

Logros pediátricos en el tratamiento de desnutridos atendidos en un seminternado 1995-1996

Elizabeth Dini Golding, Yudy Barboza Ríos, Saira Battaglini, Olis Aliendres

Resumen: El objetivo del trabajo fue definir y analizar las variables consideradas logros de la intervención médica en desnutridos moderados durante los controles ambulatorios, dentro de una estrategia de intervención integral. Se estudiaron 159 niños menores de 10 años, ingresados al seminternado y atendidos por equipo interdisciplinario durante 3 meses. Se identificaron y definieron las variables a analizar al egreso: recuperación nutricional e identificación de patologías asociadas y durante los controles ambulatorios (15 días, 3, 6, 12 meses): ausencia de recaídas, asistencia a consultas preventivas y curativas, cumplimiento de tratamiento médico. Los resultados se analizaron según el tipo de recuperación al egreso (total, parcial, no recuperados) y edad. La relación de las variables cualitativas se determinó con la prueba de χ^2 de Pearson ($p < 0,05$). La desnutrición primaria fue predominante en el grupo de niños. 75.5 % de los niños se recuperaron. 77 % presentaron patologías asociadas a la desnutrición (anemias, caries, parasitosis). 31 % presentó recaídas durante el seguimiento. El tipo de recuperación no determinó la asistencia a los controles y ésta disminuyó de 53 % a 33 % y 26 % a los 6 y 12 meses. La asistencia a consultas preventivas fue menor de 42 % en todos los tipos de recuperación, en contraste con la asistencia a consultas curativas o al cumplimiento de tratamiento médico que fue superior al 65 %. El análisis de los logros permitió evaluar aquellos aspectos que son importantes en el tratamiento nutricional, para mantener o modificar estrategias de atención. *An Venez Nutr 2000; 13 (2): 114-120.*

Palabras clave: Trastornos nutricionales, recuperación nutricional, atención integral de salud, niños.

Pediatric achievements in the treatment of undernourished children in a semiinternee modality (1995-1996)

Abstract: The objective of this work was to define and analyze the achievements of medical intervention variables considered in moderate undernourished children during the ambulatory controls, within a strategy of integral intervention. 159 children under 10 were studied, that had entered the semiinternee modality and had been assisted by an interdisciplinary team for three months. The variables at the time of discharge were identified, defined and analyzed: nutritional recovery and identification of associate pathologies, as well as during ambulatory controls at 15 days, 3, 6 and 12 months: absence of relapses, attendance to preventive and curatives consultations and medical treatment. The results were analyzed according to the type of recovery at discharge (total, partial, or not recovered) and age. The analysis of the qualitative variables was done with Pearson χ^2 ($p < 0,05$). Primary malnutrition was predominant in this group of children; 75.5 % of the children recovered, 77 % presented pathology associated to malnutrition (anemias, caries, parasitosis). The type of recovery did not determine the attendance to controls and diminished from 53% to 33% and from 33% to 26 % at 6 and 12 months; the attendance to preventive consultations was less than 42 % in all the cases, in contrast with the attendance to curative consultations or the fulfillment of medical treatment that was more than 65 %. The analysis of the achievements allowed to evaluate those aspects that are important in an integral nutritional treatment, to maintain or to modify strategies of attention within the intervention pattern. *An Venez Nutr 2000; 13 (2): 114-120.*

Key words: Nutrition disorders, nutrition rehabilitation, comprehensive health care, child.

Introducción

En la estrategia de intervención de la desnutrición en el niño es importante ir más allá de un diagnóstico y tratamiento médico adecuado; ésta se debe basar en lograr modificaciones favorables en la familia que se traduzcan en cambios en hábitos y conductas en lo que se refiere al cuidado del niño⁽¹⁾. Para esto se necesita la intervención de un equipo multidisciplinario, que aborde los diferentes problemas que se presentan en la familia de estos niños.

Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, CANIA, Caracas.

Solicitar copia a: Elizabeth Dini. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA, Avenida Intercomunal de Antímamo con Principal de El Algodonal, CP 1100 Caracas. Teléfono 471.5548. Fax: 4714347 email: caniacs@reacciun.ve

Dentro del contexto de un modelo de intervención integral, la recuperación del niño desnutrido, implica que para mantener los cambios obtenidos en los aspectos físico, dietético, socioeconómico y psicológico, se debe lograr la comprensión e internalización de una serie de conocimientos y prácticas en salud por parte de la familia del niño, que garanticen la recuperación a largo plazo⁽²⁻⁴⁾.

Para esto se necesita el diseño de estrategias educativas incorporadas a los programas de recuperación nutricional, para despertar conciencia sobre el problema nutricional^(5,6), lo cual ya ha sido identificado como una de las grandes debilidades de estos programas^(5,7,8).

