

"Recuperación Nutricional de 120 Niños con Desnutrición Grave"*

Por

Dr. Carlos Díaz Amador**

SINOPSIS:

Dada la frecuencia con que se presenta la desnutrición grave en los niños de 0 a 6 años y ante las dificultades que se presentan en los servicios del sistema hospitalario para lograr la total recuperación nutricional, se estableció la Clínica de Recuperación Nutricional, la cual con una capacidad de 40 cunas, logró al cabo de un año, la recuperación de 120 niños.

INTRODUCCION:

La alimentación del costarricense es insuficiente, incompleta y mal equilibrada, así lo han revelado las diversas encuestas dietéticas efectuadas en el país (1, 2, 3). Los niños son los más afectados; su vulnerabilidad depende de su proporcionalmente mayor demanda de nutrientes y de su incapacidad para obtener por sus propios medios el sustento alimentario.

Por la frecuencia y severidad de los casos internados en las salas de pediatría del Hospital San Juan de Dios en 1948, la desnutrición se catalogó como verdadera calamidad nacional, producto del desequilibrio económico-social (4).

Dieciocho años después en 1966, la desnutrición continúa efectuando desfavorablemente la salud de la niñez costarricense. Los factores económicos, sociales y culturales, causas primordiales de la desnutrición, siguen prevaleciendo en grandes grupos de nuestra población.

La pobreza que raya en miseria es común en los hogares de los niños desnutridos. La mayoría de las veces el jefe de familia está desocupado, porque no encuentra trabajo o porque no lo busca. Si se emplea, es por poco tiempo, como peón o jornalero y su salario es bajo. La situación económica se torna aún más difícil debido a que a la par de lo poco que trabaja y gana el jefe de familia ésta consta de numerosos hijos, quienes por su corta edad, consumen pero no producen.

Madres solteras con numerosos hijos que viven sin la ayuda y amparo de ningún compañero, también sufren de miseria al igual que los hogares que dependen de un jefe de familia alcohólico.

Retraso mental o prostitución de la madre soltera causa abandono, descuido hacia sus hijos; el resultado final es desnutrición grave en los niños.

* Trabajo presentado al XXXVI Congreso Médico Nacional (1966, San José, Costa Rica).

** Director, Departamento de Nutrición, Ministerio de Salubridad Pública, San José, Costa Rica.

Baja escolaridad y analfabetismo es casi siempre el común denominador de los hogares donde florece la desnutrición.

Falta de aseo personal, suciedad de la vivienda, mala preparación higiénica de los alimentos, escasez de agua, ineficiente servicio sanitario, etc., son características propias de la familia del niño desnutrido grave.

En un ambiente tan poco propicio para la conservación de la salud, el niño es fácil víctima no sólo de la desnutrición, sino también de procesos infecciosos, que complican y agravan su precaria existencia.

El destete precoz, la lactancia artificial insuficiente e higiénicamente mal conducida, junto con la no participación del niño en la dieta corriente de la familia, son costumbres que contribuyen frecuentemente al desencadenamiento de la desnutrición.

El niño severamente desnutrido cuya vida pelagra ya sea por sufrir infección grave o desequilibrio hidroelectrolítico requiere incuestionablemente tratamiento a nivel hospitalario. Así se ha hecho y muchas vidas se han podido salvar con oportuno y acertado tratamiento médico. Sin embargo el hospital para poder disponer de camas para otros pacientes, se ve precisado a egresar a los niños desnutridos tan pronto ha tratado y curado el proceso agudo, causa de su internación. Ello significa que el niño al salir del Hospital, continúa desnutrido y como tal, propenso a caer de nuevo en desequilibrio hidroelectrolítico o ser presa de procesos infecciosos, que de nuevo lo obligarán a internarse. Se establece así el círculo vicioso dentro del cual el niño desnutrido ocupa cama de hospital sinnúmero de veces, sin encontrar la solución a la causa real y verdadera de sus males, la desnutrición.

