. Entre los mayores de 2 años, 13% tenían un índice P/E afectado, 8,7% tenían talla baja. En el grupo de desnutridos la mayoría presentaban enfermedad crónica previa y la duración de la internación fue mayor. **Conclusión:** los niños internados en el HP-CHPR tienen altas cifras de desnutrición, corresponden a los estratos más bajos de la sociedad, los más afectados son los menores de 2 años, con enfermedad crónica previa y que requirieron internaciones más prolongadas. Se deberán diseñar estrategias para evitar la posible repercusión nutricional de la hospitalización e iniciar la recuperación de los que ya están desnutridos.

La investigación Titulada: Prevalencia de la desnutrición hospitalaria en Panamá (2003)⁽¹⁵⁾. Objetivo: Conocer la prevalencia de la desnutrición hospitalaria en nuestros países. Material y Métodos: Se evaluaron 700 pacientes en siete hospitales de cinco provincias, utilizando el método de Valoración Global Subjetiva para conocer el grado de desnutrición presente, la prevalencia de la desnutrición hospitalaria e identificar los factores de riesgo asociados. Resultados: Se encontró un 41.4% de desnutrición; 7.4% tenían desnutrición grave; hubo mayor desnutrición en los provenientes de áreas rurales. A mayor edad se encontró mayor

desnutrición. Presentaron mayor desnutrición: los pacientes con menor escolaridad, mayor tiempo de hospitalización y presencia de cáncer o infección. Conclusiones: 41.4% de los pacientes presentaron algún grado de desnutrición. Los factores asociados a la misma fueron: edad, infección, días de hospitalización, escolaridad y procedencia rural. Hubo muy poco interés por parte del equipo de salud tratante en el estado nutricional de los pacientes. Sólo el 30% de los pacientes desnutridos recibió algún tipo de terapia nutricional.

2.2 BASE TEORICA:

DINAMICA DEL ESTADO NUTRICIONAL: *Dinámica nutricional*, en la presente investigación es considerada como las variaciones o modificaciones del estado nutricional de los niños internados en el servicio de Pediatría. Estas modificaciones se apreciarán desde la admisión, estancia hospitalaria y egreso del paciente pediátrico.

ESTADO NUTRICIONAL: Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes⁽¹⁶⁾.

Es definido como la biodisponibilidad y utilización de nutrientes y energía a nivel celular. Así, la situación nutricional es normal cuando la oferta de nutrientes a través de la alimentación se corresponde con las necesidades metabólicas normales y sus variaciones (anabolismo/catabolismo), inducidas por sobrecargas fisiológicas, ocupacionales y patológicas. Esto conduce a dos alternativas posibles: a) si la disponibilidad de energía y nutrientes es inferior a las necesidades, tendremos como resultado el desarrollo de enfermedades carenciales / malnutrición por defecto; b) Si la oferta excede las exigencias biológicas, con valores superiores

a los niveles tolerables, tendremos como resultado el desarrollo de patologías por exceso nutricionales / mal nutrición por exceso⁽¹⁷⁾

Es la condición de la persona que resulta de la relación entre las necesidades nutricionales individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos

CRECIMIENTO:⁽²¹⁾

Se entiende por crecimiento un aumento progresivo de la masa corporal, tanto por el incremento del número de células como por su tamaño. El crecimiento conlleva un aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman; se expresa en kilogramos y se mide en centímetros.

El crecimiento es inseparable del desarrollo y, por lo tanto, ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. El crecimiento físico de cada persona está sujeto a diversos factores condicionantes: factor genético, nutrición, función endocrina, entorno psicosocial, estado general de salud y afectividad. Lo englobaremos en tres áreas: área del desarrollo físico, área adaptativa y área del desarrollo personal-social.

EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL CRECIMIENTO.⁽²²⁾

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se

asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional⁽¹⁸⁾.

La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.

A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia. El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño. El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

a. Crecimiento Adecuado:⁽²²⁾

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de Longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad(± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

b. Crecimiento Inadecuado:⁽²²⁾

Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a

las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

INDICADORES NUTRICIONALES EN EL NIÑO ⁽²³⁾

1. Anamnesis

La anamnesis es la acción previa a cualquier estudio clínico o psicosocial que trata de recoger todos los datos personales, hereditarios, familiares y del entorno del enfermo o de la persona con deficiencia, anteriores a la enfermedad o a la situación de deficiencia.

2. Exploración clínica

Siempre hay que inspeccionar al niño desnudo, porque es lo que más informa sobre la constitución. El sobrepeso y la obesidad son fácilmente detectables, pero no así la desnutrición. En niños mayores se debe valorar siempre el estadio de desarrollo puberal.

3. Antropometría

Las medidas, que se deben controlar periódicamente, incluyen: peso, talla, perímetro craneal y perímetro braquial, los indicadores más usados en niños son el peso para la talla y la altura para la talla, mientras el perímetro craneal se usa menos.

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil. .

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, el perímetro braquial y los pliegues cutáneos. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados índices. Los índices más utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el

peso para la talla (P/T). Se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los Valores de los Patrones de Referencia vigentes. ⁽²²⁾

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera riesgo Nutricional. ⁽²³⁾

PUNTOS DE CORTE DE NORMALIDAD ⁽²³⁾

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte.

Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

El estándar más empleado proviene de las tablas de crecimiento del NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos). Esta referencia es la empleada por la Organización Mundial de la Salud globalmente.

La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos que desnutrición aguda se define cuando el peso para la talla (P/T) es inferior a -2 DE de la mediana. En forma similar, retardo del crecimiento se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2DE de la mediana. Si a una serie de mediciones de la población de referencia se colocan en forma ordenada y los datos

peso para la talla (P/T). Se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los Valores de los Patrones de Referencia vigentes. ⁽²²⁾

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera riesgo Nutricional. ⁽²³⁾

PUNTOS DE CORTE DE NORMALIDAD ⁽²³⁾

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte.

Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

El estándar más empleado proviene de las tablas de crecimiento del NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos). Esta referencia es la empleada por la Organización Mundial de la Salud globalmente.

La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos que desnutrición aguda se define cuando el peso para la talla (P/T) es inferior a -2 DE de la mediana. En forma similar, retardo del crecimiento se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2DE de la mediana. Si a una serie de mediciones de la población de referencia se colocan en forma ordenada y los datos

se dividen en cien partes iguales, a cada uno de ellos se le denomina percentiles. El percentil 50 corresponde a la mediana. El percentil 3 está muy próximo a -2DE, y todo niño por debajo de este corte debería considerársele desnutrido.

4. Factores Condicionantes Del Estado Nutricional ⁽²²⁾

Factores Protectores

Modelos individuales o de relación tales como actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y conductas sanas y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

Factores De Riesgo.

Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

5. Datos de laboratorio ⁽²⁴⁾

Hemoglobina:

La hemoglobina es un pigmento que se encuentra en el estroma de los eritrocitos y es el encargado de transportar el oxígeno a todo el tejido corporal. Tiene la propiedad de formar con el oxígeno (oxihemoglobina) y con el anhídrido carbónico combinaciones fácilmente dissociables. También puede combinarse con el monóxido de carbono para formar la carboxihemoglobina. La molécula de hemoglobina (Hb) contiene 4 grupos HEM cada uno de ellos unido a una de las 4 cadenas de globina de la hemoglobina.

El hierro es necesario para la síntesis de la porción HEM de la hemoglobina. La hemoglobina contiene las dos terceras partes del hierro corporal total. La tensión de oxígeno existente en el medio, la temperatura y la concentración del CO₂, son algunos de los factores más importantes que afectan la disociación de la oxihemoglobina.

La hemoglobina también juega un papel importante en el mantenimiento de la forma de las células rojas de la sangre. En su forma natural, los glóbulos rojos son redondos con centros estrechos semejantes a una rosquilla sin agujero en el centro. Una estructura anormal, por lo tanto, puede afectar a la forma de las células rojas de la sangre e impiden su función y el flujo a través de los vasos sanguíneos. La hemoglobina se mide generalmente como parte del conteo sanguíneo completo (CSC) a partir de una muestra de sangre.

Existen varios métodos para medir la hemoglobina, la mayoría de las cuales se llevan a cabo actualmente por las máquinas automatizadas diseñadas para realizar varias pruebas de sangre. Dentro de la máquina, los glóbulos rojos se descomponen para obtener la concentración de hemoglobina en una solución. La hemoglobina libre está expuesta a una sustancia química que contiene cianuro que se une firmemente con la molécula de hemoglobina para formar cianometahemoglobina.

El nivel de hemoglobina se expresa como la cantidad de hemoglobina en gramos (g) por decilitro (dL) de sangre entera, un decilitro son 100 mililitros. Los valores normales de la hemoglobina son los siguientes:

Valores Normales De Hemoglobina	
Grupos de Edad	Hemoglobina (Gramos/100ml)
Niños RN	13.6 - 19.6
Niños de 1 año	11.3 - 13.0
Niños de 10 a 12 años	11.5 - 14.8
Mujeres Embarazadas	11.5 - 14.5
Hombres	13.0 - 16.0

Tabla 04 : INS Manual de Procedimiento de Laboratorio 1997

Ajustes de las concentraciones de hemoglobina medidas en función de la altitud sobre el nivel del mar		
Altitud sobre el nivel del mar	Factor de corrección hemoglobina (g/100ml)	Factor de corrección hematocrito (%)
<1000	0	0
1000	0,2	0,5
1500	0,5	1,5
2000	0,8	2,5
2500	1,3	4,0
3000	1,9	6,0
3500	2,7	8,5
4000	3,5	11,0
4500	4,5	14,0

Tabla 05: Fuente: INS Manual de Procedimiento de Laboratorio 1997

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO HOSPITALIZADO : (25)

La dieta que recibe el niño hospitalizado se presenta en tres formas dependiendo del proceso de evolución estas son: líquida, semi-blanda y blanda.

Dieta Líquida: Dieta compuesta por líquidos, normalmente no aporta los nutrientes necesarios, pueden suplantarse con aporte parenteral o complementos dietéticos. Alimentación oral después de una etapa de ayuno. 1ª fase post-operatoria. En algunos casos de disfagia o patologías de la cavidad bucal que no tolera la alimentación.

Dieta Semi-Blanda: Dieta compuesta por alimentos de consistencia líquida y pastosa. Dieta de transición entre la dieta líquida y la dieta blanda en post-operatorios. En casos de disfagias o patologías de la cavidad bucal.

Consistencia:

Líquida y pastosa: Sopas, purés, cremas, pescado y pollo hervido o al horno, compotas, flan, natillas.

Dieta Blanda: Dieta de fácil digestión. Intolerancia a la dieta normal. Última fase, antes de pasar a la dieta normal en el post-operatorio.

Características:

- Bajo contenido en grasas.
- Bajo contenido en fibra.
- Dieta de fácil digestión.

Alimentos:

GRUPO	PERMITIDOS	A EVITAR
LACTEOS Y DERIVADOS	Leche desnatada, Queso blanco, Yogurt	Quesos fermentados, Quesos grasos, Quesos Fundidos
CARNES	Carne magra: Ternera picada, Pollo sin piel, Conejo.	Carne grasa: Cerdo, Vísceras, Charcutería
PESCADOS	Pescado blanco	Todos (excepto los indicados)
HUEVOS	Huevos duros, Tortilla	Huevos fritos
CEREALES Y FÉCULAS	Arroz, Pasta, Pan, Patatas	Prod. Pastelería, Legumbres, Cereales integrales
VERDURAS Y HORTALIZAS	Judías Verdes, Zanahoria, Calabaza	Verduras flatulentas, Verduras crudas
FRUTAS	Zumo de fruta, Fruta cocida, Compotas, Frutas al horno, Plátano maduro, Fruta en almíbar, Fruta fresca según tolerancia	Fruta cítrica, Aguacate, Coco, Frutos secos
ACEITES Y GRASAS	Margarina, Aceite vegetal, Mantequilla	Manteca de cerdo, Nata, Mahonesa
BEBIDAS	Agua sin gas, infusiones	Todos (excepto los indicados)
VARIOS	Azúcar, Miel, Flan, Natillas, Mermelada	Chocolate

Tabla N°:06 Fuente: Manual Nutricional en el Niño Hospitalizado.

Frecuencia en la Alimentación:

DESAYUNO	MERIENDA	COMIDA	MERIENDA	CENA
200cc Leche	200cc Zumo de fruta	30g Arroz o 30g pasta 300g Papas		30g Pasta o 30g Arroz 150g de papas
10g Azúcar	40g Galletas	120g Carne magra o 150g Pescado o 2 Huevos	200cc Caldo vegetal desgrasado	200g Verdura o Ensalada
60g Pan blanco	200cc Leche 10g Azúcar	60g Pan blanco		120g Carne magra o 150g Pescado o 2 Huevos
15g Margarina o mantequilla		130g Fruta cocida o 1 Yogur o 1 Flan		60g Pan Blanco
20g Mermelada				130g Fruta cocida o 1 Yogur o 1 Flan

Tabla N°:06 Fuente: Manual Nutricional en el Niño Hospitalizado.

DESNUTRICION HOSPITALARIA: ⁽²⁵⁾

La desnutrición hospitalaria constituye un importante problema de salud tanto en países desarrollados como en subdesarrollados. La derogación de importantes cifras monetarias en el tratamiento de los niños ingresados al servicio de pediatría pudiera ser disminuida si se prestara mayor atención por el personal directivo y médico a los cuidados nutricionales. En el presente estudio se hace un análisis de la epidemiología de la desnutrición hospitalaria exponiéndose a través de los resultados de los estudios pioneros de la desnutrición en hospitales

pediátricos. Los autores concluyen que la desnutrición hospitalaria puede variar en cuanto a su incidencia de acuerdo a la complejidad de las patologías que en el mismo se atienden y que los Grupos de Apoyo Nutricional y/o las Unidades de Nutrición Enteral Pediátricas adjuntas a dichos grupos las pueden incidir de forma positiva en Disminución en el impacto de la desnutrición hospitalaria.

2.3 VARIBALE DE INTERES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Dinámica del estado nutricional en niños de 1 -3 años de edad internados en el servicio de pediatría
- Estado nutricional al ingreso:
 - Normal
 - Sobrepeso
 - Bajo peso
- Estrado nutricional al egreso
 - Normal
 - Sobrepeso
 - Bajo peso

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Grado instrucción de la madre.
- Estancia hospitalaria.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 ENFOQUE: Cuantitativo.

3.2 TIPO DE ESTUDIO: Aplicativo

3.3 NIVEL O ALCANCE DE INVESTIGACION: Descriptivo.

3.4 DISEÑO O METODO:

- Conforme a la recolección de los datos pertenece, al tipo prospectivo.
- Conforme a la evolución del fenómeno abordado, pertenece al tipo longitudinal.
- Conforme a la manipulación de variables pertenece al tipo de investigación no experimental, descriptivo y parcialmente explicativo.
- Conforme a la comparación de poblaciones, pertenece al tipo comparativo.