Por otra parte, la evaluación del impacto de las estrategias aplicadas

en la recuperación de los niños, debe incluir elementos que permitan analizar en forma objetiva⁽¹⁾, el resultado de la intervención en el niño desnutrido, así como también el peso de los aspectos educativos dentro del proceso de recuperación.

Dentro de las actividades que el área médica del CANIA realiza para lograr la recuperación nutricional de un niño, está la evaluación clínica del estado nutricional, la identificación de las patologías que lo afectan y la identificación de prácticas de salud inadecuadas. El cumplimiento de estas actividades no garantiza por sí solo el éxito del tratamiento, porque depende también del cumplimiento por parte de la familia de las indicaciones impartidas, la asistencia a los controles, adquisición de conocimientos en salud, cambios conductuales y en general un mejor conocimiento por parte de la familia y específicamente la madre, sobre la atención del niño y el acceso a los recursos⁽⁵⁾, con la finalidad de mantener la labor iniciada desde la primera intervención.

La poca existencia de literatura en el país al respecto, unido a la aplicación en la institución de un modelo de intervención integral en el que se involucra en la recuperación del desnutrido, al niño, a la madre y la familia, y la necesidad de evaluar aspectos de la intervención nutricional importantes para mantener o modificar estrategias de intervención, fundamentó esta investigación con los objetivos siguientes:

Definición de todas las variables que deben ser consideradas "logros de la intervención" (variables a modificar positivamente) de la atención médica, dentro de la estrategia de intervención integral aplicada en el Centro para esta población.

Análisis de estas variables en los niños egresados del seminternado durante los controles por un período máximo de un año.

Materiales y métodos:

El grupo de estudio estuvo constituido por 159 niños 78 del sexo femenino y 81 del sexo masculino, menores de 10 años con desnutrición moderada según diagnóstico nutricional integral⁽⁹⁾ pertenecientes a los estratos IV y V según el método de Graffar Modificado Méndez Castellano⁽¹⁰⁾. Estos niños fueron atendidos en la modalidad de seminternado del CANIA⁽¹¹⁾ en el período comprendido entre septiembre 1995 - diciembre de 1996. Al ingreso los pacientes fueron ubicados de acuerdo a la edad en cuatro grupos establecidos (< 2 años, 2 a < 4 años, 4 a < 6 años, 6 a 9 años), y durante tres meses un equipo interdisciplinario, constituido por pediatra, nutrólogo, nutricionista clínico, trabajador social, psicólogo, psicopedagoga y puericultora, aplicó una dinámica de intervención individual y grupal previamente determinada⁽¹¹⁾.

Se consideraron "logros de la intervención" a todos aquellos factores (variables) sujetos a modificación luego de la intervención nutricional integral, y que tienen importancia en la recuperación y mantenimiento de ésta. Los pediatras identificaron y establecieron el listado de variables consideradas "logros de la intervención", dentro del área de pediatría (las otras áreas del Centro analizaron otras variables⁽¹²⁾ no señaladas en este trabajo) con el objeto de analizarlas al egreso y durante los controles ambulatorios a los 15

días, 3, 6 y 12 meses. La escogencia de las variables se basó en los aspectos que el pediatra registra, interviene y controla directamente en el niño y la familia, dentro del modelo de intervención interdisciplinaria en CANIA, y en la experiencia en relación con:

- La característica común que tienen las familias atendidas en el Centro en cuanto a la poca importancia que le dan a la intervención preventiva dentro del sistema de salud
- La falta de reconocimiento de la desnutrición como problema de salud
- Los factores biomédicos condicionantes del deterioro nutricional en esta población (riesgo biomédico de desnutrición)⁽¹³⁾.

Las variables consideradas "logros de la intervención" evaluadas al egreso del seminternado fueron:

1. Recuperación nutricional durante su estadía en el seminternado: a. Recuperación total: cuando el niño alcanza el estado normal o eutrófico: peso para la talla > p 10 de la referencia y normalidad de los indicadores de composición corporal. b. Recuperación parcial: existencia de cambios positivos en composición corporal (sin llegar a la normalidad) con o sin peso para la talla mayor del p 10 de la referencia. c. No recuperado: cuando el niño mantuvo el mismo estado nutricional que tenía al ingreso en el seminternado.
2. Patología asociada: identificación de procesos patológicos agudos y crónicos durante su permanencia en el seminternado.

Las variables "logros de la intervención" evaluadas durante los controles ambulatorios fueron:

1. Ausencia de recaídas: definida la recaída operacionalmente como el deterioro del nivel de recuperación alcanzado al egreso del seminternado, durante los controles de seguimiento.
2. Asistencia regular a consultas preventivas realizadas en centros de atención de salud de la Parroquia Antimano, siguiendo el esquema del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (actualmente Ministerio de Salud y Desarrollo Social).
3. Asistencia regular a consultas especializadas (nefrología, neuropediatría y gastroenterología) en CANIA y externas al Centro (odontología, cardiología, etc) cuando fuera necesario.
4. Cumplimiento del tratamiento médico indicado.