Esta última situación que afecta el crecimiento y desarrollo y pone en peligro la vida del niño, que produce desaliento y aflicción a sus padres, frustración al médico tratante y gastos improductivos al hospital debe modificarse.

Es posible cambiar el triste destino del niño desnutrido, infundir ánimo y regocijo a sus padres y satisfacción a su médico mediante la recuperación nutricional.

La recuperación nutricional se logra con un régimen dietético que corrija las deficiencias y satisfaga las necesidades nutricionales del niño al tiempo que se le trata todo proceso patológico infeccioso que le afecte.

RECUPERACION NUTRICIONAL:

En julio de 1963 se inauguró en Tres Ríos del Cantón de La Unión la Clínica Regional de Recuperación Nutricional, primera y única en su género en el país y en el resto de Centro América.

Los cuadros 1 a 4 muestran algunos de los factores socio-económicos prevalentes en las 75 familias de los 120 niños severamente desnutridos internados en la Clínica de Recuperación Nutricional de Tres Ríos.

Esta Clínica de Recuperación Nutricional admite niños de 0 a 6 años, en 3er. grado de desnutrición (5) o sea niños con un déficit ponderal de más de 40% quienes como parte esencial de su tratamiento y durante su internación, reciben los servicios que se describen a continuación:

La alimentación que se suministra al niño desnutrido está regida por un patrón dietético elaborado en base a sus requerimientos nutricionales.

Se inicia con 3.5 gms. de proteína y 110 calorías por Kg. de peso y poco a poco se aumenta conforme mejora su apetito. Por lo común al cabo de 2 semanas, la ingesta alcanza a 140 calorías y 7 gms. de proteína por Kg. de peso.

Mediante los servicios de un médico pediatra, auxiliado por personal de enfermería, se presta a los niños la atención requerida a su patología. Las diarreas y las infecciones del tracto respiratorio son los padecimientos más frecuentes.

Algunos niños han sufrido de pielonefritis, otros de otitis, por lo general por largo tiempo, dificultándose su recuperación nutricional y prolongándose en consecuencia su estancia en la institución.

Aparte de los tratamientos médico curativos, los niños son inmunizados con DPT, contra la poliomielitis y contra la tuberculosis.

RESULTADOS:

En el lapso de 1 año han sido recuperados nutricionalmente 120 niños.

En el Cuadro N° 5 se muestra la distribución por grupos de edad: 6 niños menores de 6 meses, 33 de 6 a 12 meses de edad, 39 de 1 a 2 años, y 42 de 2 a 6 años de edad.

Se consideró que se había logrado la recuperación nutricional cuando el niño tenía el peso correspondiente a su estatura, no presentaba anemia ni hipoproteinemia, gozaba de buen apetito, estaba alegre y no presentaba ningún signo físico de carácter deficitario nutricional.

El tiempo necesario para la recuperación nutricional fue variable, desde 1 mes hasta 1 año.

La mayoría de los niños (79%) se recuperaron entre los 2 y 6 meses, con promedio 4 meses (Cuadro N° 6). Los dos niños que se recuperaron más lentamente, 11 y 12 meses de estancia en la institución, padecían, uno de otitis media y el otro de pielonefritis.

La ganancia ponderal diaria como promedio para los 120 niños recuperados fue de 34 gms.

El promedio de hemoglobina en sangre al ingreso de los niños a la institución fue de 10.8 gms. Al egreso la hemoglobina subió a 12.1 gms.

La proteinemia total promedio al ingresar los niños fue de 6.8 gms. por 100 cc. y al egresar, 7.1 gms. (Cuadro N° 7).

La mayoría, 90% de los niños tenían uno o más parásitos intestinales. Los tres más frecuentes fueron giardia lamblia (64%), tricocéfalos (48%) y áscaris (36%) Cuadro N° 8.