3.5 SEDE O AREA DE ESTUDIO: Servicio de Pediatría del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, que se encuentra situado aproximadamente a 600 mts, lado norte de la Plaza Mayor de la ciudad de Ayacucho. La ciudad de Ayacucho se encuentra situado en la Sierra Centro Sur del Perú, aproximadamente a 2746 m.s.n.m.

3.6 POBLACION: El Universo estuvo constituido por todos los niños de 1 -3 años de edad internados en el servicio de Pediatría del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, durante los meses de Abril - mayo del 2013.

Criterios de inclusión.

- Se incluirá a todos los niños internados en el servicio de pediatría de 1 -3 años de edad.
- Los niños con consentimiento informado de los padres.

Criterios de exclusión.

- Los niños sin consentimiento informado de sus padres.
- Niños con nutrición parenteral.
- Los niños internados en el servicio de pediatría mayores 3 años de edad

3.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA: La muestra estará constituido por 50 niños.

3.8 TIPO DE MUESTREO: No probabilística intencional.

3.9 TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS: La técnica que se utilizó para la recopilación de información fue:

- Para evaluar la dinámica nutricional, se utilizó la antropometría, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años			
Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición.	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Tabla 02: Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006)

Para describir aspectos biológicos y sociales se ha utilizado una ficha de cotejo para extraer aspectos fundamentales de la Historia Clínica.

3.10 PLAN DE RECOLECCION: Previa gestión de la Facultad de Enfermería, se solicitó la autorización de la oficina de Capacitación del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, a fin de que brinde las facilidades del caso.

La aplicación del instrumento se realizó en tres momentos:

- Primero: Se identificó la población de niños de 1 -3 años de edad internados en el servicio de pediatría durante los meses de agosto –setiembre del 2013.
- Segundo: Se localizó a los padres de los niños hospitalizados para obtener el consentimiento informado.
- Tercero: Se realizó las mediciones antropométricas siguiendo los procedimientos según las normas establecidas que permitan identificar el estado nutricional de los niños atendidos en el servicio de pediatría.

3.11 PLAN DE PROCESAMIENTO: Una vez recolectado los datos se procedió a realizar con el control de calidad de los instrumentos, luego se realizó con la confección del libro de códigos y con ello la base de datos en el software de Excel y SPSS. Procesada la información, los resultados se presentaron en cuadros simples, de doble y triple entrada; a partir de ello se realizó la interpretación y análisis de los resultados, utilizándose pruebas estadísticas como la Chi cuadrado, T de Student.

CAPITULO IV
RESULTADOS

TABLA N° 01

DINÁMICA NUTRICIONAL, SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS (AS) DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

ESTADO NUTRICIONAL	INGRESO		ESTANCIA		EGRESO	
	N°	%	N°	%	N°	%
DESNUT. AGUDA	13	26,0	16	32,0	18	36,0
NORMAL	33	66,0	31	62,0	29	58,0
SOBREPESO	4	8,0	3	6,0	3	6,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0	50	100,0

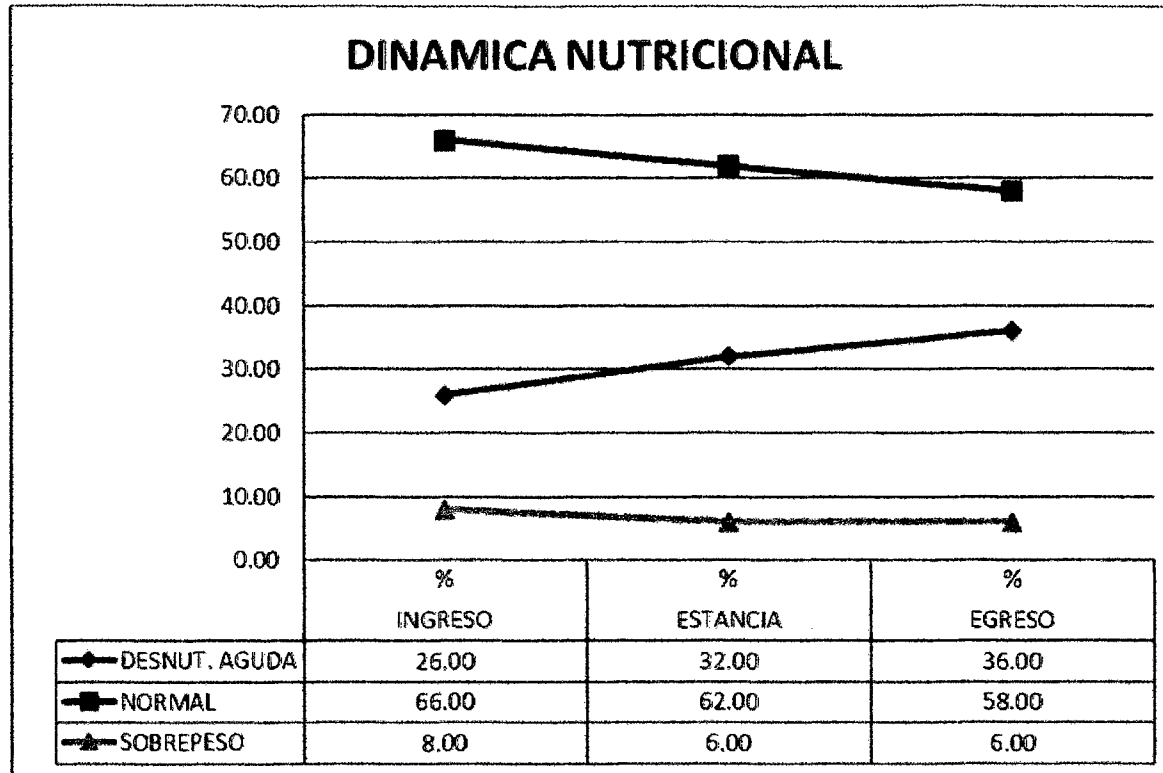
Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

	Valor ingreso	gl	P		Valor estancia	gl	P		Valor Egreso	gl	P
X ²	6,247 ^a	3	0,100	X ²	4,134 ^a	3	0,272	X ²	2,863 ^a	3	0,413

En la tabla N° 1 se evidencia la dinámica del estado nutricional del peso para la edad en el ingreso, estancia y egreso, con respecto al 100% de los niños(as) evaluados, el 66% al ingreso presento un buen estado nutricional, en la estancia disminuyo a un 62% y al egreso a un 58%, mientras que en la desnutrición al ingreso alcanzó el 26% incrementándose a un 32% en la estancia, asimismo a un 36% en el egreso; mientras el sobrepeso fue de un 8% al ingreso reduciéndose a un 6% en la estancia y manteniéndose así en el egreso. Aplicando la prueba de Chí cuadrado, el estado nutricional (P/T) es independiente al ingreso, estancia y egreso hospitalario (p>0-05)

GRAFICO N° 01

DINÁMICA NUTRICIONAL, SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS (AS) DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 02

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS (AS) DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013

ESTADO NUTRICIONAL	EN EL INGRESO				TOTAL		EN EL EGRESO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO				MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DESNUT AGUDA	11	22,0	2	4,0	13	26,0	12	24,0	6	12,0	18	36,0
NORMAL	18	36,0	15	30,0	33	66,0	18	36,0	11	22,0	29	58,0
SOBREPESO	4	8,0	0	0,0	4	8,0	3	6,0	0	0,0	3	6,0
TOTAL	33	66,0	17	34,0	50	100,0	33	66,0	17	34,0	50	100,0

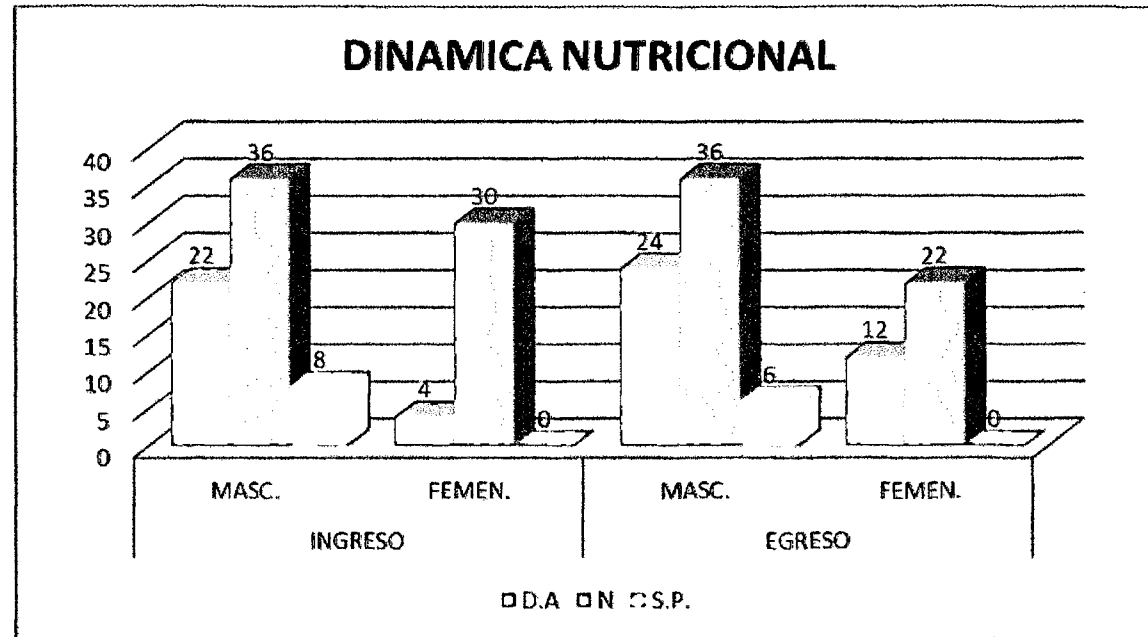
Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

X ²	Valor ingreso	gl	P	X ²	Valor Egreso	gl	P
	6,247 ^a	3	0,100		2,863 ^a	3	0,413

En la tabla N° 02 se evidencia la dinámica del estado nutricional del peso para la talla conforme al sexo, con respecto a los niños con buen estado nutricional al ingreso representaba el 36% y al egreso permaneció con el mismo porcentajes, mientras en las niñas, de un 30% se redujo a un 22%, en relación a la desnutrición en niños al ingreso alcanzó el 22% incrementándose a un 24%, mientras en las niñas de un 4% se incrementó a un 12%. Mientras el sobrepeso se hace evidente solo en los niños alcanzando un 8% al ingreso y reduciéndose a un 6%. En general la mayor variación de la desnutrición se evidencia en niñas. Por lo demás no existe asociación estadística entre el sexo y el estado nutricional ($p > 0.05$).

GRAFICO N° 02

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS (AS) DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 03

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA EDAD, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013

EDAD	ESTADO NUTRICIONAL (P/E)											
	INGRESO						EGRESO				TOTAL	
	DESNUTRICIÓN		NORMAL		SOBREP.		DESNUTRICIÓN		NORMAL			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
12 - 23 m	12	24.0	14	28.0	0	0.0	13	26.0	13	26.0	26	52.0
24 - 35 m	6	12.0	7	14.0	0	0.0	7	14.0	6	12.0	13	26.0
36 - 47 m	6	12.0	4	8.0	1	2.0	7	14.0	4	8.0	11	22.0
TOTAL	24	48.0	25	50.0	1	2.0	27	54.0	23	46.0	50	100.0

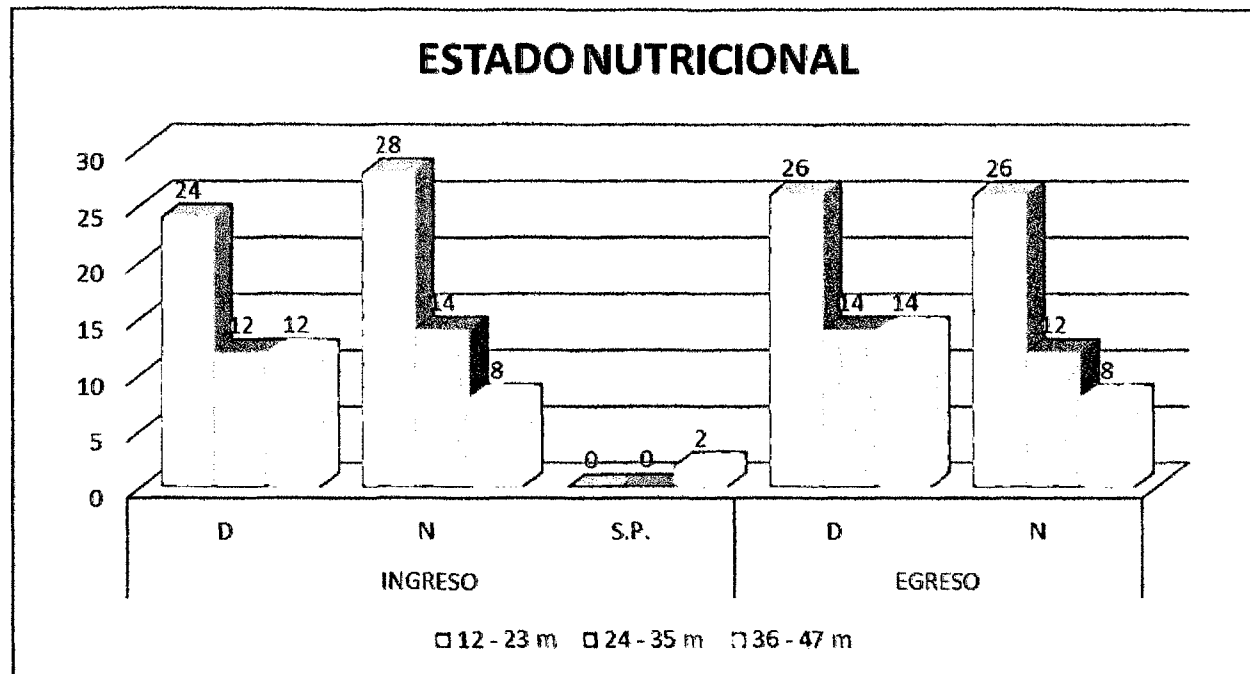
Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

VALOR DE CHÍ CUADRADO AL INGRESO				VALOR DE CHÍ CUADRADO AL EGRESO			
	Valor	gl	P		Valor	gl	P
X ²	4,196 ^a	4	0,380	X ²	0,579 ^a	2	0,749

En la tabla N° 03 se observa la dinámica del estado nutricional según el peso para la edad, durante la estancia hospitalaria, estableciéndose que al ingreso de la hospitalización la desnutrición global alcanza el 48%, incrementándose al 54% durante el egreso hospitalario, en relación a los niños(as) con buen estado nutricional del 50% se reduce al 46%, asimismo el sobrepeso que al ingreso alcanzó el 2% al egreso desaparece. Los mayores porcentajes de desnutrición global se hace evidente en los niños de 12 a 23 meses, estableciéndose al ingreso 24% y elevándose al 26% al egreso; aplicando la prueba de Chí cuadrado, el estado nutricional (P/E) es independiente a la edad de los niños(as) durante el ingreso y egreso hospitalario ($p > 0.05$)

GRAFICO N° 03

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA EDAD, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 04

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013.