Para el análisis de la variable: recuperación nutricional, se tomó en cuenta la presencia de procesos patológicos agudos y crónicos diagnosticados a cada paciente durante su permanencia en el seminternado.

La información acerca de la asistencia a las consultas preventivas y curativas y del cumplimiento del tratamiento médico indicado, se obtuvo del interrogatorio al representante de el niño y las otras variables mediante la evaluación clínica y antropométrica.

El análisis de las variables 2, 3 y 4 durante el seguimiento, motivó la investigación y recopilación de las causas por las cuales no se cumplieron.

Se realizó una distribución de frecuencia y los resultados se categorizaron por grupos de edad y por tipo de recuperación nutricional al egreso del seminternado (recuperación total, parcial y no recuperado) para su análisis.

La relación entre los grupos según los tipos de recuperación y las variables cualitativas (presencia de patologías asociadas y grupos de edad) se determinó con la prueba de chi 2 de Pearson con un nivel de significancia de $p < 0,05^{(14)}$.

Resultados

Setenta y cinco por ciento de los niños se recuperaron al egreso del seminternado; 64,2 % (n=102) correspondió a niños recuperados parcialmente y el resto (11,3% n= 18) a niños recuperados totalmente (**Cuadro 1**).

Cuadro 1.
Distribución del grupo de estudio según edad y tipo de recuperación nutricional (septiembre 1995 - diciembre 1996)

Edad Años	Total Niños		Recuperación				No Recuperados	
	n	%	Total n	%	Parcial n	%	n	%
< 2 años	40	25	2	11	26	25	12	31
2 - < 4	40	25	5	28	22	22	13	33
4 - < 6	29	18	2	11	23	23	4	10
6 - 9	50	32	9	50	31	30	10	26
Total	159	100	18	100	102	100	39	100
Total	159	100	18	11.3	102	64.2	39	24.5

Recuperación total: cuando el paciente alcanza el estado nutricional normal (eutrófico)

Recuperación parcial: existencia de cambios positivos en el estado nutricional sin alcanzar normalidad antropométrica

No recuperados: cuando el niño mantuvo el mismo estado nutricional que tenía al ingreso del seminternado

Al observar la recuperación según el grupo de edad, vemos que la mayor proporción de niños no recuperados correspondió a los menores de 4 años (64% n=25), y dentro del grupo de recuperados totales fue mayor la proporción en los de 6 a 9 años (50% n= 9); no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad y el tipo de recuperación ($2 = 4,67 p > 0,05$).

77% (n=122) de los niños presentaron alguna patología asociada a la desnutrición o con repercusión sobre el estado nutricional (**Cuadro 2**); no se observó diferencia significativa entre los distintos tipos de recuperación y la presencia o no de

Cuadro 2
Distribución del grupo de estudio según tipo de recuperación nutricional y presencia de patología asociada que repercute sobre el estado nutricional (septiembre 1995 - diciembre 1996)

	Recuperación total	Recuperación parcial	No recuperados
Patología asociada n = 122 (77 %)	14 (77,8 %)	76 (74,5 %)	32 (82,1 %)
Ausencia de patología n = 37 (23 %)	4 (22,2 %)	26 (25,5 %)	7 (17,9 %)
Total n= 159 (100 %)	18 (100 %)	102 (100 %)	39 (100 %)

entre los distintos tipos de recuperación y la presencia o no de éstas ($2 = 0,74 p > 0,05$).

En cuanto a las patologías agudas, las caries predominaron en el grupo de 6 - 9 años (48%), seguido en frecuencia por los niños de 4 a menos de 6 años (37%) y por último los menores de 4 años (7,4%). Las anemias predominaron en los menores de 2 años (55,6%), seguido por los niños de 2 a menos de 4 años (22,4 %), los de 4 a menos de 6 años (15%) y 7,4 % en los de 6 a 9 años; la anemia aunque es una patología nutricional, se consideró como patología asociada para su análisis por su hallazgo frecuente en niños con desnutrición. Las parasitosis intestinales fue la otra patología asociada aguda encontrada en estos niños: 37% en los niños menores de 2 años, 28,3% en el grupo de 6 a 9 años, 19,6% en los de 4 a menos de 6 años y 15,2% en los de 2 a menos de 4 años. Solo un niño presentó infección urinaria y otro niño intolerancia transitoria a la lactosa. No hubo diferencia significativa ($2 = 2,35 p > 0,05$) entre los tipos de recuperación y la presencia o no de caries, anemia o parasitosis, aunque la anemia predominó en el grupo de no recuperados.