Todos y cada uno de los niños parasitados fueron prontamente tratados.

La parasitosis, aún múltiple no fue factor que dificultara la ganancia ponderal.

El desarrollo neuromotriz de los niños desnutridos estuvo retrasado. No fue raro observar niños de uno y hasta de 2 años de edad que no se sentaban. La actividad neuromotriz se recuperó pero a un ritmo menor que la deficiencia ponderal, así por ejemplo: 6 niños de 1-2 años que no se sentaban al ingreso, 3 de ellos podían hacerlo al cabo de 3 meses y 4 niños de 2-4 años que no caminaban al ser admitidos, 3 lograron hacerlo sosteniéndose de la mano de la niñera, al término de 3 meses de estancia.

También fue de fácil observación un cambio de actitud. De hurafios, tristes y apáticos se volvieron amistosos, alegres y activos.

EJEMPLOS DE NIÑOS RECUPERADOS

1°—M. S. D.	Ingreso	5 meses	7.2 lbs.	48½ cms.
	Egreso	10½ meses	16.8 lbs.	63 cms.
2°— F. M. H.	Ingreso	9 meses	8.3 lbs.	61 cms.
	Egreso	10 meses	13.6 lbs.	62 cms.
3°—M. L. B. M.	Ingreso	1 a. 6 m.	9.7 lbs.	60 cms.
	Egreso	1 a. 9 m.	18.2 lbs.	65 cms.
4°—M. O. J.	Ingreso	6 a.	26.8 lbs.	95 cms.
	Egreso	6 a. 2 m.	39.6 lbs.	98½ cms.

CONCLUSIONES:

1. En un ambiente de pobreza, ignorancia e insalubridad, los niños son fácil víctima de la desnutrición
2. El niño con desnutrición severa sufre con frecuencia de procesos infecciosos, desequilibrio hidroelectrolítico, que por su gravedad requieren la internación en un centro hospitalario, el cual cura el cuadro agudo pero no la desnutrición.
3. La recuperación nutricional se logra en un lapso promedio de internación de 4 meses mediante un régimen dietético que satisfaga sus necesidades nutricionales y el tratamiento médico de los padecimientos infecciosos que frecuentemente presenta el niño desnutrido.
4. La recuperación nutricional se mide por la ganancia ponderal, normalización de la proteinemia y hemoglobina en sangre, y el mejoramiento de la actividad psicomotriz.

RESUMEN:

1. Se comenta sobre los factores que determinan y favorecen el desarrollo de la desnutrición infantil y se presentan los resultados del estudio socio-económico practicado a 75 familias de niños desnutridos.
2. Se describe la atención médica y el régimen dietético proporcionado a los niños durante su estancia en la Clínica de Recuperación en Tres Ríos.

3. Se presentan los resultados obtenidos en la recuperación nutricional de 120 niños desnutridos en lo referente a peso, estatura, proteínas totales y hemoglobina.

CUADRO N° 1
OCUPACION DEL PADRE DE NIÑOS DESNUTRIDOS

OCUPACION	Nº	OCUPACION	Nº
Peón - Jornalero	44	Ayudante zapatería	2
Vendedor ambulante	8	Ayudante mecánica	2
Portero, guarda	4	Guardia Civil	2
Jardinero	4	Cobrador autobús	2
Ayudante carpintería	2	Cantinero	2
Ayudante albañil	2	Mendigo	2
		Auxiliar de Policía	1

CUADRO N° 2
GRADO DE ESCOLARIDAD Y ANALFABETISMO
PADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS

	<i>Padre</i>		<i>Madre</i>	
	Nº	%	Nº	%
Analfabetos	17	23	19	25
Escuela Primaria incompleta	52	69	54	72
Escuela Primaria completa	5	7	2	3
2º Año Secundaria	1	1	—	—
	75	100%	75	100%

