

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**“DETERMINANTES SOCIALES DE LA DESNUTRICIÓN TIPO KWASHIORKOR EN
MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD. TENA, 2021”**

AUTORES:

AMORES LÓPEZ HUMBERTO DAVID

RUBIO ERAZO JOHN SAMIER

TUTOR: DR. WILLIAM GUILLEN JAMES

Riobamba - Ecuador

AÑO 2022

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotros Humberto David Amores López con cédula de ciudadanía 1850429919 y John Samier Rubio Erazo con cédula de ciudadanía 0930748181, autores del trabajo de investigación titulado: **DETERMINANTES SOCIALES DE LA DESNUTRICIÓN TIPO KWASHIORKOR EN MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD. TENA, 2021**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba,



Amores López Humberto David
CI: 1850429919



Rubio Erazo John Samier
CI:0930748181

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Yo, William Guillen James, con C.I. 0959716184, catedrático adscrito a la Facultad de ciencias de la salud por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado DETERMINANTES SOCIALES DE LA DESNUTRICIÓN TIPO KWASHIORKOR EN MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD. TENA, 2021, presentado por los estudiantes: Humberto David Amores López y John Samier Rubio Erazo por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, 19 de Julio 2022



A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'W' and 'G' intertwined, positioned above a horizontal dashed line. The signature is centered on a light yellow rectangular background.

Dr. William Guillen James

TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **DETERMINANTES SOCIALES DE LA DESNUTRICIÓN TIPO KWASHIORKOR EN MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD. TENA, 2021**, por Humberto David Amores López con cédula de ciudadanía 1850429919 y John Samier Rubio Erazo con cédula de ciudadanía 0930748181, bajo la tutoría de Dr. William Guillen James, con C.I. 0959716184; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 19 de Julio de 2022

Dr. William Guillen James
TUTOR.



Dr. Luis Costales Vallejo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL.



Dr. Ángel Mayacela Alulema
MIEMBRO DEL TRIBUNAL.



CERTIFICADO ANTI PLAGIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 14 de julio del 2022
Oficio N° 207-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

Dr. Patricio Vásquez Andrade
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Dr. William Guillen James**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 142019151	Determinantes sociales de la desnutrición tipo <i>Kwashiorkor</i> en menores de 2 años de edad. Tena, 2021	Humberto David Amores López John Samier Rubio Erazo	9	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ

Firmado digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.07.14
09:00:58 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por sus bendiciones, por otorgarme la fuerza que necesitaba para culminar este sueño de ser Médico.

A mis Padres por ser una pareja luchadora que me ha enseñado a nunca darme por vencido, por el gran amor incondicional que siempre me ha dado y por creer y confiar en mí. A mis hermanas Martita y Elizabeth quienes, con su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento.

A toda mi familia porque con sus consejos hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todo momento con sus oraciones y palabras de aliento.

A John mi compañero de tesis y sobre todo mi mejor amigo porque durante estos años de carrera universitaria me ha brindado su amistad y hemos podido superar cada dificultad que se nos presentaba.

Amores López Humberto David

Quiero dedicar este primer logro a mi familia y a su apoyo incondicional en especial a mi madre Dilma quien con su sacrificio y amor me brindaron la fuerza necesaria en momentos de dificultad y me impulsaron a continuar y culminar este sueño de ser Médico.

A mis hermanos Andy y Erick por ayudarme a seguir adelante a pesar de los obstáculos y dificultades, guiándome por el camino correcto, por sus consejos que han sido de mucha ayuda en mi vida.

A mi mejor amigo y compañero de tesis David por su amistad y su apoyo para sobrellevar cada obstáculo que se nos ha presentado durante toda la carrera.

Dedico este triunfo a mi Padre Nelson quien en vida fue el mejor ejemplo a seguir y quien depositó toda su confianza en mí y desde el cielo siempre ha sostenido mi mano y me ha cuidado, nada de esto sería posible sin él.

Rubio Erazo John Samier

AGRADECIMIENTO

Primero y más importante agradecemos a nuestro Padre Dios por bendecirnos en cada paso de nuestras vidas, por darnos la sabiduría y empatía para desarrollarnos junto al paciente.

A nuestros padres porque que por su sacrificio y apoyo permanente durante este largo camino no sería posible. Estamos profundamente agradecidas con nuestro tutor de tesis el Dr. William Guillen James médico y docente de pediatría por sus invaluable consejos, apoyo continuo y paciencia durante todo el internado. Sus inmensos conocimientos y experiencias nos han impulsado tanto en nuestro desarrollo personal, académico y sobre todo en la culminación de nuestro proyecto de tesis.

Nuestro agradecimiento al Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena, a todos los profesionales por brindarnos y abrirnos las puertas para cursar nuestro año de formación como internos rotativos y permitirnos convertirnos en profesionales de salud.