La desnutrición primaria se encontró en 81% de los niños; las patologías crónicas con repercusión sobre el estado nutricional sólo se presentaron en 19% (n=23) de todos los pacientes; los no recuperados presentaron mayor proporción de éstas (28,1% n=9), duplicando en porcentaje a los recuperados totales (14,3% n=2) y parciales (15,8% n=12), pero sin diferencias significativas ($2 = 2,47 p > 0,05$). En los niños recuperados se presentó un niño con acidosis tubular distal y uno con clínica de malabsorción intestinal por malrotación intestinal resuelta quirúrgicamente. En los niños recuperados parciales se presentaron 5 con hipercalcemia, 3 con acidosis tubular renal, 1 con adenoiditis crónica, uno con reflujo gastroesofágico, uno con hipotiroidismo compensado y una con nefrocalcinosis. En los no recuperados se encontró 3 niños con adenoiditis crónica, 3 con cardiopatía congénita, uno con reflujo gastroesofágico, uno con malabsorción intestinal y uno con otitis crónica.

En el **Cuadro 3** se observa la distribución del grupo de estudio según la asistencia a las consultas control post- egreso del seminternado. A partir de los 6 meses la asistencia bajó prácticamente a la mitad en todo los grupos de edad, excepto los menores de 2 años que lo hacen a los 12 meses del seguimiento.

Cuadro 3.
Distribución del grupo de estudio según asistencia a las consultas control Post egreso del seminternado y tipo de recuperación nutricional (septiembre 1995 - diciembre 1996)

Controles	Total Niños		Recuperación Total		Recuperación Parcial		no Recuperados	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15 días	88	55	9	50	58	57	21	54
3 meses	85	53	10	56	55	54	20	51
6 meses	53	33	5	28	34	33	14	36
12 meses	36	26*	6	33	24	24	6	15

Los porcentajes se calcularon sobre la base del total de niños en los diferentes grupos de recuperación nutricional *n total: 136 niños

La inasistencia a estos controles entre 45-77% no permitió conocer el estado de salud de 106 niños a los 6 meses y de 100 a los 12 meses del egreso del seminternado. La asistencia a los diferentes controles fue similar en los tres tipos de recuperación. Las causas de la inasistencia a los controles en CANIA en los niños que se recuperaron total y parcialmente y en los no recuperados, fueron: adopción (n=4), cambios de residencia al interior (n=5) y no conocidas en más del 60%.

En los recuperados totales, 69% (9/13) se mantuvieron eutróficos para el último control asistido y 31% (4/13) de ellos presentaron recaídas.

En el grupo con recuperación parcial, se encontró que solo 7 niños de 32 (22%) lograron mejoría en su estado nutricional durante su seguimiento; la edad de estos niños correspondió a menores de 4 años, en contraste con los mayores de 4 que solo 1 de 40 (2,5%) mejoró de diagnóstico para su último control asistido. 31% (n=23) presentó recaídas para el último control asistido, el resto mantuvo el diagnóstico de egreso.

En los niños no recuperados, 29,6% (n= 8/27) mejoraron el diagnóstico durante el seguimiento. En los menores de 4 años que acudieron a algunos de los controles, 37,5% (6/16) 78%

Cuadro 4.
Distribución del grupo de estudio según asistencia a consultas preventivas por grupos de edad y tipo de recuperación nutricional (septiembre 1995 - diciembre 1996)

Edad Años	Total niños n	Recuperación total		Recuperación parcial		No recuperados					
		Asistencia n	Inasistencia %	Asistencia n	Inasistencia %	Asistencia n	Inasistencia %				
<2 años	24	0	0	8	62	5	38	9	82	2	18
2 - <4	19	3	75	1	25	6	67	3	33	1	17
4 - <6	14	0	0	1	100	2	18	9	82	0	0
6 - 9	36	2	29	5	7	16	27	16	73	0	0
Total		5	42	7	58	22	40	33	60	10	39
Total	93	1	2*			55**				26***	

* 6 historias sin información
** 47 historias sin información
*** 13 historias sin información

mejoraron de diagnóstico en contraste con 19% (2/11) en los mayores de 4 años. Cabe destacar que entre los niños que presentaron anemia, 78% (n=42) fueron los menores de 4 años y en este grupo de edad se ubicó 79% (18/23) de los niños con patologías crónicas.

De todos los niños que asistieron a los 12 meses, solo 9 (30%) de los 30 niños recuperados totales y parciales presentaron deterioro del estado nutricional; esto es favorable ya que indica que hubo mayor proporción en los que se mantuvieron los cambios positivos luego de egresar del seminternado. Ninguno de los niños recuperados totales que recayeron llegaron al nivel de desnutrición que presentaban al momento del ingreso al seminternado.