CUADRO N° 3
INGRESO MEDIO DIARIO PER CAPITA EN FAMILIAS
DE NIÑOS DESNUTRIDOS

<i>Ingreso medio diario per cápita</i>	Nº Familias	%
Menor de ₡ 0.50	13	17
De ₡ 0.50 a menos de ₡ 1.00	42	56
De ₡ 1.00 a menos de ₡ 2.00	16	21
De ₡ 2.00 a ₡ 3.00	4	6
	75	100

CUADRO Nº 4

PROBLEMAS SOCIALES MAS FRECUENTES EN HOGARES
DE NIÑOS DESNUTRIDOS

<i>Tipo problema</i>	<i>Nº</i>	<i>Tipo problema</i>	<i>Nº</i>
Abandono del padre	15	Retraso mental madre	6
Familia muy numerosa	11	Prostitución	4
Pésimas condiciones higiénicas	9	Alcoholismo	3
Abandono de la madre	8	Mendicidad	3
Madre fallecida	6	Vagancia	3
Madre soltera	6	Ceguera del padre	2

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCION NIÑOS RECUPERADOS
SEGUN SEXO Y EDAD.

<i>Edad</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>
Menos 6 meses	2	4	6
6-12 meses	17	17	33
1-2 años	17	22	39
2-3 años	6	9	15
3-4 años	6	7	13
4-5 años	2	4	6
5-6 años	—	2	2
6-7 años	2	4	6
	51	69	120

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCION NIÑOS RECUPERADOS
SEGUN ESTANCIA

<i>Meses estancia</i>	<i>Nº niños</i>	<i>Meses estancia</i>	<i>Nº niños</i>
1	5	7	6
2	19	8	7
3	20	9	5
4	22	10	—
5	17	11	1
6	17	12	1

CUADRO N° 7
 PROMEDIO DE HEMOGLOBINA Y PROTEINAS TOTALES
 EN NIÑOS RECUPERADOS

	<i>Hemoglobina</i>		<i>Proteínas Totales</i>	
	<i>X</i>	<i>D.S</i>	<i>X</i>	<i>D.S</i>
Ingreso	10.8	1.7	6.8	0.8
Egreso	12.1	1.2	7.1	0.5

CUADRO N° 8
 PREVALENCIA PARASITOS INTESTINALES
 EN 120 NIÑOS DESNUTRIDOS

<i>Parásitos</i>	<i>N° niños</i>	<i>%</i>
Giarda Lamblía	77	64
Trichuris Trichiura	58	48
Ascaris Lumbricoides	44	36
Trichomonas Hominis	24	20
Hymonolepis Nana	13	11
Endamoeba Histolytica	9	8
Strongyloides Stercoralis	7	5.8
Ancylostoma	8	6

REFERENCIAS

1. Reh, Enma y Fernández Claudia. Condiciones de Vida y Alimentación de cuatro grupos de población de la Zona Central de Costa Rica. Suplemento N° 2 del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. "Publicaciones Científicas del Institución de Nutrición de Centro América y Panamá, p. 66, 1955".
2. Flores Marina, Briceño Emilio y Flores Zoila. Resultados de una Encuesta Nutricional en el Cantón de Bagaces, Provincia de Guanacaste, Costa Rica. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 55: 405 — 415. 1963.
3. Informe Preliminar sobre la Encuesta Nutricional de Costa Rica. Realizada como Proyecto Cooperativo entre el Gobierno de la República de Costa Rica, la Oficina de Investigaciones Internacionales de los Estados Unidos de América (OIR) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), junio de 1966.
4. Peña Chavarría A., Sáenz Herrera C., y Cordero Carvajal E. Síndrome Policarenal de la Infancia. Revista Médica de Costa Rica, San José, junio 1948. N° 170.
5. F. Gómez, R. Ramos-Galván, J. Cravoito, Bol. Médico Hospital Infantil (México) 13,317 (1959).