EDAD	DESNUTRICIÓN (P/T) AL INGRESO						DESNUTRICIÓN (P/T) AL EGRESO						TOTAL	
	DESN. AGUDA		NORMAL		SOBREP.		DESNUT. AGUDA		NORMAL		SOBREP.		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
12-23 MESES	6	12,0	17	34,0	3	6,0	8	16,0	16	32,0	2	4,0	26	52,0
24-35 MESES	4	8,0	9	18,0	0	0,0	7	14,0	6	12,0	0	0,0	13	26,0
36-47 MESES	3	6,0	7	14,0	1	2,0	3	6,0	7	14,0	1	2,0	11	22,0
TOTAL	13	26,0	33	66,0	4	8,0	18	36,0	29	58,0	3	6,0	50	100,0

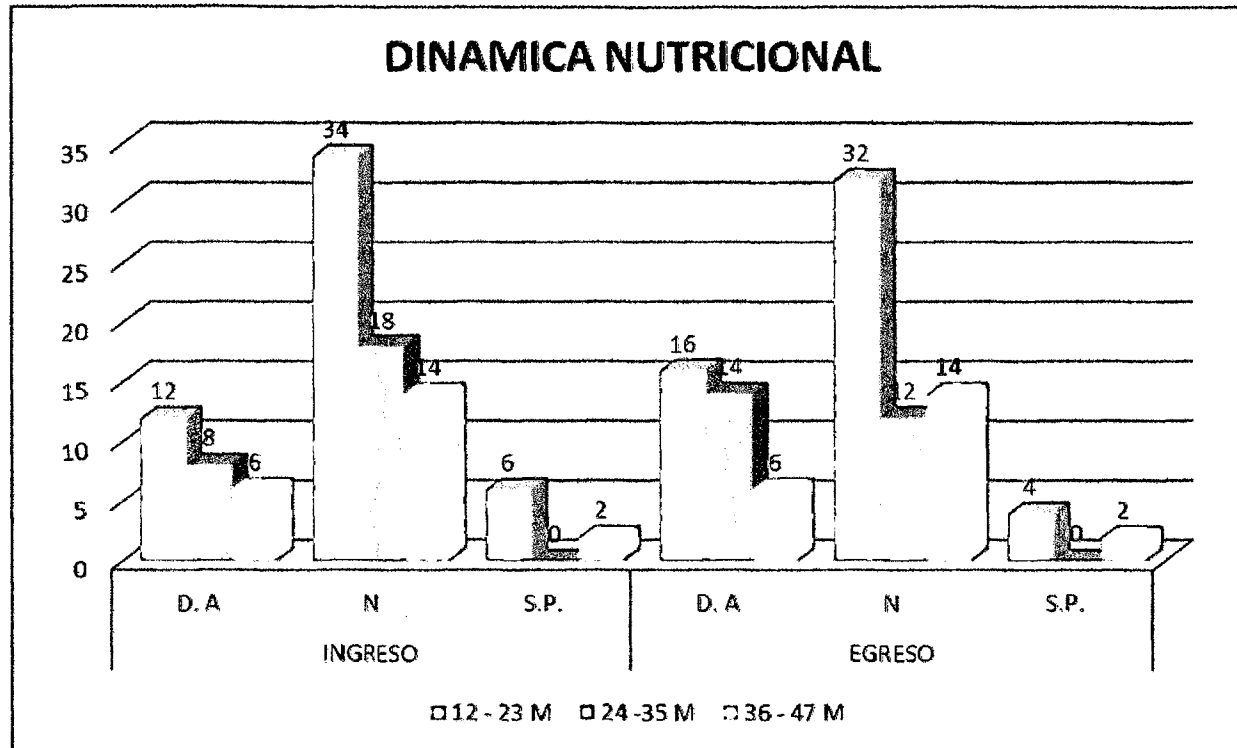
Fuente: Ficha de cotejo y entrevista realizada en el servicio de Pediatría.

VALOR DE CHÍ CUADRADO AL INGRESO				VALOR DE CHÍ CUADRADO AL EGRESO			
X ²	Valor	gl	P	X ²	Valor	gl	P

Del 100 % de niños evaluados según el P/T, el 52% están entre los 12-23 meses de edad, el 26% se encuentra entre los 24 a 35 meses, mientras el 22% se halla entre los 36 a 47 meses. En relación a la dinámica del estado nutricional conforme al peso para la talla, se evidencia que del 66% que se encuentra con un estado nutricional normal al ingreso, durante el egreso se reduce a un 58%, la desnutrición aguda del 26% se incrementa al 36%, en relación al sobrepeso se reduce de 8% a 6%. Los mayores porcentajes de desnutrición aguda se hace evidente en los niños de 12 a 23 meses, estableciéndose al ingreso 12% y elevándose al 16% al egreso; aplicando la prueba de chí cuadrado, el estado nutricional (P/T) es independiente a la edad de los niños(as) durante el ingreso y egreso hospitalario ($p > 0,05$)

GRAFICO N° 04

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013.



Fuente: Ficha de cotejo y entrevista realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 05

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, CONFORME A LA ESTANCIA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

ESTANCIA	ESTADO NUTRIC. (P/T) AL INGRESO						ESTADO NUTRIC. (P/T) AL EGRESO						TOTAL	
	DESNUT. AGUDA		NORMAL		SOBREP		DESNUT. AGUDA		NORMAL		SOBREP.			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
01-04 DIAS	10	20,0	26	52,0	4	8,0	12	24,0	25	50,0	3	6,0	40	80,0
05-08 DIAS	2	4,0	6	12,0	0	0,0	5	10,0	3	6,0	0	0,0	8	16,0
09-12 DIAS	1	2,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	2	4,0
TOTAL	11	26,0	33	66,0	4	8,0	18	36,0	29	58,0	3	6,0	50	100,0

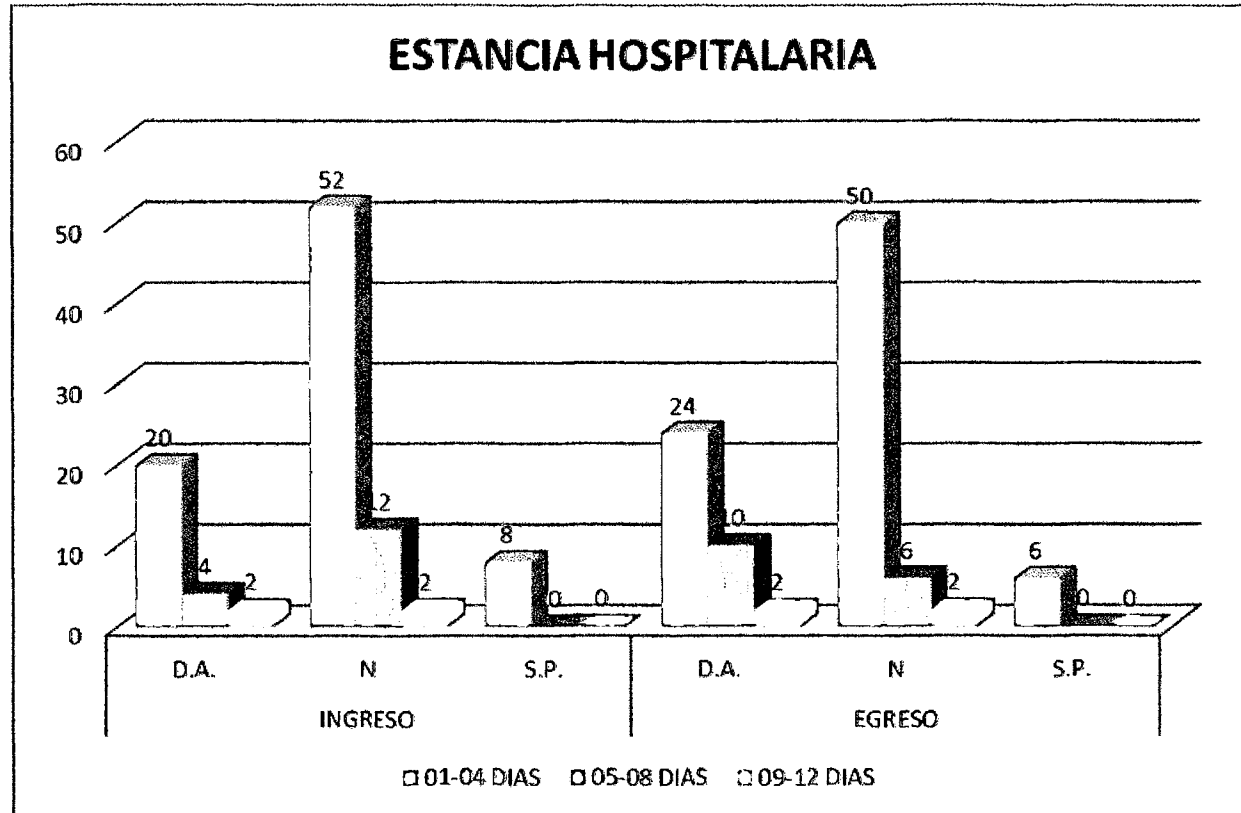
Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

X ²	Valor Ingreso	gl	P	X ²	Valor egreso	gl	P
		12,784 ^a	6		0,047		15,835 ^a

En la tabla N° 05, se evidencia la dinámica del estado nutricional en relación al tiempo de estancia de los niños(as), observándose que el mayor porcentaje que representa el 80% tuvo una estancia de 01 a 04 días, seguido de un 16% con una estancia entre 05 a 08 días y un 04% tuvo una estancia entre 09 a 12 días. Con respecto a la variación de la desnutrición se observa que en los niños(as) con estancia hospitalaria entre de 01 a 04 días la desnutrición aguda se incrementa de 20% al 24%, en la estancia entre 05 a 08 días se incrementa de 04% al 10%, a su vez, de manera global el buen estado nutricional se reduce de un 66% a un 58%; el sobrepeso de un 08% a un 06%. En general está determinado que la estancia hospitalaria se relaciona significativamente con la dinámica nutricional negativa (P<0.05).

GRAFICO N° 05

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, CONFORME A LA ESTANCIA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 06

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, CONFORME A LA CAUSA DE INTERNAMIENTO, EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013

PATOLOGIAS	ESTADO NUTRIC. (P/T) AL INGRESO						ESTADO NUTRIC. (P/T) AL EGRESO						TOTAL	
	DESNUT. AGUDA		NORMAL		SOBREP.		DESNUT. AGUDA		NORMAL		SOBREP.			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AFECCIONES RESPIRATORIAS	3	6,0	13	26,0	1	2,0	6	12,0	10	20,0	1	2,0	17	34,0
ALTER. CARDIO VASCULARES	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0
AFECCIONES DIGESTIVAS	6	12,0	5	10,0	3	6,0	7	14,0	5	10,0	2	4,0	14	28,0
ALTERACIONES TEGUMENTOS	0	0,0	6	12,0	0	0,0	0	0,0	6	12,0	0	0,0	6	12,0
AFECCIONES RENALES	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0
SEPTIEMIA	1	2,0	5	10,0	0	0,0	2	4,0	4	8,0	0	0,0	6	12,0
OTROS	3	6,0	2	4,0	0	0,0	3	6,0	2	4,0	0	0,0	5	10,0
TOTAL	13	26,0	33	66,0	4	8,0	18	36,0	29	58,0	3	6,0	50	100,0

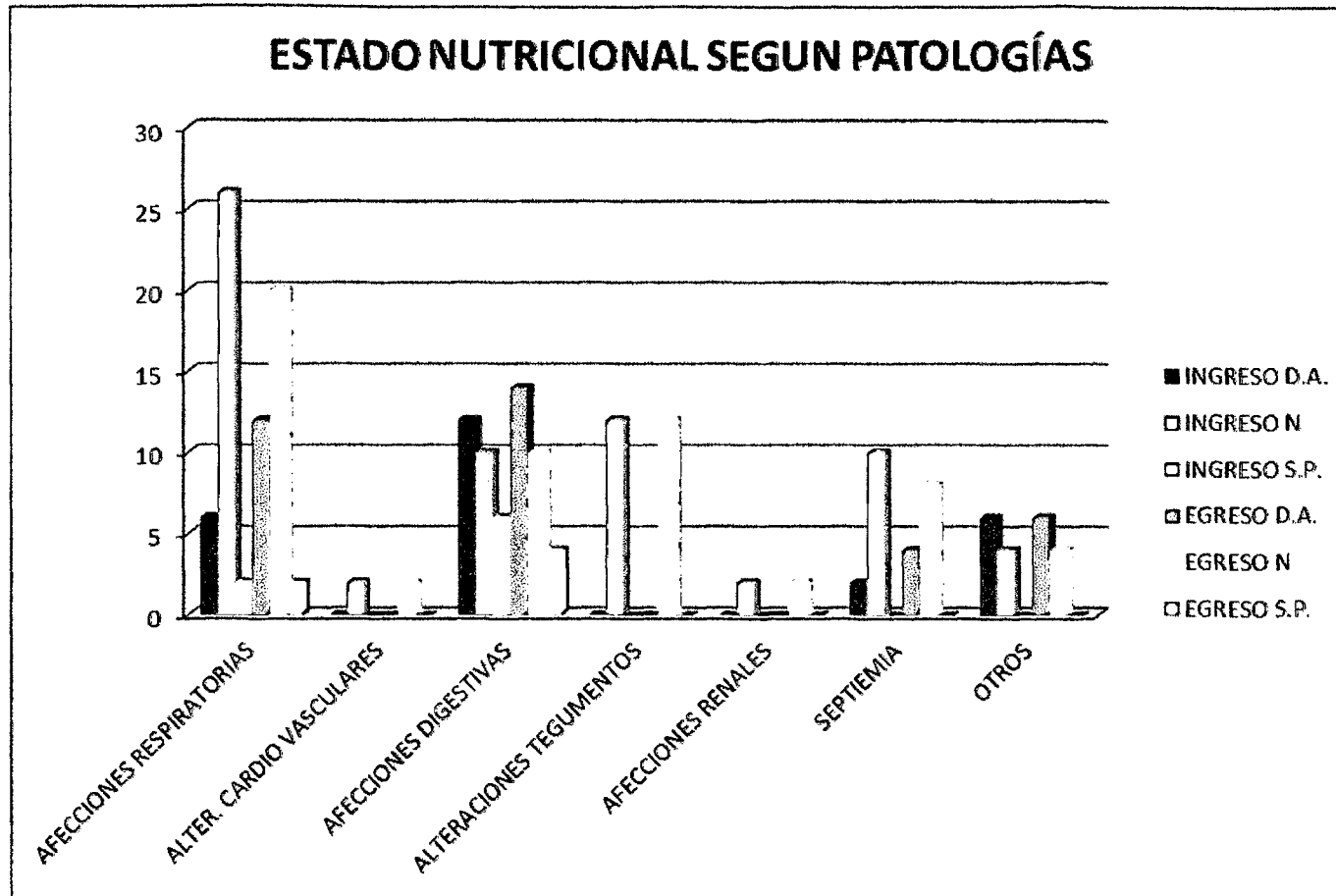
Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

	Valor	gl	P		Valor	gl	P
χ^2	17,888 ^a	18	0,463	χ^2	14,756 ^a	18	0,679

En la tabla N° 06, se aprecia la dinámica del estado nutricional conforme a la causa del internamiento, estableciéndose que la mayor variación de la desnutrición se produjo en los niños(as) con afecciones respiratorias, incrementándose de un 6% a un 12%, seguido de las afecciones digestivas de un 12% se incrementó a un 14%, mientras en la septicemia se incrementó de un 2% al 4%; mientras que el buen estado nutricional en los niños(as) con afecciones respiratorias disminuye de un 26% a un 20%, seguido de la septicemia que disminuye de un 10% a un 8% y el sobrepeso de redujo de un 8% a un 06%. Por lo demás el estado nutricional es independiente al tipo de enfermedad que causa la hospitalización en niños y niñas ($P>0.05$).