En el Cuadro 4 se presenta la frecuencia de asistencia a las consultas preventivas fuera del CANIA. Se aprecia que hubo predominio de inasistencia en todos los grupos. Al diferenciarlos por grupos de edad, se observa que la asistencia fue mejor en los menores de 4 años, excepto en los de 2 - 4 años en el grupo de no recuperados.

Las causas de inasistencia fueron en el 64% (n=36) por descuido de la familia, 34% (n=19) porque el niño fue retirado de las consultas en los ambulatorios por ser mayor de 6 años y el resto por cambios de domicilio.

La asistencia a las consultas curativas fue mayor del 65% en todos los tipos de recuperación (Cuadro 5). Las referencias a estas

Cuadro 5.
Distribución del grupo de estudio según asistencia a consultas curativas por grupos de edad y tipo de recuperación nutricional (septiembre 1995 - diciembre 1996).

Edad Años	Total niños n	Recuperación total		Recuperación parcial		No recuperados					
		Asistencia n	Inasistencia %	Asistencia n	Inasistencia %	Asistencia n	Inasistencia %				
< 2 años	21	0	0	7	54	6	46	7	88	1	12
2 - <4	16	3	100	0	0	5	71	2	29	6	100
4 - <6	12	0	0	0	0	7	70	3	30	1	50
6 - 9	32	5	100	0	0	14	67	7	33	3	50
Total		8	100	0	0	33	65	18	35	17	77
TOTAL	81		8*				51**				22***

* 1 historias sin información
** 2 historias sin información
*** 2 historias sin información

consultas estuvieron condicionadas por la presencia de patologías asociadas a la desnutrición y a la resolución de las mismas. Las causas de la inasistencia fueron entre 75-80% por descuido, el resto por mudanza y por pérdidas de las citas por causas diferentes, de acuerdo a lo referido por los representantes.

El cumplimiento del tratamiento médico fue mayor del 83% en todos los tipos de recuperación (Cuadro 6). Las causas de incumplimiento fueron por problemas económicos en la mayoría de los casos.

Cuadro 6.
Distribución del grupo de estudio según tipo de recuperación
nutricional y cumplimiento de tratamiento médico
(septiembre 1995 - diciembre 1996)

Prescripción	Recuperación total n = 18*		Recuperación parcial n = 102*		No recuperados n = 39**	
	n	%	n	%	n	%
Total niños con prescripción	6	100	38	100	15	100
Cumplimiento tratamiento	5	83,3	33	86,8	14	93,3
Incumplimiento tratamiento	1	16,7	5	13,2	1	6,7
Total niños sin prescripción	11		62		21	

* 1 historia sin información

** 3 historias sin información

Discusión

La efectividad de los centros de recuperación nutricional ha sido cuestionada por varias razones, pero una de ellas es que no se plantean estrategias para medir el resultado de la intervención de los pacientes una vez egresado⁽¹⁵⁾. Así que definir los logros de la intervención nutricional de los niños desde el inicio del tratamiento, y analizarlos luego del egreso, permitirá establecer estrategias adecuadas de intervención para obtener resultados favorables desde el punto de vista médico, social, económico, educativo, cultural, etc.

Este trabajo plantea aquellos aspectos que se consideraron logros de la intervención nutricional en el área médica, una vez conocida las características de la población que acude a este Centro.

En este estudio la desnutrición primaria fue la predominante y similar a la que reporta el Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni (Caracas), donde 79% de los niños hospitalizados menores de 5 años presentaron desnutrición primaria en los últimos 7 años⁽¹⁶⁾. Castillo y col⁽¹⁷⁾ reportan en un estudio de niños desnutridos en la ciudad de Santiago de Chile en 1980, una frecuencia de desnutrición primaria de 11% y 89% de desnutrición secundaria (genopatías, cardiopatía, enfermedad celíaca, déficit inmunológico grave). La desnutrición primaria sin embargo, predomina en la mayoría de los países de Latinoamérica.

Uno de los aspectos que más se ha tomado en cuenta al momento de evaluar la intervención nutricional, ha sido la recuperación nutricional y la historia de morbilidad o mortalidad de los pacientes^(1,8,15).

Beaudry⁽¹⁾ plantea que la mejoría del estado nutricional, refleja cambios de conducta en la madre y lo cataloga como el principal criterio de efectividad de la intervención.