Finalmente agradecemos a la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, por acogernos a lo largo de estos 6 años de formación académica, y formarnos como profesionales de calidad al servicio de la sociedad.

David, John.

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA	2
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR.....	3
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	4
CERTIFICADO ANTI PLAGIO	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I:	13
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Justificación.....	14
1.4. OBJETIVOS	14
1.4.1. General	14
1.4.2. Específicos	14
CAPÍTULO II:	16
2. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Fundamentación teórica	16
CAPÍTULO III:.....	25
3. METODOLOGÍA	25
3.1. Tipo de estudio	25
3.2. Área de estudio.....	25
3.3. Universo y muestra.....	25
3.4. Diseño de investigación	25
3.5. Criterios de inclusión	25
3.6. Criterios de exclusión.....	26
3.7. Identificación de variables de investigación.....	26
3.7.1. Variable independiente.....	26
3.7.2. Variable dependiente.....	26
3.8. Operacionalización de variables.....	27
3.9. Técnicas de análisis e interpretación de la información procesamiento de datos	29
CAPÍTULO IV.....	30
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30

4.1.	ANÁLISIS UNIVARIABLE.....	30
4.1.1.	Distribución de los pacientes según el sexo.....	30
4.1.2.	Distribución de los pacientes según la edad.....	30
4.1.3.	Distribución según la etnia de los pacientes.....	31
4.1.4.	Distribución según el número de veces de alimentación del paciente.....	31
4.1.5.	Distribución según la zona residencial del paciente.....	32
4.1.6.	Distribución según los problemas de la crianza de los pacientes.....	32
4.1.7.	Distribución según la escolaridad paterna del paciente.....	33
4.1.8.	Distribución según la ocupación paterna del paciente.....	33
4.1.9.	Distribución según la escolaridad materna del paciente.....	34
4.1.10.	Distribución según la ocupación materna del paciente.....	35
4.1.11.	Distribución según los ingresos económicos de la familia del paciente.....	35
4.2.	ANÁLISIS BIVARIANTE.....	36
4.2.1.	Edad relacionada con el número de comidas al día.....	36
4.3.	DISCUSIÓN.....	37
	CAPÍTULO V:.....	39
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1.	Conclusiones.....	39
5.2.	Recomendaciones.....	40
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	41
	ANEXOS.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios laboratorio de McLaren	22
Tabla 2 Criterios clínicos de McLaren.....	23
Tabla 3 Diferencias clínicas entre marasmo y kwashiorkor.....	24
Tabla 4 Descripción de variables.....	27
Tabla 5 Distribución de los pacientes según el sexo.....	30
Tabla 6 Distribución de los pacientes según la edad	30
Tabla 7 Distribución según la etnia de los pacientes	31
Tabla 8 Distribución según el número de veces de alimentación del paciente	31
Tabla 9 Distribución según la zona residencial del paciente.....	32
Tabla 10 Distribución según los problemas de la crianza de los pacientes.....	32
Tabla 11 Distribución según la escolaridad paterna del paciente.....	33
Tabla 12 Distribución según la ocupación paterna del paciente.....	33
Tabla 13 Distribución según la escolaridad materna del paciente.....	34
Tabla 14 Distribución según la ocupación materna del paciente	35
Tabla 15 Distribución según los ingresos económicos de la familia del paciente.....	35
Tabla 16 Edad en meses relacionado con el número de comidas al día	36

RESUMEN

Objetivo: Analizar los determinantes sociales de la desnutrición tipo Kwashiorkor en los pacientes atendidos en el Hospital José María Velasco Ibarra en el año 2021 **Población y Universo:** 31 pacientes que fueron hospitalizados por el diagnóstico de Kwashiorkor en el servicio de pediatría del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena **Material y Métodos:** el tipo de Investigación realizada fue correlacional, retrospectiva y de corte transversal con datos obtenidos directamente de las historias clínicas de los pacientes con desnutrición tipo Kwashiorkor en la sala de estadística de los pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra. **Resultados:** Del total de 31 historias clínicas revisadas se extraen que el sexo femenino constituye el 64.5% de los casos totales, el 51.6% de niños presentaron desnutrición en los 6 primeros meses de vida, dentro de los determinantes sociales con mayor incidencia tenemos que el 74.2% de los pacientes reside en la zona rural, el 74.2% son indígenas, el 71% de los padres concluyó la educación secundaria mientras que el 58.1% de las madres concluyó la educación primaria, en relación con la economía familiar se evidencia que generan un ingreso menor al salario básico un 71%, la agricultura constituye el 29% de la ocupación paterna, el 83.9% de madres son amas de casa, se constató en las historias clínicas el diagnóstico de problemas con la crianza del niño en un 71% y en relación con el número de comidas se evidencia que el 54.8% de los menores recibían de 5 a 8 comidas al día. **Conclusiones:** Se concluye que los determinantes sociales más frecuentes asociados a la desnutrición tipo Kwashiorkor por su porcentaje encontrado fueron: residir en la zona rural, la etnia indígena, el salario mensual insuficiente, un bajo nivel de instrucción de los padres y una ocupación que no genere los ingresos económicos necesarios.