GRAFICO N° 06

DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, CONFORME A LA CAUSA DE INTERNAMIENTO, EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 07

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE, CONFORME A LA DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	ESTADO NUTRICIONAL (P/T)													
	INGRESO						EGRESO						TOTAL	
	DESNUT. AGUDA		NORMAL		SOBREP.		DESNUT. AGUDA		NORMAL		SOBREP.		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
PRIMARIA	4	8.0	6	12.0	0	0.0	4	8.0	6	12.0	0	0.0	10	20.0
SECUNDARIA	5	10.0	20	40.0	1	2.0	9	18.0	16	32.0	1	2.0	26	52.0
SUPERIOR	4	8.0	7	14.0	3	6.0	5	10.0	7	14.0	2	4.0	14	28.0
TOTAL	13	26.0	33	66.0	4	8.0	18	36.0	29	58.0	3	6.0	50	100.0

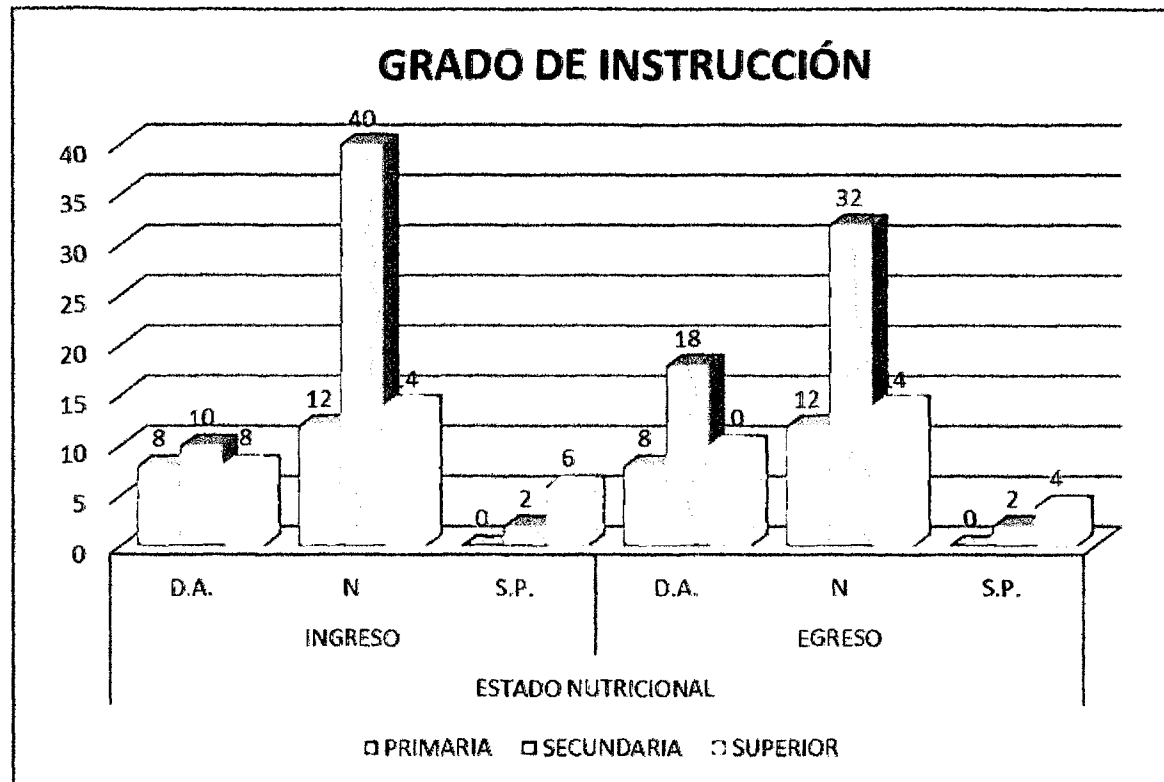
Fuente: Ficha de cotejo y entrevista realizada en el servicio de Pediatría.

	Valor ingreso	gl	P		Valor Egreso	gl	P
χ^2	10,471 ^a	6	0,106	χ^2	4,936 ^a	6	0,552

Del 100 % de las madres de los niños evaluados en el servicio de pediatría, el 52% que representa el mayor porcentaje, tiene estudios secundarios o concluyó, el 28% de madres cursa estudios superiores o concluyó, el 20% cursa estudios primarios o concluyó. Con respecto a la dinámica del estado nutricional, la desnutrición aguda se presentó una mayor variación porcentual al ingreso en los niños(as) de madres con grado de instrucción secundaria llegando de un 10% al ingreso a un 18% al egreso, mientras en los niños(as) de madres con grado de instrucción superior la desnutrición aguda varió del 8% al 10%; mientras el sobrepeso de manera global se redujo en un 02%. Por lo demás no existe asociación estadística entre el grado de instrucción de las madres y la dinámica nutricional durante la estancia hospitalaria ($P > 0.05$)

GRAFICO N° 07

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE, CONFORME A LA DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo y entrevista realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 08

PROCEDENCIA, CONFORME A LA DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

PROCEDENCIA	ESTADO NUTRICIONAL (P/T) AL INGRESO						ESTADO NUTRICIONAL (P/T) AL EGRESO						Total	
	DESNT, AGUDA		NORMAL		SOBREP.		DESNUT. AGUDA		NORMAL		SOBREP.			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
URBANO	5	10,0	23	46,0	2	4,0	8	16,0	21	42,0	1	2,0	30	60,0
PERIURBANO	3	6,0	5	10,0	0	0,0	6	12,0	2	,0	0	0,0	8	16,0
RURAL	5	10,0	5	10,0	2	4,0	4	8,0	6	12,0	2	4,0	12	24,0
TOTAL	13	26,0	33	66,0	4	8,0	18	36,0	29	58,0	3	6,0	50	100,0

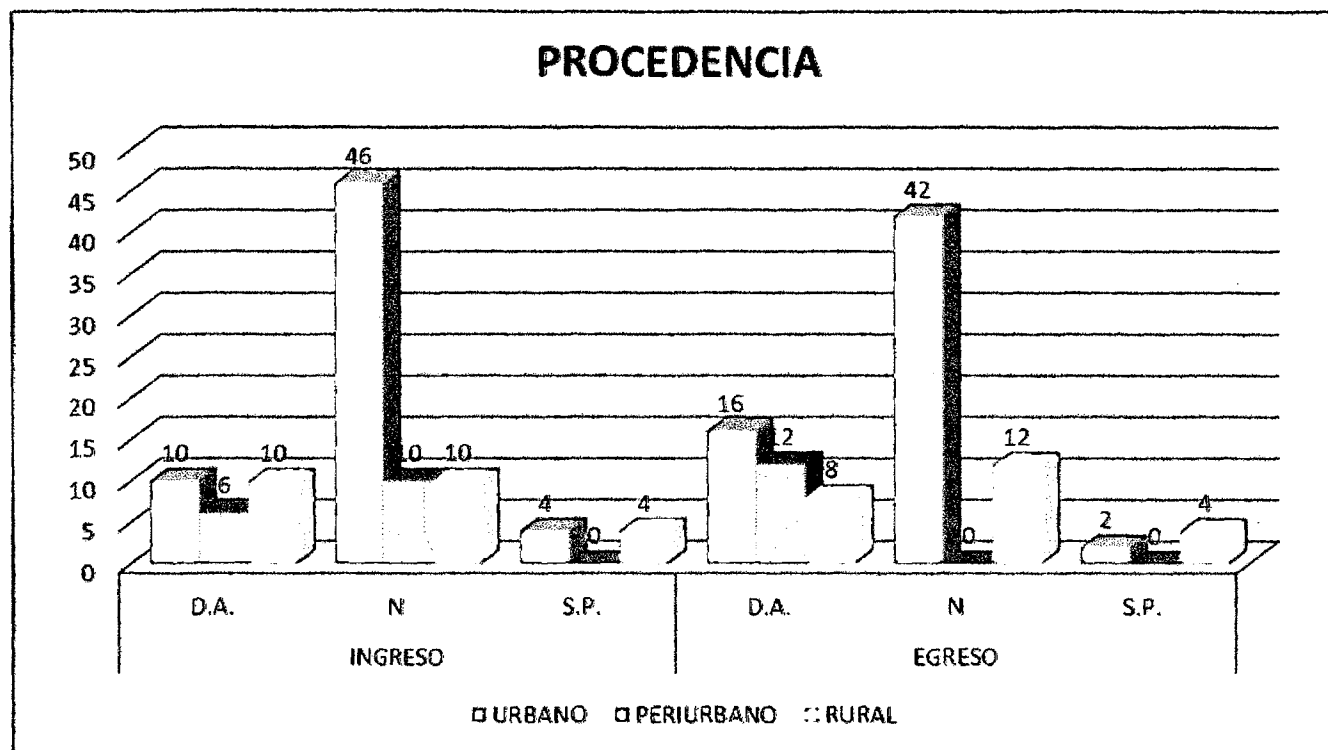
Fuente: Ficha de cotejo y entrevista realizada en el servicio de Pediatría.

X ²	Valor ingreso	gl	P	X ²	Valor egreso	gl	P
	6,957 ^a	6	0,325		11,918 ^a	6	0,064

En la tabla N° 08 se evidencia la dinámica del estado nutricional según peso para la talla, en relación a la procedencia de los niños(as) hospitalizados, estableciéndose que el 60% procede de la zona urbana, el 24% de la zona rural y el 16% de la zona periurbana, la mayor variación de la desnutrición aguda corresponde a la zona urbana llegando de un 10% al 16%, mientras en la zona periurbana la variación fue del 6% al 12%, mientras en la zona rural del 10% se redujo al 08%. Con respecto al sobrepeso la variación global de un 8% se reduce a un 6%. En general no existe asociación entre la procedencia y la dinámica del estado nutricional durante la estancia hospitalaria (p>0.05).

GRAFICO N° 08

PROCEDENCIA, CONFORME A LA DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA TALLA, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo y entrevista realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 09

PROCEDENCIA, CONFORME A LA DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA EDAD, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

PROCEDENCIA	ESTADO NUTRICIONAL (P/E)										TOTAL	
	INGRESO						EGRESO					
	DESNUTRICIÓN		NORMAL		SOBREP.		DESNUTRICIÓN		NORMAL			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
URBANO	16	32.0	14	28.0	0	0.0	17	34.0	13	26.0	30	60.0
PERIURBANO	4	8.0	3	6.0	1	2.0	5	10.0	3	6.0	8	16.0
RURAL	4	8.0	8	16.0	0	0.0	5	10.0	7	14.0	12	24.0
TOTAL	24	48.0	25	50.0	1	2.0	27	54.0	23	46.0	50	100.0

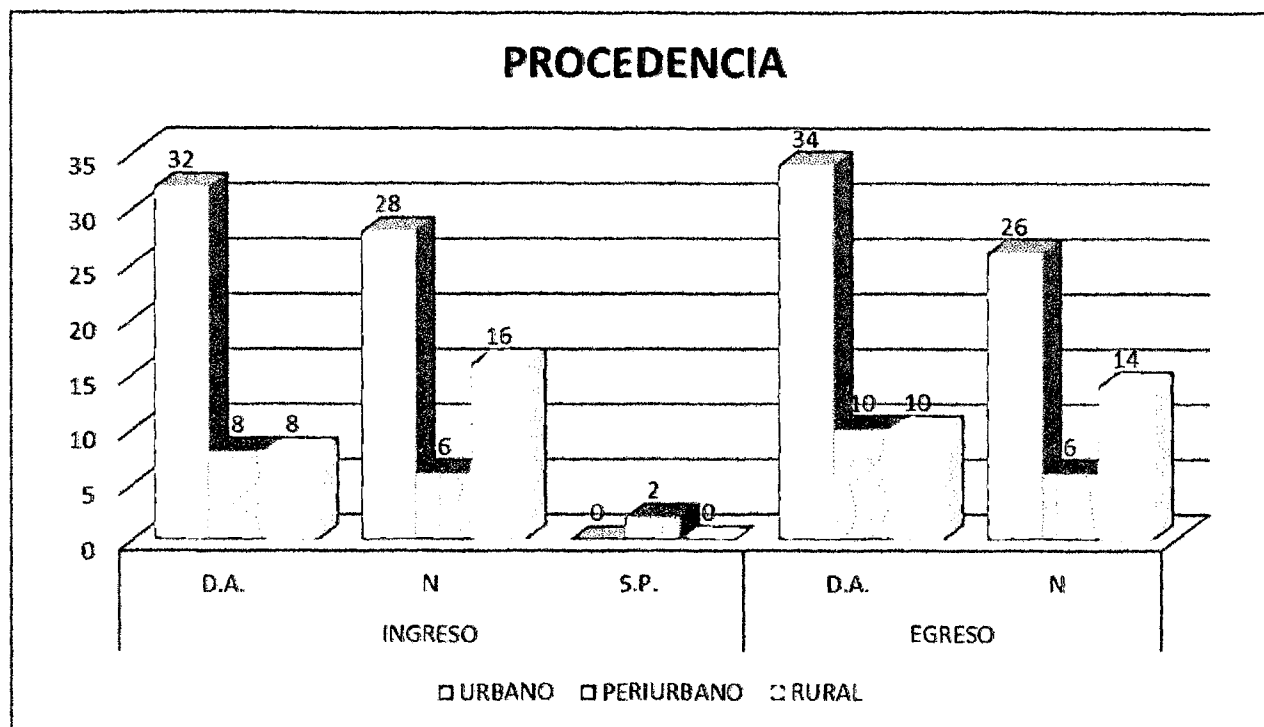
Fuente: Ficha de cotejo y entrevista realizada en el servicio de Pediatría.