A pesar de que no hubo significancia estadística entre los grupos de edad y el tipo de recuperación, se observó que en los menores de 4 años se ubicó una mayor proporción de niños no

recuperados al egreso del seminternado; durante el período de seguimiento, este grupo de niños fue el que presentó el mayor porcentaje de cambios positivos en el estado nutricional, principalmente en los que se recuperaron parcialmente. El tiempo de estadía en el seminternado, posiblemente no fue suficiente para que se produjeran los cambios en el estado nutricional en los menores de 4 años, quizás porque mientras más pequeño es el niño, depende más de la relación e interacción con el cuidador, y si éste no está preparado para responder positivamente a las señales del niño, dificultará el manejo del problema nutricional, lo que retrasa el tiempo de la recuperación nutricional. También hay que señalar que este grupo presentó mayor proporción de anemias, la cual pudo haber interferido en la recuperación.

Uno de los principales logros que se planteó desde el inicio de la atención de los niños fue la ausencia de recaídas. Como se observa en las tres figuras, algunos niños presentaron fluctuaciones en el estado nutricional durante el período analizado; 31% de recaídas tanto en el grupo recuperado total como en el recuperado parcialmente.

Mantener el estado nutricional después de la recuperación, depende de factores internos y externos al individuo⁽²⁾. Aunque no se hizo un análisis de la relación causa efecto entre dichos factores y la falta de mantenimiento de la recuperación obtenida, se recogieron las siguientes causas: condiciones económicas críticas que ocasionaron ingestas calóricas bajas, presencia de interurrencias, poca supervisión durante el momento de las comidas y problemas en la dinámica familiar y en la relación madre hijo que ocasionaron las alteraciones en los hábitos y conductas alimentarias.

Beghin y Viteri⁽⁴⁾ señalan que el período posterior a la recuperación es responsabilidad de la familia, especialmente de la madre, y éste va a depender de la educación impartida a la madre.

La identificación y tratamiento de cualquier proceso patológico en los niños del estudio, permitió profundizar en la etiología y en los factores biomédicos condicionantes de la desnutrición a fin de corregir las deficiencias y lograr mejorar la intervención nutricional integral, además de llamar la atención en las familias de estos niños, ya que muchas de ellas (caries, parasitosis y anemias) pudieron ser evitadas con un adecuado control preventivo.

Estas tres patologías han sido las más frecuentemente encontradas en los niños atendidos en las modalidades de atención: ambulatorio y seminternado de este Centro desde 1995, junto con el asma y las infecciones respiratorias superiores.

En cuanto a la deserción a las consultas control, los datos se comparan con los de una muestra de niños desnutridos evaluados y seguidos en la consulta de Nutrición del Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro entre 1985 - 1987⁽¹⁸⁾; la prevalencia de la deserción fue de 66,6% a los 6 meses de la primera consulta.

Los resultados de los trabajos realizados en otros países⁽⁸⁾ señalan que las visitas a los hogares de estos niños egresados de

centros de recuperación, mejoran la asistencia a los controles y el mantenimiento de la recuperación.

Se desconocen las razones que motivaron la inasistencia de los niños a los controles en el Centro, aunque se plantea que posiblemente los representantes al momento del egreso de los niños aun no habían concientizado la importancia de la problemática nutricional de sus hijos y por lo tanto, no estaban suficientemente motivados a acudir a los controles. Otros quizás no acudieron al observar a sus hijos recuperados y creer innecesario la asistencia nuevamente a CANIA. Perra y col⁽¹⁵⁾ en Guinea también reportaron pérdida de pacientes durante el seguimiento de niños desnutridos graves egresados de centros de recuperación, y plantean que posiblemente las familias al observar a los niños mejores, decidieron no ir a los controles por no considerarlo necesario.

Esto permitió al equipo interdisciplinario reflexionar acerca de la estrategia de atención para realizar los correctivos a fin de mejorar esta situación al insistir y profundizar sobre las consecuencias de la enfermedad, hacer cambios en el modelo de atención individual y grupal en los talleres educativos y consolidar la caracterización de las familias que se atienden en el Centro, que permitiera prever las posibles dificultades de éstas para el cumplimiento de las citas.

La asistencia de los niños de este estudio a los controles preventivos en los Centros de Salud públicos ó privados de la zona fue baja. En este aspecto se fracasó en la obtención del logro planteado al inicio. La diferencia en la asistencia de acuerdo a la edad, puede ser debida a que la consulta preventiva culturalmente está identificada con vacunación; además en nuestro sistema de salud, estas consultas están diseñadas para menores de 6 años en la mayoría de los centros públicos de la zona; los mayores son evaluados por higienistas escolares solo a los 8, 10 y 12 años de edad.

La inasistencia a las consultas preventivas y a los controles post egreso al CANIA, comparten un punto en común, en que el objetivo de la consulta es evaluar al niño para detectar tempranamente problemas de salud, evaluar su crecimiento y desarrollo y el cumplimiento de indicaciones, sin necesidad de que este niño presente enfermedad aguda. Mahler señala que las consultas preventivas deben ser el primer punto de contacto de los niños con el sistema de salud⁽¹⁹⁾.

