

La desnutrición proteico calórica en el Hospital Nacional de Niños

Dr. William Vargas*

INTRODUCCION

La desnutrición proteico calórica (DPC) tiene una alta prevalencia en Costa Rica, especialmente en los niños menores de 5 años.

La Encuesta Clínica-Nutricional que efectuó en Costa Rica en el año 1966, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), reveló que el 57,4 % de los niños menores de 5 años, tienen algún grado de desnutrición, de acuerdo con la clasificación de "peso para la edad cronológica" y que el 1,5 % de los niños, presentan desnutrición de III grado. Asimismo puso de manifiesto, que la prevalencia total de valores "bajos" y "deficientes" (menos de 3,51 g/100 ml) de la albúmina sérica, es de 19,7 %. Las cifras más bajas correspondieron a niños entre 0 y 9 años de edad (1). Este parámetro bioquímico no disminuye gradualmente conforme la malnutrición proteica aumenta, sino que baja abruptamente en las fases aguda y avanzada.

Aunque otros nutrientes, tales como la vitamina A, hierro, fosfatos, riboflavina, yodo y fluor, también se encuentran bajos en nuestra población general y especialmente en la infantil, nuestro interés ha sido, el de conocer hasta qué punto la desnutrición proteico calórica, en su etapa avanzada (III grado), tiene significación en la morbilidad general del Hospital Nacional de Niños.

Se considera que aunque la D. P. C. es muy frecuente en el medio hospitalario, no son bien conocidas ni la enfermedad ni sus consecuencias.

Una revisión reciente revela que el 64 % de los niños mayores de 1 mes de edad, que fallecen en el Hospital Nacional de Niños, tienen más de un 25 % de déficit ponderal con respecto a la edad cronológica, o bien son niños con edema nutricional en el momento de ingresar al Hospital (II y III grado de desnutrición) (2).

MATERIAL

De los niños que egresaron del Hospital Nacional de Niños con el diagnóstico de D. P. C. severa entre octubre de 1969 y setiembre de 1970, se escogieron doscientas fichas clínicas para investigar algunas características de esos pacientes.

* Departamento de Medicina, Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

RESULTADOS

Hasta marzo de 1970, en el Hospital no se clasificaban adecuadamente los desnutridos severos, ya presentarían la forma marasmática o la edematosa (kwashiorkor). Todos los casos con algún grado de malnutrición, quedaban incluidos en un solo rubro de la clasificación internacional, sin hacer diferencia en cuanto a la desnutrición grave, salvo algunas excepciones.

Como se observa en el Cuadro 1, la diferencia antes y después de marzo de 1970, es muy significativa. Según los datos que se consignan posteriormente a esa fecha, alrededor del 6 % de los egresos corresponden a desnutridos severos.

CUADRO 1

*Número de casos de desnutrición proteico calórica
y porcentajes en relación con el total de egresos*

Año	Meses	No. de niños que egresaron con diagnóstico de D. P. C. severa	% del total de egresos
1969	Octubre	10	0,6
	Noviembre	19	1,2
	Diciembre	16	1,0
1970	Enero	13	0,7
	Febrero	9	0,5
	Marzo	60	3,9
	Abril	77	5,0
	Mayo	101	6,1
	Junio	110	6,4
	Julio	92	5,2
	Agosto	114	6,7
	Setiembre	96	5,9

De los egresos analizados, el 46 % eran pacientes del sexo masculino; un 25 % asegurados familiares y el 78 % presentaban D. P. C. en su forma marasmática. Este último hecho tiene gran importancia, ya que, como veremos luego, parece estar relacionado con un destete precoz.

Los niños del estudio ingresaron al Hospital con el diagnóstico correcto de desnutrición de III grado en el 26,5 % de los casos; en un 36,5 % se consignó como diagnóstico de ingreso, enfermedad diarréica. Los diagnósticos de los restantes fueron diversos.

La mitad de los niños eran menores de 1 año de edad. Un 75 % se encontraban dentro de los 2 primeros años y el resto tenían más de esa edad (Cuadro 2).

CUADRO 2

Grupos de edad

Edad	No.	%
0 — 5 meses	54	27,0
6 — 11 meses	44	22,0
1 — 1 año 11 meses	47	23,5
2 — 4 años	27	13,5
Más 5 años	28	14,0

En el análisis de la procedencia se tuvo en mente determinar si existen áreas críticas en los alrededores de la ciudad de San José. Al parecer es así. Nuestros pacientes procedían de 43 cantones del país. Del área metropolitana, incluso de las cabeceras de cantón cercanas a la ciudad, procedía el 38,5 % de los casos de la muestra. Se pueden considerar como áreas críticas, Santa Ana, Mora, Puriscal, Parrita y Quepos, con 32 niños; Desamparados, Alajuelita, Aserri y Acosta, con 33 casos. De Puntarenas y de Limón procedían 20 y 19 enfermos, respectivamente.

Es interesante conocer también la relación entre el número de hijos de cada hogar. Este dato se analiza en el Cuadro 3.

CUADRO 3

Número de hijos por familia

No. de hijos	Familias (%)
1	7,5
2 y 3	24,0
4 y 5	16,5
6 y 7	14,5
8 y más	24,0
Desconocido	13,5

Se nota una más alta prevalencia en las familias con dos y tres hijos y en las muy numerosas de más de 8. Sin embargo, como la muestra es pequeña para sacar conclusiones definitivas, sería necesario analizar en el futuro qué ha sucedido en las familias de 2 y 3 hijos especialmente.

En el Cuadro 4 se anota la relación con la lactancia materna. En un 17,5 % se ignora el tiempo de lactancia materna.