X ²	Valor	gl	P	X ²	Valor	gl	P
	6,956 ^a	4	0,138		1,053 ^a	2	0,591

En la tabla N° 09 se observa la dinámica del estado nutricional conforme al peso para la edad según la procedencia, determinándose que en la zona urbana la variación porcentual abarca de un 32% al 34% durante el egreso hospitalario; en la zona rural y periurbana la variación porcentual alcanza del 08% al 10%. De manera global el estado nutricional normal se reduce en un 04%, mientras el sobrepeso desaparece al final de la estancia hospitalaria. Por lo demás la dinámica del estado nutricional de peso para la edad, no se relaciona con la procedencia de los niños(as) hospitalizadas ($P > 0.0\%$).

GRAFICO N° 09

PROCEDENCIA, CONFORME A LA DINÁMICA NUTRICIONAL SEGÚN PESO PARA LA EDAD, EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo y entrevista realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 10

TENDENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL CONFORME AL SEXO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS, EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

SEXO	TENDENCIA				TOTAL	
	BUENO		MALO			
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	2	4.0	31	62.0	33	66.0
FEMENINO	3	6.0	14	28.0	17	34.0
TOTAL	5	10.0	45	90.0	50	100.0

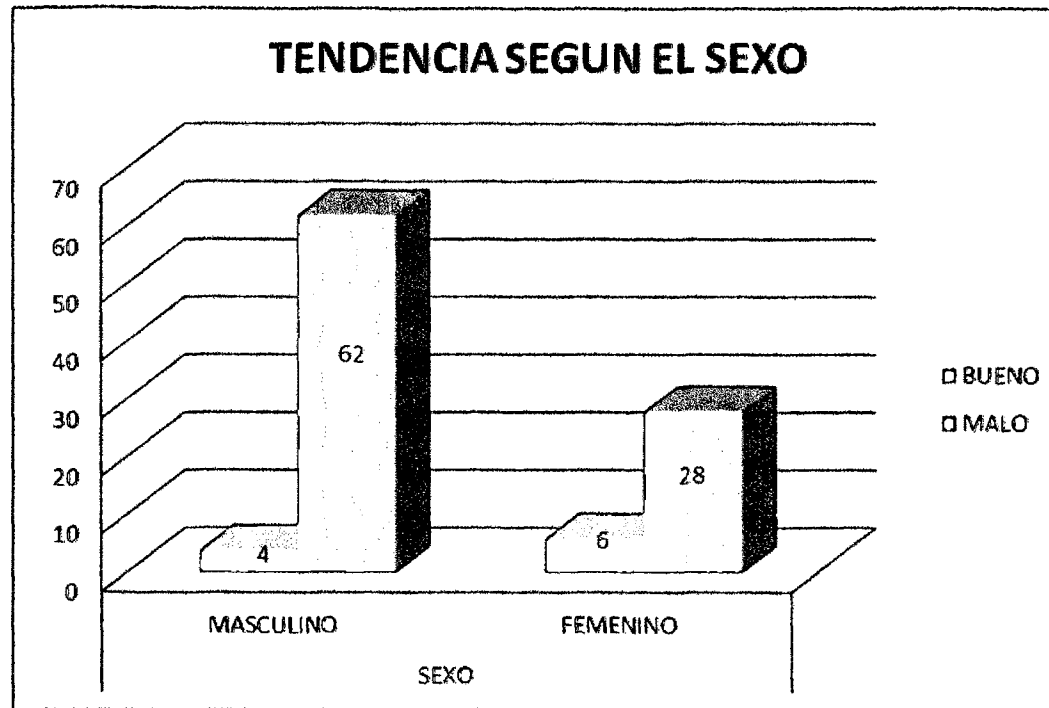
Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

	Valor	gl	P
χ^2	1,674a	1	0,196

En la tabla N° 10 se observa la tendencia del estado nutricional, de los niños y niñas hospitalizadas en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho, determinándose que el 90% del total de la población, presenta una tendencia inadecuada al egreso hospitalario, es decir el peso en relación a talla con respecto al ingreso del servicio se mantiene igual o ha disminuido, de los cuales el 62% pertenece al sexo masculino y un 28% pertenece al sexo femenino; y solo el 10% del total de niños y niñas que representa el menor porcentaje presentan una tendencia buena al final de la estancia hospitalaria, de los cuales 06% representa al sexo femenino y un 04% a sexo masculino. Por lo demás la tendencia del estado nutricional es independiente al sexo de los niños y niñas ($P > 0.0\%$).

GRAFICO N° 10

TENDENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL CONFORME AL SEXO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS, EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

TABLA N° 11

TENDENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL CONFORME A LA EDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS, EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

EDAD	TIPO DE DESNUTRICIÓN (T/E)				TOTAL	
	DESNUTRICION		NORMAL			
	N°	%	N°	%	N°	%
12-23 MESES	8	16,0	18	36,0	26	52,0
24-35 MESES	2	4,0	11	22,0	13	26,0
36-47 MESES	4	8,0	7	14,0	11	22,0
TOTAL	14	28,0	36	72,0	50	100,0

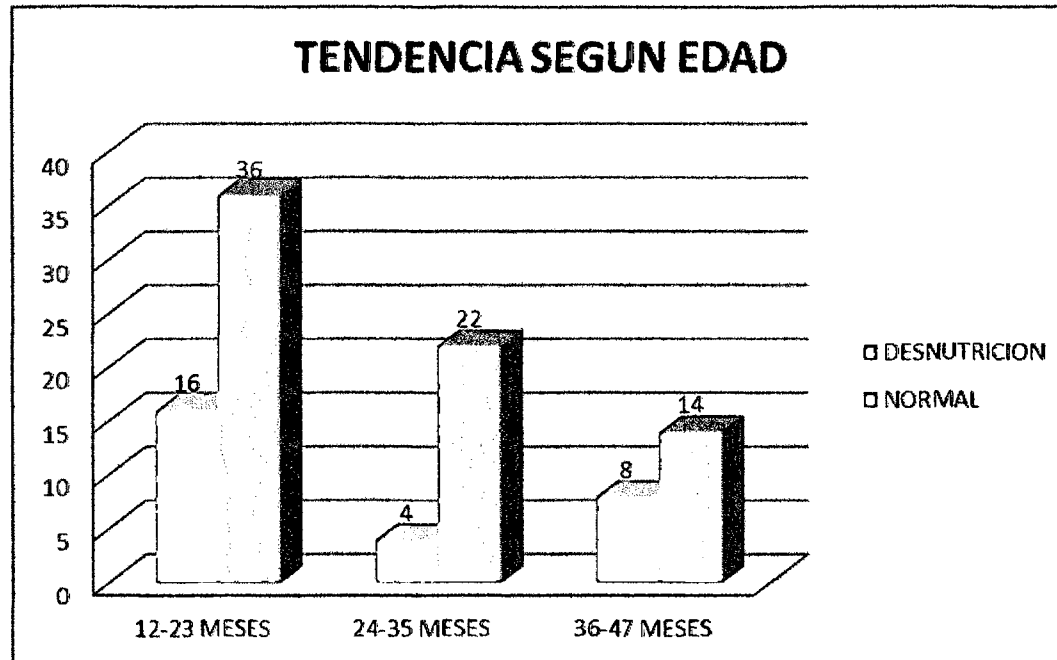
Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

	Valor	gl	P
X2	1,507a	2	,471

En la tabla N° 11 se observa, que del total de niños abordados en el servicio de Pediatría, el 28% se encuentra con desnutrición y el 72% se encuentra normal. Con respecto a la edad el mayor porcentaje de desnutrición se evidencia entre las edades de 12 a 23 meses, seguido de un 08% que pertenece a las edades de 36 a 47 meses.

GRAFICO N° 11

TENDENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL CONFORME A LA EDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS, EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013



Fuente: Ficha de cotejo realizada en el servicio de Pediatría.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En los últimos años, diferentes estudios han demostrado una alta prevalencia de desnutrición hospitalaria en América Latina, encontrándose que cerca del 50% de la población hospitalizada ingresa con algún grado de desnutrición. El estudio ELAN (Estudio Latinoamericano de nutrición), realizado en 12 países (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y Uruguay) demostró que aproximadamente 50.2% de la población hospitalizada (9233 estudiados) presentan algún tipo de desnutrición (12.6% desnutridos graves y 37.6% desnutridos moderados). La desnutrición grave varió entre 4.6% en Chile hasta 18% en Costa Rica. La desnutrición moderada y sospecha de desnutrición leve entre 28,9% en Cuba hasta 57% en la República Dominicana.

Los pacientes desnutridos, hospitalizados pueden presentar cambios clínicos entre 2 y 20 veces más que los pacientes nutridos. La incidencia de complicaciones es 9% en pacientes con desnutrición moderada, mientras que en pacientes con desnutrición severa ésta alcanza el 42%. En otro estudio, de 711 pacientes, se

comprobó que los pacientes con mayor probabilidad de desnutrición presentaron 2.6 veces más complicaciones menores y 3,4 veces más complicaciones graves que los pacientes bien nutridos ⁽²⁶⁾.

Es importante a la fecha evaluar y determinar la dinámica del estado nutricional de los niños(as) en los servicios hospitalarios, a partir de indicadores antropométricos, conforme a ello relacionar con las patologías más frecuentes, edad, precedencia, nivel de instrucción de las madres, entre otros. Asimismo es muy relevante evaluar el estado nutricional durante la estancia hospitalaria de los niños(as), para luego estimar las variaciones del estado nutricional durante el período de internación.

Un resultado a tomar en cuenta es la prevalencia de la desnutrición crónica (T/E), con que ingresan los niños(as) al servicio de Pediatría, que en la tabla N° 11, el 28% se encuentran en condición de desnutrición crónica y el 72% se encuentra normal. Con respecto a la edad, el mayor porcentaje de desnutrición crónica se evidencia entre las edades de 12 a 23 meses, seguido de un 08% que pertenece a las edades de 36 a 47 meses, esto significa que a la hospitalización la vulnerabilidad de los niños(as) se incrementa, siendo propensos a todo tipo de complicaciones, poniendo en riesgo la rápida recuperación del paciente.

De hecho un buen estado nutricional garantizará mejor oportunidad y mayor capacidad del organismo para responder a cualquier proceso infeccioso o lesión alguna, en ese sentido es necesario identificar qué porcentaje de niños reflejan algún nivel de alteración del estado nutricional por defecto o exceso, en el caso de los niños(as) desnutridos es fundamental su determinar el nivel de severidad, para el efecto se ha determinado en primer lugar el tipo de desnutrición aguda con que ingresan al servicio y como se proyecta al final de la hospitalización.

Maren Karina Machado, *et al.*, define a la desnutrición aguda como la deficiencia de peso para la altura (P/A), resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. La desnutrición aguda (DA) o emaciación, también se debe al reciente desequilibrio entre consumo y requerimiento de nutrientes. Mientras la desnutrición aguda severa (DAS), es una emergencia médica que requiere la instauración rápida de un tratamiento específico que prevenga la aparición de complicaciones y frene el proceso catabólico presente (27).

Conforme a la dinámica del estado nutricional del peso para la talla (Ref. Tabla N° 06), se evidencia, que el 66% del total de niños(as) al ingreso hospitalario se encuentra con un estado nutricional normal, durante el egreso se reduce a un 58%; con respecto a la dinámica de la desnutrición aguda, del 26% se incrementa al 36%; en relación al sobrepeso se reduce de 8% a 6%. Los mayores porcentajes de desnutrición aguda se hace evidente en los niños de 12 a 23 meses, estableciéndose al ingreso un 12% del total, elevándose al egreso en un 16%; aplicando la prueba de chí cuadrado, el estado nutricional (P/T) es independiente a la edad de los niños(as) durante el ingreso y egreso hospitalario ($p>0.05$).

Según la Organización Internacional de Acción contra el hambre la desnutrición aguda es el resultado físico del hambre, es una enfermedad devastadora de dimensiones epidémicas, que padecen millones de niños y niñas menores de cinco años en todo el mundo. Es el resultado de la escasez de alimentos o de una dieta inadecuada. Al año causa la muerte de más de 3,5 millones de niños y niñas.

En la tabla N° 02 se muestran la dinámica del estado nutricional del peso para la talla conforme al sexo, con respecto a los niños con buen estado nutricional que representaba el 36%, este no ha sufrido variación alguna, mientras en las niñas, de

un 30% al ingreso se redujo a un 22% durante el egreso; en relación al comportamiento de la desnutrición aguda en niños, al ingreso alcanzó el 22% incrementándose luego a un 24%, mientras en las niñas de un 04% se incrementó a un 12%. El sobrepeso se hace evidente solo en los niños, alcanzando un 8% al ingreso y reduciéndose a un 6%. En general la mayor variación de la desnutrición aguda se evidencia en niñas, mientras el sobrepeso en niños. Por lo demás no existe asociación estadística entre el sexo y el estado nutricional ($p>0.05$).

En la tabla N° 07, se describe el nivel de instrucción de las madres, de los niños(as) evaluados en el servicio de pediatría, estableciéndose que el 52% que representa el mayor porcentaje, tiene estudios secundarios o concluyó, el 28% de madres cursa estudios superiores o concluyó, mientras el 20% cursa estudios primarios o concluyó. Con respecto a la dinámica del estado nutricional, la desnutrición aguda se presentó en mayor porcentaje al ingreso en los niños(as) de madres con grado de instrucción superior con un 8%, llegando al egreso con un 10%, mientras en los niños(as) de madres con grado de instrucción secundaria la desnutrición aguda varió de 10% al 18%, siendo la mayor variación porcentual; mientras el sobrepeso de manera global se redujo en un 02%. Por lo demás no existe asociación estadística entre el grado de instrucción de las madres y la dinámica nutricional durante la estancia hospitalaria ($P>0.05$).

En la tabla N° 08 se evidencia que la mayor variación de la desnutrición aguda corresponde a la zona urbana llegando de un 10% al 16%, mientras en la zona periurbana la variación fue del 6% al 12%, mientras en la zona rural del 10% se redujo al 08%. Con respecto al sobrepeso la variación global de un 8% se reduce a un 6%. En general no existe asociación entre la procedencia y la dinámica del estado nutricional durante la estancia hospitalaria ($p>0.05$).