Muchos países en desarrollo han logrado reducir considerablemente la morbilidad y mortalidad en los últimos 30 años, mediante la implementación de servicios de atención primarios de salud que han aumentado la sobrevivencia materna - infantil y reducido la frecuencia de la desnutrición y de las enfermedades transmisibles⁽²⁰⁾.

En contraste con las consultas preventivas, la consulta curativa en CANIA y fuera de éste, se cumplió satisfactoriamente, duplicando los porcentajes en los recuperados totales y no recuperados y mejorando evidentemente en los recuperados parciales.

Culturalmente en nuestro país la relación de las familias y los individuos con el sistema de salud, está vinculado con la práctica

curativa, dejando a un lado las actividades dedicadas a la prevención de la salud. La infraestructura sanitaria y el personal de salud, centra todo los esfuerzos en la atención de la enfermedad, así que para la mayoría de la población, la salud se obtiene sólo si hay un acto médico que cure alguna enfermedad.

Las condiciones de vida en estratos bajos muchas veces impiden que se reconozca a la desnutrición como enfermedad y la demanda de asistencia médica se presenta tardía y postergada en relación con la evolución de la enfermedad. Ortale y col⁽²¹⁾ refieren que el bajo peso por sí mismo, no presenta una significancia tal que motive la preocupación de la madre hasta tanto no precipite la aparición de infecciones intercurrentes. Estos mismos autores señalan que "la desnutrición salvo en casos severos, no es vista como una problemática sujeta a medicalización, formando parte de la perspectiva de la madre del estado de salud normal del niño"⁽²¹⁾.

Igualmente señalan⁽²¹⁾ que el hecho de que los sistemas de salud enfocan su atención en la enfermedad, hace que se pierda información a nivel institucional de la presencia de la desnutrición infantil.

Estudios realizados en países en desarrollo indican que 50-60% de los pacientes no cumplen con el tratamiento indicado. Las investigaciones han señalado que hay pacientes motivados pero no informados, y pacientes informados pero sin suficiente motivación; pacientes que no pueden cumplir debido a obstáculos externos y pacientes que deciden no seguir con las indicaciones⁽²²⁾.

En un estudio realizado en nuestro país en 317 pacientes pediátricos en régimen ambulatorio de un hospital urbano, seleccionados en forma aleatoria para verificar cumplimiento de tratamiento, encontraron que el 68% de los pacientes cumplieron con las indicaciones; el cumplimiento mostró una relación inversa con el número de medicamentos indicados, la situación económica y la escolaridad del paciente y una relación directa con la gravedad de la enfermedad y no mostró relación con la edad y con el sexo⁽²³⁾.

Independientemente de la causa del incumplimiento del tratamiento o de la inasistencia a las consultas, los profesionales de la salud pueden influir en el grado de motivación de los pacientes utilizando técnicas que ayuden a modificar comportamiento, mejorando la comunicación del médico hacia el paciente, concientizándolos de la enfermedad y de sus consecuencias, dando respuesta a las inquietudes que presenten en cuanto al tratamiento y orientarlo para la adquisición de éste.

Para que los resultados de la recuperación sean permanentes hay que generar un cambio de actitud en la madre o en la persona que cuida al niño, de modo que la recuperación se produzca y continúe en su propio hogar⁽¹⁷⁾. La educación nutricional debe estimular el cambio de conducta que garantice una salud nutricional óptima⁽²⁴⁾.

Al egreso del seminternado 75% de los niños se recuperaron. Los niños no recuperados al egreso del régimen de

seminternado mejoraron muy poco su estado nutricional durante el seguimiento. La falta de recuperación nutricional en casos de desnutrición primaria, parece ser un indicador de mal pronóstico de cambios positivos durante el seguimiento. La edad no determinó el tipo de recuperación nutricional. Las prácticas destinadas a la prevención de la salud no se cumplieron satisfactoriamente en estas familias.

La recuperación nutricional de los niños se logra y se mantiene no solo con la intervención adecuada del equipo de salud, sino con la colaboración y el compromiso de la familia, asistiendo a los controles y cumpliendo con el tratamiento.

El tratamiento nutricional se debe intensificar en las primeras semanas cuando el paciente acude a recibir atención médica y principalmente en aquellos que son referidos por otro servicio de salud, ya que puede que las familias no estén totalmente conscientes de la problemática del niño.

Este análisis de los logros de la intervención médica, permite evaluar aquellos aspectos que son importantes en el tratamiento nutricional integral para mantener o modificar estrategias de atención en el modelo de intervención.

Es necesario investigar detalladamente, las razones que impiden mantener los cambios positivos en el estado nutricional, con la finalidad de desarrollar estrategias que mejoren la calidad de atención.