CUADRO 4

Lactancia materna

Duración	Casos %
0 - 7 días	41,2
8 - 29 días	7,8
30 - 89 días	20,6
3 - 5 meses	12,2
6 - 11 meses	9,1
12 meses y más	9,1

Hasta donde fue posible recoger información, se encontró que un buen número de niños no son alimentados en forma natural y que en más de dos terceras partes de la muestra, apenas lo fueron hasta los 3 meses de edad. Sólo el 9,1 % sobrepasó el año. De este último grupo, ninguno ingresó con D. P. C. antes del año de edad. De ahí la enorme importancia epidemiológica de ese hecho en la etiología de la forma marasmática de la desnutrición, que es la que prevalece en nuestro medio.

El destete precoz es una consecuencia del trabajo de las madres fuera del hogar, de la oferta masiva en el comercio de productos lácteos y de alimentos para niños, pero también y esto es lo más importante, del cambio de hábitos, por imitación de una práctica importada de países industrializados y que el mismo personal de salud, médicos, enfermeras, etc., recomiendan más de lo conveniente. Es necesario llamar la atención sobre esto último y sus graves consecuencias y recordar que si se aconseja el destete precoz, a una madre de alto nivel socio económico, que sí puede alimentar al niño con lactancia artificial en un ambiente poco séptico, su ejemplo puede ser imitado por otras de más bajo nivel económico y cultural, que no pueden mantener la higiene óptima porque carecen de refrigeración y de conocimientos para proporcionar una correcta alimentación al niño pequeño, con las consecuencias consiguientes.

Veremos en el siguiente Cuadro, que la diarrea es la causa más fre-

CUADRO 5

Diagnóstico primario de egreso

Diagnóstico primario	%
Total	100,0
Enfermedad diarreica	45,8
Infección respiratoria	15,8
Desnutrición proteico calórica	13,9
Parasitosis intestinal	6,2
Anemias	3,1
Sarampión	2,5
Sepsis	2,2
Otras causas	10,5

cuenta como diagnóstico de egreso y que es una excepción el caso que no la presenta, aunque no aparezca como diagnóstico primario.

El total de hospitalizaciones fue de 354, aunque esta cifra no es definitiva para este grupo de niños, pues muchos de ellos tendrán nuevos ingresos (Cuadro 6).

CUADRO 6

Reingresos

No. Ingresos	No. Casos	No. Hospitalizaciones
	Total	354
1	119	119
2	34	68
3	28	84
4	13	52
5	5	25
6	1	6

También se analizó el destino de estos niños al salir. Dieciséis se internaron en la Clínica Nacional de Nutrición de Tres Ríos, diecisiete fallecieron y cuatro fueron trasladados al Hogar Infantil de Santa Ana.

Cabe mencionar, finalmente, que el 20 % de las madres de la muestra eran solteras y que el 67,5 % de estas madres tienen tres o menos hijos. En diez casos se anotó parto prematuro y sólo tres tenían úlcera corneal por probable hipovitaminosis A.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Evidentemente ha existido un subregistro en nuestros sistemas estadísticos de reporte, para la desnutrición proteico calórica en su forma grave.

Es a partir de la Encuesta Clínica Nutricional de 1966 que se conoce la magnitud del problema a nivel de la población general.

En el Hospital Nacional de Niños se inició en marzo de 1970 una clasificación adecuada para la información estadística de estos casos.

Con este análisis se pretende llamar la atención sobre la severidad del problema en la población pediátrica de un Hospital que atiende niños de todo el país.

Dos hechos deben destacarse: uno, la alta prevalencia de desnutrición en menores de 2 años y el otro, íntimamente relacionado, el destete precoz.

El efecto negativo de la desnutrición severa a temprana edad, feto y primeros 6 meses de vida, sobre el desarrollo del cerebro humano y la capacidad intelectual, es un hecho cada vez más conocido y aceptado y de grandes implicaciones socio culturales para las generaciones futuras. Por otra parte el pronóstico inmediato para un desnutrido severo, se ensombrece de acuerdo con la menor edad del niño.

En las zonas tropicales y subtropicales se ha producido en los últimos años, un deterioro progresivo del modelo tradicional de lactancia materna, en favor de la alimentación con leche de vaca, sin un mejoramiento paralelo de las condiciones económicas, educativas e higiénicas. A causa de estas dificultades en lugar de ingerir un alimento adecuado, el niño recibirá con toda probabilidad una leche aguada, superdiluida y fuertemente contaminada de bacterias (3).

El médico no debe olvidar que la leche materna es bacteriológicamente pura, contiene los nutrientes esenciales y apropiados para el crecimiento y desarrollo de niño durante los primeros meses de vida, se mantiene a una temperatura constante, es barata, de fácil obtención y puede aportar ciertos anticuerpos durante las primeras semanas de vida. Asimismo ha de tener presente, que la lactancia natural es importante desde el punto de vista psicológico, porque la madre que amanta al niño, incrementa los lazos afectivos con el hijo.

Paradójicamente, mientras se buscan en todo el mundo nuevas fuentes de proteínas para cubrir la demanda de este nutriente, aumenta la tendencia a despreciar la mejor fuente de proteínas para el niño pequeño: la leche materna.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).
Evaluación nutricional de la población de Centro América y Panamá.
Costa Rica Guatemala 1969.
2. JELLIFFE, D. B.
La nutrición infantil en las zonas tropicales y subtropicales. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*: 24: 286, 1970.
3. VARGAS, W.
La desnutrición proteico calórica y su impacto como causa de muerte en el niño. Congreso Médico Nacional, San José, Costa Rica. 1970.