En general, la dinámica nutricional en relación al peso según la talla, a nivel de la desnutrición aguda se incrementa de un 26% a un 36%, mientras el sobrepeso se reduce de un 08% a un 06%. Estos resultados evidencian dos aspectos muy importantes, una que las condiciones de hospitalización repercuten en el incremento de la desnutrición aguda y otra que el servicio de Pediatría, es incapaz de afrontar los casos de desnutrición.

Otro método para evaluar el estado nutricional de los niños(as), fue la determinación del peso para edad, es ese sentido la desnutrición global es la deficiencia del peso con relación a la edad, representa el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes, en este contexto se evidencia lo siguiente:

En la tabla N° 03 se observa la dinámica del estado nutricional según el peso para la edad, durante la estancia hospitalaria, estableciéndose que al ingreso de la hospitalización, la desnutrición global alcanza el 48%, incrementándose al 54% durante el egreso hospitalario, asimismo el sobrepeso que al ingreso alcanzó el 2% al egreso desaparece. Los mayores porcentajes de desnutrición global se hace evidente en los niños de 12 a 23 meses, estableciéndose al ingreso 24% y elevándose al 26% al egreso; aplicando la prueba de Chí cuadrado, el estado nutricional (P/E) es independiente a la edad de los niños(as) durante el ingreso y egreso hospitalario ($p > 0.05$).

Asimismo en la tabla N° 09 se observa la dinámica del estado nutricional conforme al peso para la edad según la procedencia, determinándose que en la zona urbana la variación porcentual abarca de un 32% al 34% durante el egreso hospitalario; en los niños(as) procedentes de la zona rural la variación porcentual alcanza del 08%

al 10%; mientras en la zona periurbana, de un 08% se incrementa a un 10%. Por lo demás la dinámica del estado nutricional de peso para la edad, es independiente a la procedencia de los niños(as) hospitalizadas ($P>0.0\%$), demostrándose que estos niños(as) han estado marcado por procesos de alteración del estado nutricional, influenciados por diferentes factores.

Los niños con enfermedades crónicas o con procesos infecciosos severos son por lo general sujetos sometidos a repetidas hospitalizaciones y deben enfrentarse, no sólo al temor o dolor de los procedimientos médicos, sino también a todo lo que lleva consigo el fenómeno de la hospitalización y la ausencia de una vida normal. Así, la mayoría de las investigaciones muestran que las alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo son frecuentes entre los pacientes pediátricos, y coinciden en la afirmación de la hospitalización infantil como una experiencia estresante, de hecho uno de los grandes efectos se relaciona con la disminución del apetito ⁽²⁸⁾.

Conforme a la causa de internamiento, en la tabla N° 06, se aprecia que la mayor variación de la desnutrición aguda se produjo en los niños(as) con afecciones respiratorias, incrementándose de un 6% a un 12%, seguido de las afecciones digestivas de un 12% se incrementó a un 14%, mientras en la septicemia se incrementó de un 2% al 4%; mientras el sobrepeso de redujo de un 8% a un 06%. Por lo demás el estado nutricional es independiente al tipo de enfermedad que causa la hospitalización en niños y niñas ($P>0.05$).

Las enfermedades infecciosas son otra importante causa de la desnutrición, provocando incrementos en los requerimientos que pueden llevar a un balance negativo de nutrientes, que inicia o agrava un estado de desnutrición. Un tercio de

los pacientes de este grupo habían cursado episodios de infecciones respiratorias y/o digestivas. En 03 pacientes se asumió que las infecciones contribuyeron en la patogenia de la desnutrición, además de la carencia de nutrientes, se consideró que en ellos la desnutrición, era multicausal. Tres niños presentaban patologías previas y se diagnosticó desnutrición secundaria. Sus requerimientos aumentados deberían haber sido contemplados en su alimentación.

Uno de los factores que incide directamente con la desnutrición aguda constituye la estancia hospitalaria, que conforme a las evidencias de la tabla N° 05, se determinó en primer lugar que el mayor porcentaje de niños y niñas internados en el servicio de Pediatría, que representa el 80% tuvo una estancia de 01 a 04 días, seguido de un 16% con una estancia entre 05 a 08 días y un 04% tuvo una estancia entre 09 a 12 días. Con respecto a la variación de la desnutrición aguda se observa que en los niños(as) con estancia hospitalaria entre de 01 a 04 días la desnutrición aguda se incrementa de 20% al 24%, en la estancia entre 05 a 08 días se incrementa de 04% al 10%, a su vez, de manera global el buen estado nutricional se reduce de un 66% a un 58%; el sobrepeso de un 08% a un 06%. En general la estancia hospitalaria se relaciona significativamente con la dinámica nutricional negativa ($P < 0.05$).

La hospitalización constituye en sí un factor de riesgo para el deterioro en el estado nutricional de los niños. Muchas enfermedades que requieren internamiento hospitalario están asociadas con la alteración del estado nutricional, especialmente la desnutrición y el bajo peso. Estas alteraciones incluyen, prácticamente, a todos los sistemas orgánicos: Alteraciones digestivas, respiratorias, afecciones renales, etc. (BerckleyJ.2008).

Identificar los cambios en el estado nutricional de los niños hospitalizados es de importancia fundamental para el establecimiento precoz de las intervenciones, evitando la instalación de la desnutrición en situaciones de riesgo o disminuir su gravedad cuando ya está presente (Fernández CC -2003).

Según Hernández Rodríguez, en general varios estudios han demostrado que la desnutrición energético nutrimental tiene consecuencias negativas en la salud de los pacientes; incrementa la morbilidad y la mortalidad, la estadía y los costos en las instituciones de salud, lo que unido a las prácticas asistenciales, empeoran el estado nutricional y comportan mayor número de complicaciones.

En general queda establecido, conforme a la tabla N° 10 que el 90% del total de la población, presenta una tendencia inadecuada al egreso hospitalario, es decir el peso en relación a talla con respecto al ingreso del servicio se mantiene igual o ha disminuido, de los cuales el 62% pertenece al sexo masculino y un 28% pertenece al sexo femenino.

Con respecto a las medidas de variabilidad del peso durante la estancia hospitalaria, se evidencia que el promedio de peso al ingreso del total de niños hospitalizados fue de 10.494 Kg, al egreso el promedio de peso se reduce a 10.3974, con una diferencia de 0,0968. La desviación estándar al inicio alcanza 2.22, mientras al egreso 2.21 Kg.

Finalmente la aplicación de la prueba de T de student, en relación a la diferencia de promedios de peso al ingreso, egreso y la diferencia, conforme a la estancia hospitalaria, se demuestra un alto nivel de significancia ($P < 0.01$), asimismo la prueba de Wilcoxon ratifica la dinámica del estado nutricional, observándose que del total de niños(as), 38 muestran una dinámica negativa, 05

una dinámica positiva y en 07 niños(as) el peso no sufre variación alguna, estableciendo un alto nivel de significancia la estancia hospitalaria en la dinámica del peso ($P < 0.01$).

En general el deterioro del estado nutricional es multifactorial: disminución de la ingesta alimentaria, un gasto energético aumentado por la enfermedad de base, ayunos parciales o ayunos prolongados y un aporte calórico inadecuado de la dieta formulada durante su estancia, puede ser la causa del estado de malnutrición de los pacientes hospitalizados.

CONCLUSIONES

1. Como consecuencia del internamiento, la desnutrición aguda de los niños(as) se incrementa considerablemente de 22% al 32% (P/T), mientras la desnutrición en relación al índice de peso para edad se incrementa del 48% al 54%, representando el mayor porcentaje.
2. Queda demostrado que la estancia hospitalaria se relaciona con el estado nutricional, de los niños(as), encontrándose relación estadística significativa, es decir que la estancia hospitalaria influye en la disminución del estado nutricional ($P < 0.05$)
3. El 28% del total de niños(as) que ingresan al servicio de pediatría ingresan con antecedentes de desnutrición crónica, complicando su condición de vulnerabilidad.
4. Conforme a la causa de internamiento, se aprecia que la mayor variación de la desnutrición aguda se produjo en los niños(as) con afecciones respiratorias, incrementándose de un 6% a un 12%, seguido de las afecciones digestivas de un 12% se incrementó a un 14%, mientras en la septicemia se incrementó de un 2% al 4%.
5. Se ha establecido que el grado de instrucción de la madre de los niños internados en el servicio de pediatría, edad de los niños, procedencia, sexo es independiente a la dinámica nutricional de los niños(as) ($P > 0.05$).
6. En general queda establecido, que el 90% del total de la población, presenta una tendencia inadecuada al egreso hospitalario, corroborado a su vez por la medida de variabilidad que establece una diferencia de 0,0968, asimismo la aplicación de la prueba de T de student, demuestra un alto nivel de significancia ($P < 0.01$), así como la prueba de Wilcoxon ($P < 0.01$), demostrándose que la hospitalización constituye en sí un factor de riesgo para el deterioro en el estado nutricional de los niños(as).

RECOMENDACIONES

1. Según los parámetros antropométricos (P/T, P/E y T/E) del estado nutricional, se debe incorporar en los servicios de pediatría una hoja de evaluación exclusivamente para ver la evaluación antropométrica, de esta manera monitorear de manera más acuciosa la tendencia de la dinámica nutricional durante la estancia hospitalaria.
2. Existe la necesidad de intervenir de manera multidisciplinaria para abordar el estado nutricional del niño(a), porque esta repercute de manera directa en la recuperación.
3. Para poder mantener un estado nutricional adecuado del niño(a), es necesario que el personal de nutrición evalúe con mayor detenimiento a los niños(as), asimismo incluir programas de adiestramiento dirigido a la madre para incorporar en el manejo del estado nutricional.
4. Se debe tener mayor vigilancia nutricional dentro del servicio de pediatría y un sistema de seguimiento pos estancia, en coordinación con los niveles de complejidad.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Betancourt Herrera, Jean Paul Henri. Nájera Reyes Ronald Amílcar Gómez Rodríguez Danny Eduardo. "Desnutrición hospitalaria en el paciente pediátrico en estado crítico". Tesis para optar título de médico cirujano. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2008. Disponible en: <http://biblioteca.usac.edu>.
2. ACEVEDO, Esther, SANABRIA, Marta, BELLENZIER, Anne *et al.* "Evolución del estado nutricional de pacientes pediátricos hospitalizados". *Pediatr. (Asunción)*, dic. 2005, vol.32, no.2, p.12-18. ISSN 1683-9803. Disponible en: <http://scielo.iics.una>.
3. Berckley J, Mwangil, KGriffiths, *etal.* "Evaluación de la malnutrición grave entre los niños hospitalizados en Kenia rural". *JAMA* 2005; 294 (5) :591-597.)
4. Fernández CC, González IG, FMA Juárez *et al.* "Detección de malnutrición al Ingreso en el Hospital". *NutrHosp* 2003.
5. Hernández Rodríguez Yunit, Linares Guerra Maritza, *et al.* "Estado nutricional de los niños ingresados en el Hospital Pediátrico de Pinar del Río". *Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]*. 2012 Ago [citado 2013 Ene 08]; 16(4): 84-97. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
6. FENALPE. Federación Latinoamericana de nutrición parenteral y enteral. "Evaluación del estado nutricional en paciente hospitalizado", 2009. Disponible en: <http://www.novapdf.com>.
7. Correia MI, Campos AC. "Prevalence of hospital malnutrition in Latin America": The multicenter ELAN Study. 2003.
8. Bejarano, Roderick, Dominguez Elidia, *et al.* "Estado nutricional según evaluación antropométrica en niños hospitalizados". *Revista Pediátrica de Panamá*. Marzo 2013.

9. Secker Donna. "Evaluación nutricional global subjetiva. Evaluación para los niños". American Journal of INutrition, vol. 85, N º4, 1083-1089, abril de 2007.
10. Hernández Rodríguez Yunit, Linares Guerra Maritza, ET AL. "Estado nutricional de los niños ingresados en el Hospital Pediátrico de Pinar del Río". Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2013 Mar 06] ; 16(4): 84-97. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
11. Quesada Cedeño, Amalia. "Caracterización del estado nutricional de niños ingresados en el hospital pediátrico". Cienfuegos, Publicado: 27/07/2009 | Rev. Pediatría y Neonatología , Endocrinología y Nutrición. Cuba, 2009.
12. Gomila Andrés A, De Grandis Elizabeth S. et al. "Estado nutricional en niños internados en Salas de Cuidados Mínimos". Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Córdoba. Arch. argent. pediatr. [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2013 Mar 06]; 107(1): 37-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>.
13. Rita Pérez. Gilfredo José Gonzalez Basile. "Evaluación del estado nutricional en pacientes pediátricos hospitalizados con infecciones respiratorias agudas", Bolívar, Venezuela(2008). Ciudad Bolívar, Octubre 2008.
14. Machado Maren Karina, Ferreira María Inés, et al. "Valoración antropométrica de los niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell". Arch. Pediatr. Urug. [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2013 Mar 06]; 77(2): 110-117. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php>.
15. Matos, Alfredo. Sinclair, Jorge. ET AL. "Prevalencia de la desnutrición hospitalaria en Panamá". Estudio Latinoamericano de Nutrición (ELAN) Revista Médica de Panamá, 2008.
16. Bueno M, Sarría A, Pérez-González JM. "Nutrición en Pediatría". 2ª Ed. Madrid: Ergón, 2003: 11-26.

17. Figueroa D. "Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica". *Saúde Soc. São Paulo* 2009; 18(1):103-117.2.
18. Jelliffe DB. "The assessment of the nutritional status of the community". Geneva: WHO, 1966.
19. Bueno M, Moreno LA, Bueno G. "Valoración clínica, antropométrica y de la composición corporal". En: Tojo R, ed. *Tratado de nutrición pediátrica*. Barcelona: Doyma; 2000. p. 477-490
20. American Academy of Pediatrics. "Pediatric nutrition handbook". 3ª ed. Assessment of nutritional status. Illinois: Elk Grove Village, A. A. P, 1993.
21. Zulma Ortiz, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), "Evaluación de crecimiento de niños y niñas", Argentina julio – 2012. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
22. MINSA, "Norma Técnica De Salud Para El Control Del Crecimiento De La Niño (a) Menor De Cinco Años", R.M-Nº 990-2010 MINSA. Lima-Perù-2011.
23. Alicia Bizarri, Albarrán Séfora, Bermúdez González. "Principales Indicadores del estado nutricional en el niño". *Salud pública, España*, 2005.
24. Manual de Procedimientos Para el Diagnostico de Anemia Por Hemoglobinometro. INS Lima. Diciembre, 1997. Disponible en: <http://www.bvs.ins.gob.pe>.
25. D. L. Waitzberg, G. R. Ravacci y M. Raslan "Nutrición Hospitalaria". Brasil– 2011. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com>
26. Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. "Evaluación del Estado Nutricional en Paciente Hospitalizado", Abril 2009, en <http://www.novapdf.com>.
27. Lizasoain, Olga; Ochoa, Belén. "Repercusiones de la Hospitalización Pediátrica en el Niño Enfermo", Univ. de Navarra. Dpto. de Educación, 2002.