También es importante identificar precozmente durante la recuperación, aquellos niños más vulnerables a las recaídas o fracasos en la intervención. Como logro de la intervención nutricional a largo plazo, se puede incorporar la ausencia de nuevos casos de niños desnutridos en las familias tratadas.

Referencias

1. Beaudry M. Nutrition rehabilitation-centers An evaluation of their performance. *Enviror Child Health* 1973; 299-336.
2. Escudero P, Puentes R, Araos F, Contreras AM, Latorre M. El hogar sustituto como sistema de recuperación integral en lactantes desnutridos y graves. *Rev Chil Pediatr* 1987;58:414-418
3. UNICEF. Estrategias para mejorar la nutrición de niños y mujeres en los países en desarrollo, New York 1990;29:35.
4. Beghin I, Viteri F. Nutritional rehabilitation centers: an evaluation of their performance. *Eviror Child Health* 1973;dic:404-416.
5. Fernández M. La educación en épocas de crisis: Conflicto de la Educación Nutricional. En: Landaeta M. *Educación Nutricional Bases del Desarrollo*. Caracas, Fundación Cavendes, 1995: 4-12.
6. Vio del R F, Albala C, Olivares S, Andrade M. Evaluación del estado nutricional en lactantes y preescolares atendidos en centro de recuperación nutricional. *Rev Chil Pediatr* 1985;56:223-226.
7. Burgess A, Burgess L. Developing countries. En: Mc Laren D, Burman D, Belton N, Williams A. *Textbook of Paediatric Nutrition*. Edinburgh Churchill Livingstone 1991, 3 ed:572-575.
8. Khanum s, Ashworth A, Huttly S. Controlled trial of three approaches to the treatment of severe malnutrition. *Lancet* 1994;344:1728-1732.
9. Henríquez G. Evaluación del estado nutricional. En: Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA, *Nutrición en Pediatría*. Caracas CANIA 1999:17-62.
10. Méndez H, Méndez M. Estratificación social y biología humana. Método Graffar Modificado. *Arch Venez Puer Ped* 1986;49:93-104.
11. Boletín de Nutrición Infantil CANIA. Centro de Atención Infantil Antímamo. Caracas 1998;1 (1):28-31.
12. García M, Zorzalejo Z, Alvarez ML, Bustamente CC, Arenas O. Logros dietéticos en niños con desnutrición moderada atendidos en régimen de seminternado. *An Venez Nutr* 1999;12:110-116.
13. Aliendres O, Battaglini S, Barboza Y, Dini E, Henriquez G, Arenas O. Diseño de un instrumento de riesgo biomédico de desnutrición en niños de una comunidad urbano marginal. *An Venez Nutr* 1998;11:174-180.
14. Daniel W. *Bioestadística*. México Editorial Limusa 3ª edición 1987:476-487.
15. Perra A, L de Cortello AM. Efficacy of outreach nutrition rehabilitation centres in reducing mortality and improving nutritional outcomes of severely malnourished children in Guinea Bissau. *Eur J Clin Nutr* 1995;49:353-359.
16. Reinoza AC. Desnutrición ocupa un mal futuro. *El Universal* 2000 abril 30; Sec 4-2 (col 5).
17. Castillo D C, Salvatierra V, Mejías M, Olmos E, Guzmán M, Manrique A, Puentes R. Recuperación de niños desnutridos graves en un área de Santiago de Chile. *Bol Ofic Sanit Panam* 1983;95:173-181.
18. Feroso L. Estudio de recuperación nutricional en pacientes desnutridos manejados ambulatoriamente. (Tesis Postgrado Pediatría IVSS). Caracas Venezuela. Hospital 19. *Pediatría Dr. Elías Toro* 1988 71 pp.
19. Mahler H. Perspectivas de una nutrición mejor mediante la atención primaria de salud. En: *Problemas Nutricionales en países desarrollados en la década 1980 1990*. OPS 1987 cuadernos Técnicos Nro. 10:7-14.
20. World Health Organization: *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva, WHO 1981; serie 3.
21. Ortale S, Rodrigo MA. Estudio biocultural de la desnutrición infantil de causa primaria en el ámbito urbano del gran La Plata, Provincia de Buenos Aires Argentina. *Arch Latinoam Nutr* 1996;46:136-142.
22. Homedes N, Ugalde A. Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos 23.en el tercer mundo. *Bol Ofic Sanit Panam* 1994; 116:491-517.
23. Ramos C, Riera A. Cumplimiento de órdenes médicas en pacientes pediátricos ambulatorios. *Arch Venez Puer Ped* 1983;46:37-42.
24. Position of the American Dietetic Association: Nutrition education for the public. *JADA* 1996;96:1183-1187.