Palabras claves: kwashiorkor, desnutrición infantil, determinantes sociales, malnutrición.

ABSTRACT

Objective: To analyze the social determinants of Kwashiorkor-type malnutrition in patients treated at the José María Velasco Ibarra Hospital in 2021. Population and Universe: 31 patients who were hospitalized for the diagnosis of Kwashiorkor in the pediatrics service of the José María Velasco Ibarra Hospital in the city of Tena. **Material and Methods:** The research carried out was correlational, retrospective, and cross-sectional data obtained directly from the medical records of patients with Kwashiorkor-type malnutrition in the statistics room of hospitalized patients in the pediatrics service of the José María Velasco Ibarra General Hospital. **Results:** From the total of 31 medical records reviewed, it is extracted that the female sex constitutes 64.5% of the total cases, 51.6% of children presented malnutrition in the first six months of life, among the social determinants with the highest incidence we have that 74.2% of the patients reside in the rural area, 74.2% are indigenous, 71% of the fathers completed secondary education while 58.1% of the mothers completed primary education, about the family economy it is evident that they generate an income less than the basic salary 71%, agriculture constitutes 29% of the paternal occupation, 83.9% of mothers are housewives, it was found in the medical records the diagnosis of problems with the upbringing of the child in 71%, and concerning the number of meals it is evident that 54.8% of the minors received 5 to 8 meals a day. **Conclusions:** It is concluded that the most frequent social determinants associated with Kwashiorkor-type malnutrition due to their percentage found were residing in the rural area, indigenous ethnicity, insufficient monthly salary, a low level of parental education, an occupation that does not generate the necessary economic income.

Keywords: Kwashiorkor, child malnutrition, social determinants, malnutrition.

Firmado
digitalmente por
DARIO JAVIER
CUTIOPALA LEON
Fecha: 2022.07.14
02:33:18 -05'00'

Reviewed by:
Lic. Dario Javier Cutiopala Leon
ENGLISH PROFESSOR
c.c. 0604581066

CAPÍTULO I:

1. INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil es un problema grave en especial durante los dos primeros años de vida por la susceptibilidad del niño o niña a los factores del riesgo que lo rodean. La Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica que la desnutrición es "el desbalance metabólico entre la aportación de nutrientes y la demanda del organismo para garantizar el desarrollo y crecimiento apropiado y facilitar la homeostasis de las células". Existen diversas situaciones clínicas influenciadas por varios factores del entorno del niño como las creencias, conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación que tiene la madre o los adultos responsables que inciden directamente en la cantidad y calidad de los alimentos consumidos por los menores.

Por lo general, el trabajo multidisciplinario del hospital se enfoca a resolver la patología en su fase aguda, dar resolución clínica y continuar su recuperación, con el objetivo de evitar recaídas ya que son frecuentes y conllevan tratamientos de costos elevados. No obstante, el trabajo organizado y bien guiado de un equipo multidisciplinario puede obtener cambios de actitud dentro del entorno familiar para una mejor calidad de vida del menor.

Se inicia con la evaluación del paciente, la identificación de la sintomatología de forma precoz es el pilar fundamental del diagnóstico del estado nutricional, para poder asignar un tratamiento adecuado y lograr una recuperación, adaptación a la dieta del hogar, así como el seguimiento al momento del egreso mediante la contra referencia al primer nivel de atención. El esquema de tratamiento de la desnutrición tipo aguda grave es una problemática debida que a la variable situación económica de los pueblos no desarrollados incide negativamente en la etapa nutricional de las poblaciones y sujetos vulnerables. Los fundamentos de la desnutrición crónica (retardo de crecimiento) son: Carencia de dinero, déficit educación, descuido de higiene, infecciones oportunistas, desnutrición intrauterina y materna, por lo tanto, compete al primer nivel de atención corregir la desnutrición crónica y el retardo de crecimiento. (Molina Ortiz, 2016)

El tratamiento hospitalario del desnutrido es un reto para el personal de salud hospitalario pues son niños muy susceptibles para desarrollar complicaciones y presentan pocos signos de alarma clínica, para decidir si amerita hospitalización. En muchas ocasiones, esta primera consulta es una emergencia médica además se presentará el manejo de urgencia, dentro del contexto hospitalario. Una vez estabilizado el paciente, se hace una nueva valoración del caso, para hacer un plan de su estado actual y obtener una lista inicial de todas las complicaciones asociados a la desnutrición y que influenciaran en el manejo hospitalario, el cual debe ser integral. (Molina Ortiz, 2016)