28. Lizasoain, Olga; Ochoa, Belén. "Repercusiones de la Hospitalización Pediátrica en el Niño Enfermo", Univ. de Navarra. Dpto. de Educación, 2002.
29. Hernández Rodríguez Yuni, Ciencias Médicas (revista). 2012 Ago [citado 2013 Ene 08].

A N E X O S

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. INTRODUCCIÓN:

II. INSTRUCTIVOS:

Ser realizara la recolección de datos a través de la observación de la HC, entrevista y la evaluación antropométrica

III. CONTENIDO CENTRAL:

3.1 ASPECTOS GENERALES:

Nombre del niño:.....

Edad (en meses):.....

Sexo: a) M b) F

Domicilio actual:.....

Procedencia según Distrito:..... Provincia:.....

Grado de instrucción de la madre:

- a) Superior
- b) Técnico
- c) Secundaria
- d) Primaria
- e) Ilustrada (Analfabeta)

Grado de instrucción del padre:

- a) Superior
- b) Técnico
- c) Secundaria
- d) Primaria
- e) Ilustrada (Analfabeta)

Tipo de Aseguramiento

- a. AUS
- b. Otros

3.2. ASPECTOS ESPECÍFICOS:

Motivo de Hospitalización:.....

Fecha de ingreso.....

Fecha de Egreso:.....

Tiempo de estancia.....

Nutrición

- a) Apetito normal
- b) Apetito disminuido
- c) NPO

3.3. RESULTADOS DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO:

ANTROPOMETRÍA:

EVALUACIÓN AL INGRESO

EDAD	PESO	TALLA	DIAGNOSTICO
			P/T: P/E: T/E:

EVALUACIÓN AL EGRESO

EDAD	PESO	TALLA	DIAGNOSTICO
			P/T: P/E: T/E:

3.4. EXAMEN DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO:

AL INGRESO

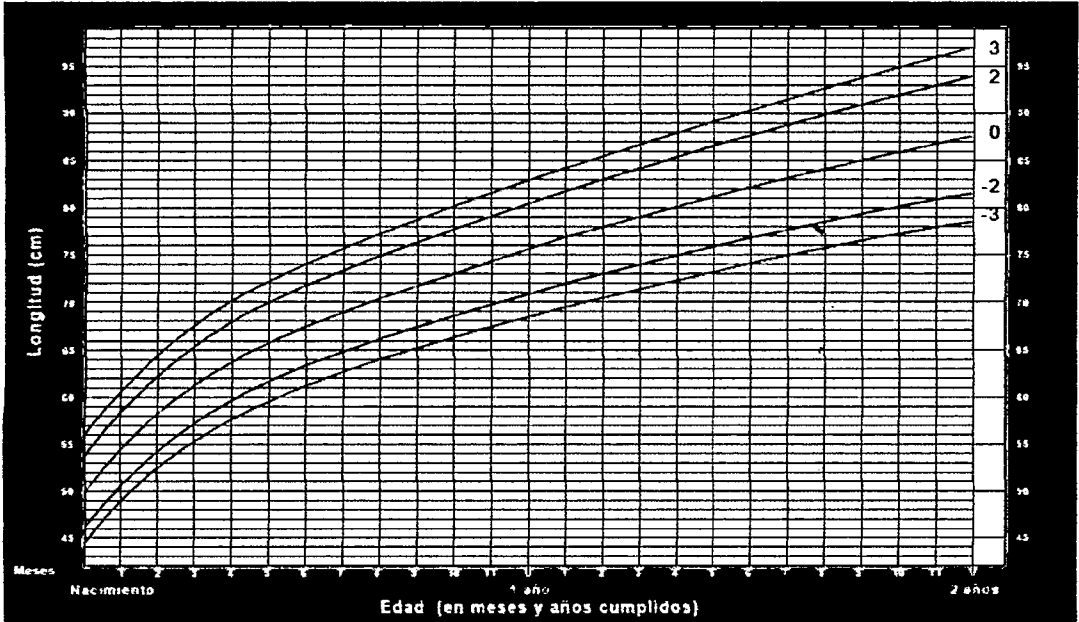
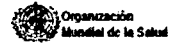
DATOS DE LABORATORIO	VALOR RECOGIDO	DIAGNOSTICO
HEMOGLOBINA		
HEMATOCRITO		

AL EGRESO

DATOS DE LABORATORIO	VALOR RECOGIDO	DIAGNOSTICO
HEMOGLOBINA		
HEMATOCRITO		

Longitud para la edad Niños

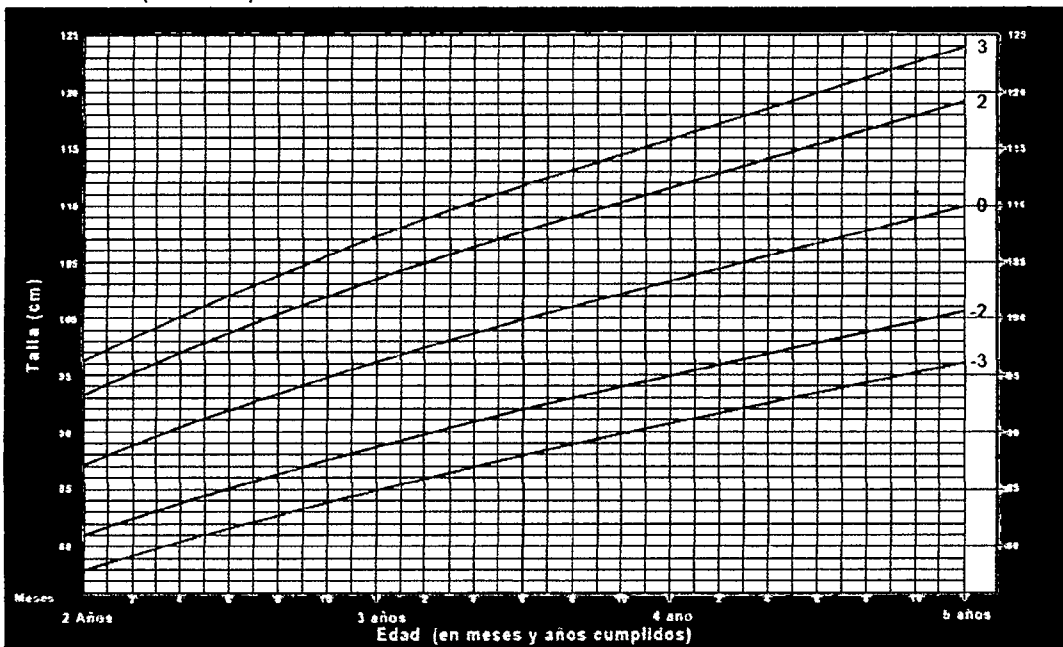
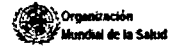
Puntuación z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

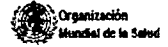
Talla para la edad Niños

Puntuación z (2 a 5 años)

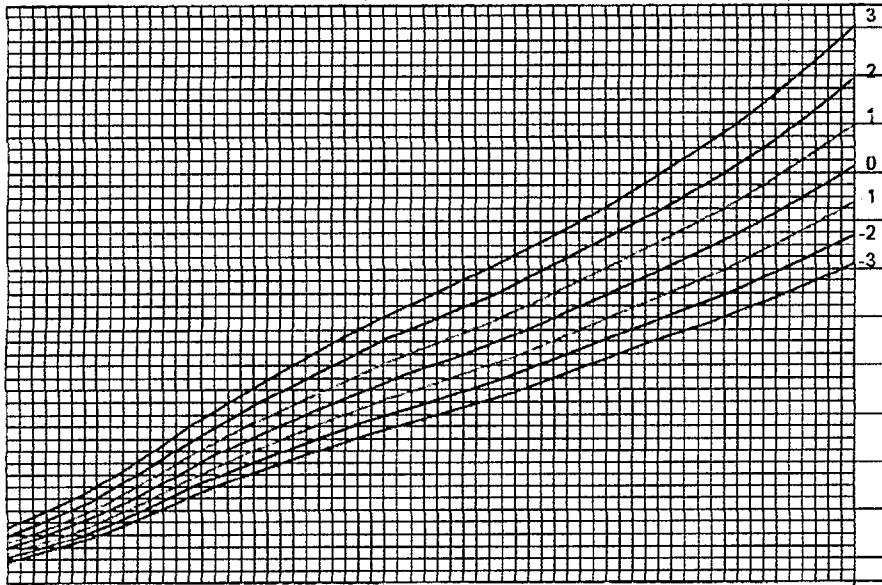


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud - niños

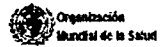


Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

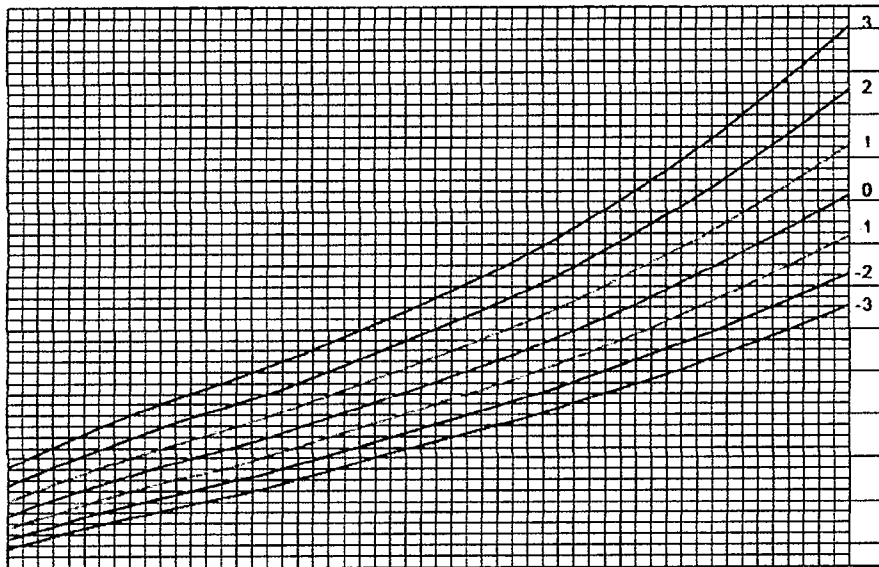


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la talla Niños



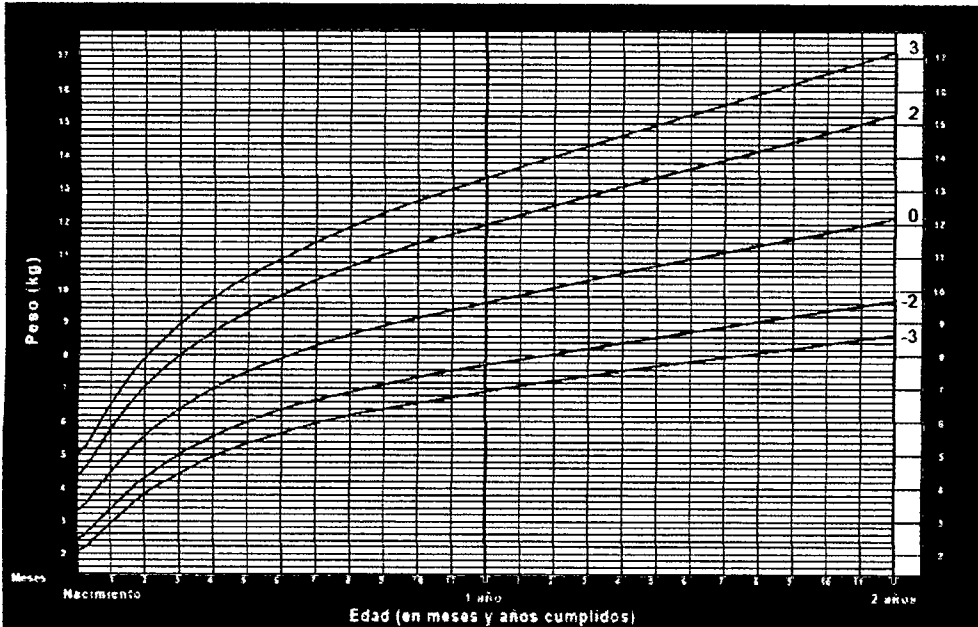
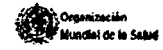
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

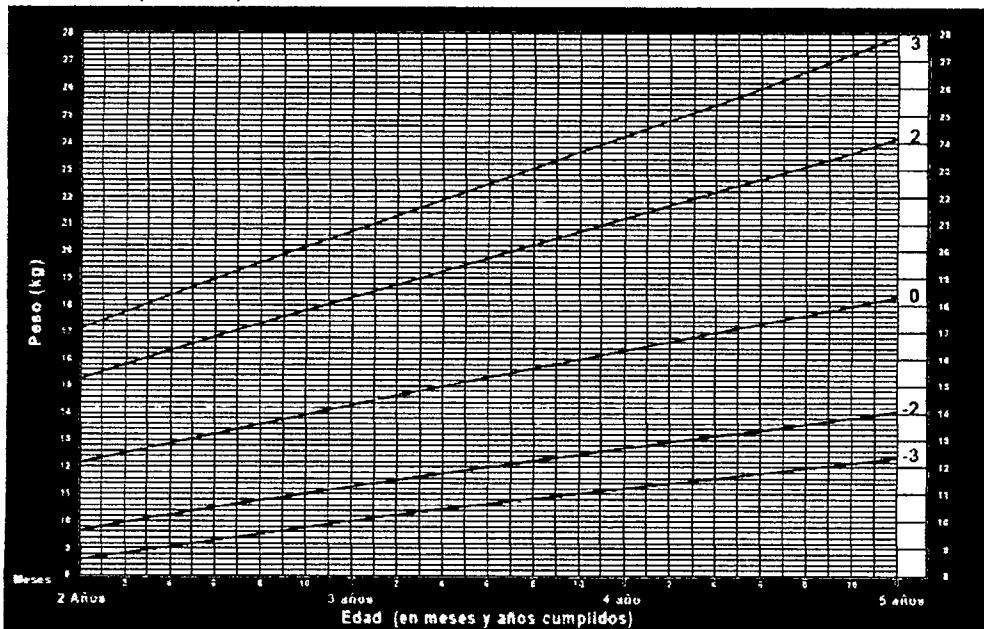
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

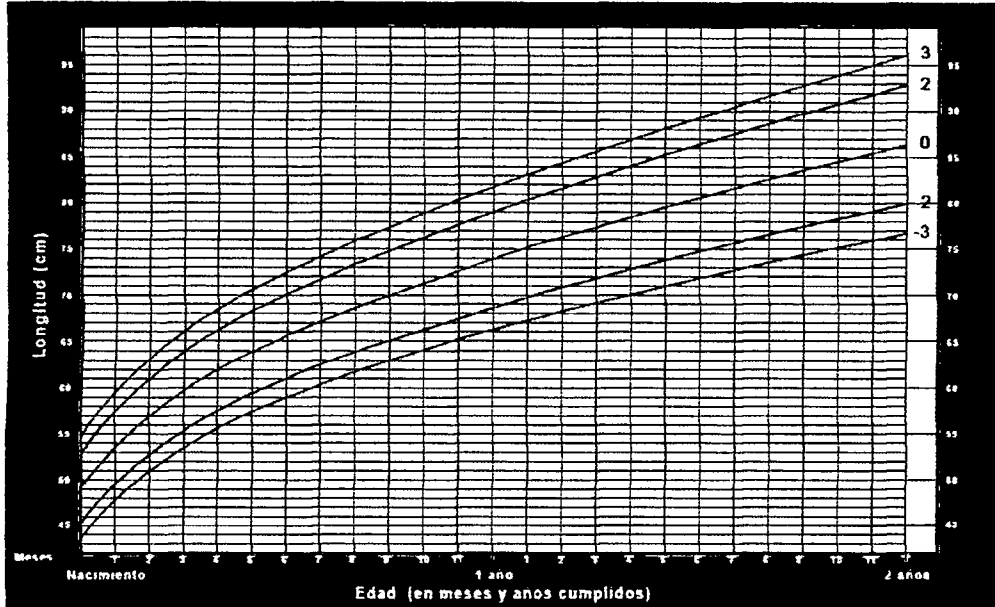
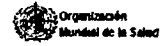
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud para la edad Niñas

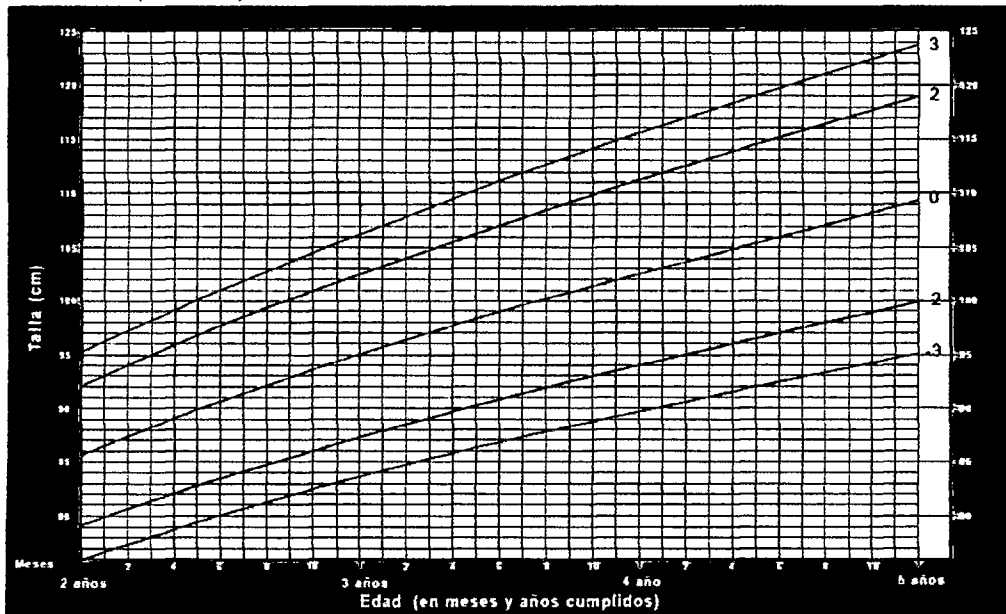
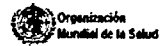
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Talla para la edad Niñas

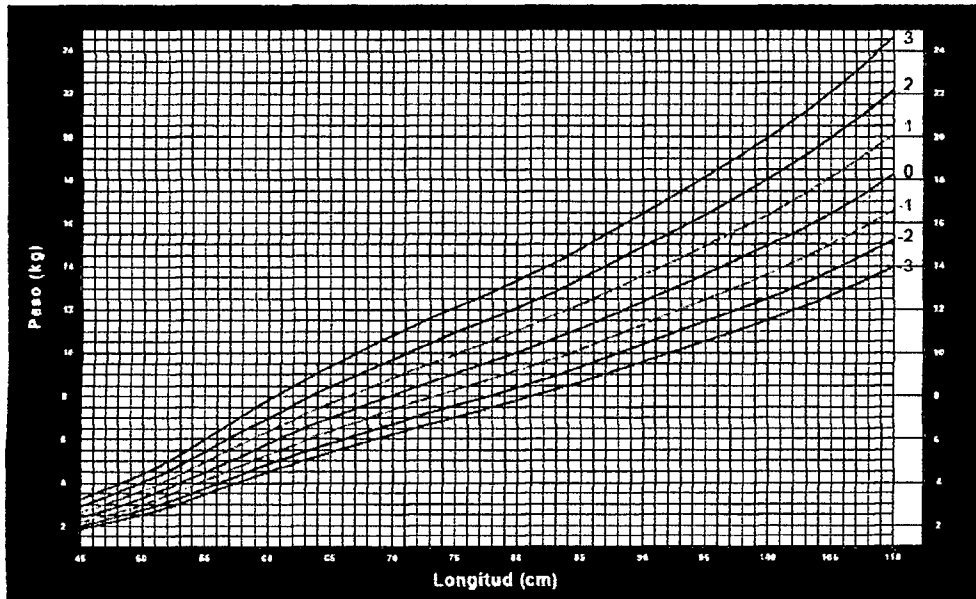
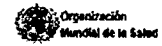
Puntuación z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niñas

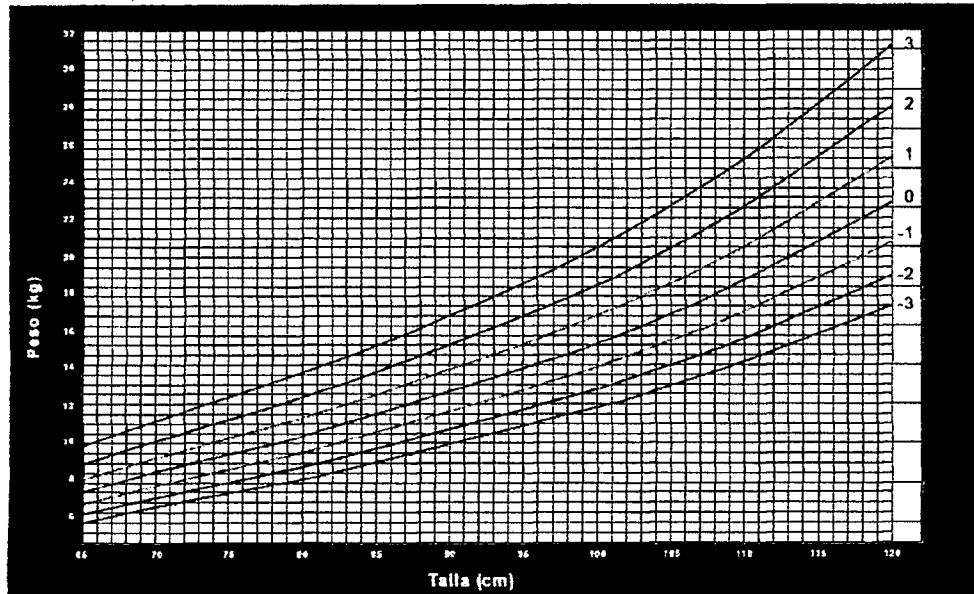
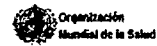
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la talla Niñas

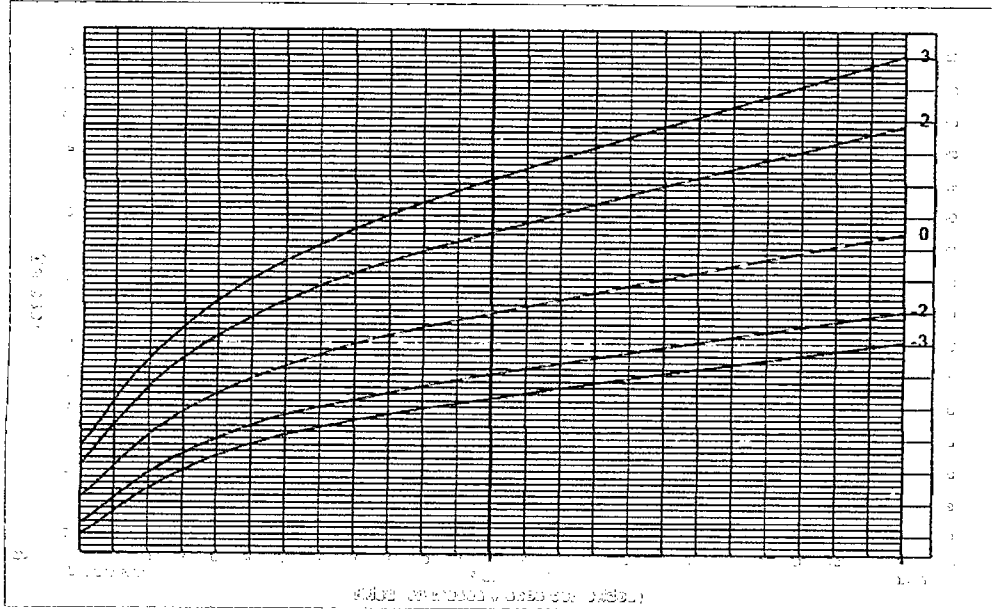
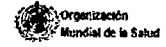
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niñas

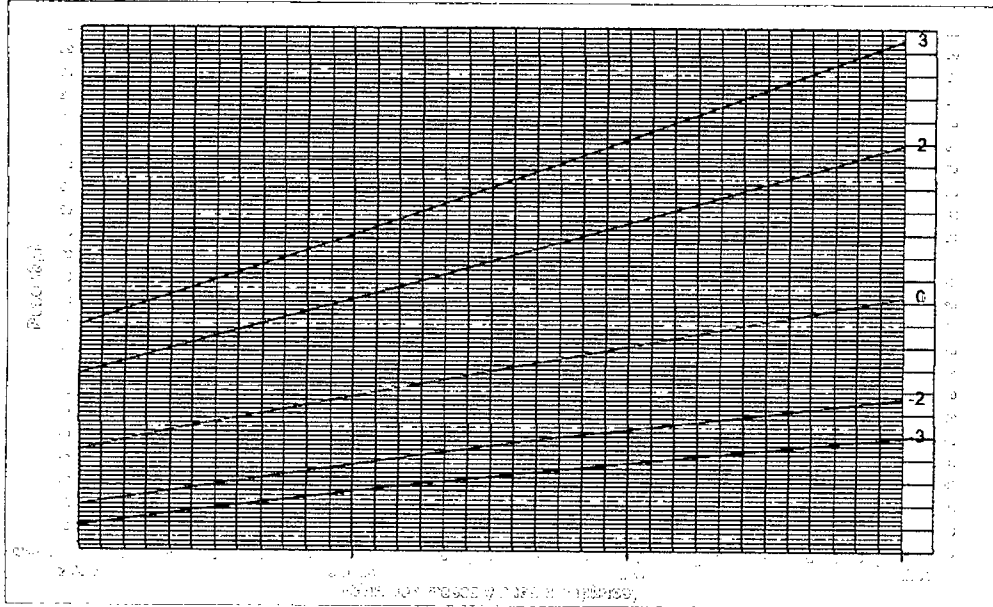
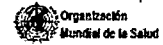
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niñas

Puntuación z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN, CONFORME A LA DINÁMICA NUTRICIONAL DEL PESO EN NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

CATEGORIAS		PESO INGRESO	PESO ESTANCIA	PESO ALTA	DIFERENCIA
Media		10.494	10.40	10.39	0,0968
Mediana		10.4	10.3	10.03	0,1000
Moda		10.6	10. 1	9,00a	0,10
Desv. típ.		2.2177	2.21	2.21	0,19179
Varianza		4,918	4.90	4.88	0,037
Rango		8.8	8.8	8.8	0,0
Mínimo		7.2	7.2	7.2	0,0
Máximo		16	16	16	0,0
Suma		524.7	520.0	519.87	4,84
Percentiles	25	8.845	8.80	8.795	0,0150
	50	10.4	10.30	10.025	0,1000
	75	12.325	12.30	12.225	0,1000

PRUEBA DE T DE STUDENT, PARA DETERMINAR EL EFECTO DEL INTERNAMIENTO EN EL PESO DE LOS NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

CATEGORIAS	T	GI	P	Diferencia de medias	IC 95%	
					Inferior	Superior
PESO INGRESO	33,460	49	0,000	10.4942	9.864	11.124
PESO SALIDA	33,275	49	0,000	10.39736	9.7694	11.025
DIFERENCIA DEL PESO	3,570	49	0,001	0,09684	0,0423	0,1513

PRUEBA DE WILCOXON, PARA DETERMINAR EL EFECTO DEL INTERNAMIENTO EN EL PESO DE LOS NIÑOS DE 1 -3 AÑOS, SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos (-)	38 ^a	22,29	847,00
Rangos (+)	5 ^b	19,80	99,00
Empates	7 ^c		
Total	50		

	PSALIDA - PINGRESO
Z	-4,570a
P	0,000

Las tablas precedentes explican las medidas de variabilidad del peso al ingreso y al egreso hospitalario de los niños y niñas del servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho, estableciéndose que el promedio de peso al ingreso del total de niños hospitalizados fue de 10.494 Kg, al egreso el promedio de peso se reduce a 10.3974, con una diferencia de 0,0968. La desviación estándar al inicio alcanza 2.2177, mientras al egreso 2.2095.

En relación a la estancia, se ha podido determinar que no existen variaciones considerables entre el peso al ingreso con el peso durante la estancia, asimismo entre este último y el peso al egreso del total de niños(as) abordados, tal como se evidencia en la tabla precedente, por lo que ha sido solo necesario valorar la tendencia del estado nutricional entre el ingreso y el egreso.

Con respecto a la aplicación de la prueba de T de student, en relación a la diferencia de promedios del peso al ingreso, egreso y la diferencia, conforme a la estancia hospitalaria, se establece la variación del peso, corroborada por la diferencia establecida, demostrando un alto nivel de significancia ($P < 0.01$), asimismo la prueba de Wilcoxon ratifica la dinámica del estado nutricional, observándose que del total de niños(as), 38 muestran una dinámica negativa, 05 una dinámica positiva y en 07 niños(as) el peso no sufre variación alguna, estableciendo un alto nivel de significancia la estancia hospitalaria en la dinámica del peso ($P < 0.01$).