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición es un problema que afecta a la salud pública a nivel mundial, afecta a la mayor parte de países del tercer mundo como lo es Ecuador, por lo que se debe dar su respectiva importancia a la desnutrición crónica tipo Kwashiorkor que es una patología amplia con una característica peculiar, epidemiológica, etiológica en el área de pediatría que puede conllevar a un aumento de padecer patologías graves o empeoramiento de cuadros

clínicos, en ese sentido es necesario conocer los diferentes determinantes sociales de la desnutrición tipo kwashiorkor en menores de 2 años de edad en la ciudad del Tena, 2021

1.2. Formulación del problema

Por el problema encontrado se plantea la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son las determinantes sociales de la desnutrición tipo kwashiorkor en menores de 2 años en la Ciudad del Tena en el año 2021?

1.3. Justificación

El presente trabajo de investigación denota la importancia de instruirse en la enfermedad de desnutrición de tipo Kwashiorkor que en la actualidad han sido atendidos en el Hospital Velasco Ibarra en la ciudad del Tena; mediante el estudio se pretende analizar las determinantes sociales y la correlación que coexiste con esta enfermedad.

Es de beneficio para los médicos y público en general el conocer las determinantes sociales para prevenir esta patología que se presentan día a día los infantes de la población local. Los principales beneficiarios son los pacientes menores a dos años de edad, los padres, médicos y habitantes de la zona, así también como la sociedad. Se realiza esta investigación en el Hospital ya que quienes lo conforman han proveído la información necesaria expresando gran preocupación por esta enfermedad, es por ello que los investigadores contaron con el apoyo de autoridades para realizar el análisis de las historias clínicas necesarias con el fin de llegar a un resultado para la toma de decisiones.

En esta institución no se han realizado estudios similares que ayuden a conocer acerca del tema y comprender su influencia en el desarrollo normal del infante, este estudio desea conocer esta patología y ayudar a prevenir a sus padres y de igual manera a médicos para desarrollar nuevas técnicas y metodologías para tratar este tipo de enfermedad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. General

- Analizar determinantes sociales de la desnutrición tipo Kwashiorkor en los pacientes atendidos en el Hospital General José María Velasco Ibarra en el año 2021

1.4.2. Específicos

- Realizar una revisión teórica en torno al contexto científico actual de los determinantes sociales en pacientes con diagnóstico de desnutrición.
- Conocer en base a información tomada directamente de historias clínicas cuales son los determinantes sociales en la enfermedad desnutrición de tipo Kwashiorkor en niños menores de 2 años.

- Identificar los determinantes sociales que inciden con más frecuencia a desarrollar desnutrición de tipo Kwashiorkor en pacientes pediátricos atendidos en el hospital José María Velasco Ibarra del Tena.

CAPÍTULO II:

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentación teórica

HISTORIA DE LA DESNUTRICIÓN

Según Bernabeu-Mestre, (2010) la historia inicia con conceptos como el hambre aguda, así como también mala alimentación crónica descritos en varios lugares del mundo desde el siglo XX en donde nombran tanto sus causas sociales como su explicación fisiológica. Se inició con conceptos como alimentación hipocalórica o hipo alimentación, malnutrición o alimentación carencial para recordar que una alimentación insuficiente puede limitar el rendimiento en el trabajo y el desarrollo físico, además incrementar la incidencia de la morbilidad y la mortalidad.

Tomando como punto de partida al hambre y la desnutrición como una calamidad social, por las desigualdades existentes durante la primera mitad del siglo XX la atención de pacientes con problemas nutricionales, se centró en síndromes asociados a las deficiencias de vitaminas y sólo cuando estas dejaron de ser prevalentes se comprendió la importancia del estado general y su papel como factor predisponente de problemas como el kwashiorkor, el marasmo, o infecciones de diversa naturaleza, además de su influencia en el desarrollo funcional de la población el hambre empezó a situarse en tasas elevadas de mortalidad infantil, al mismo tiempo que se empezaba a asociar con el desarrollo socioeconómico bajo ya que llegaría de la mano de la crisis alimentaria provocada por la Primera Guerra Mundial, por los informes generados en las décadas de 1920 y 1930 por el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones sobre la precaria situación nutricional de muchos países desarrollados.(Bernabeu-Mestre, 2010)

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) afirmo en el 2006 que hasta la mitad de las muertes infantiles tienen sus orígenes en un mal estado nutricional y era catalogada como una emergencia silenciosa. Otros autores Smith y Haddad (2000) llevaron a cabo un análisis de las causas sociales a nivel internacional y se obtuvo como resultado que la educación de la madre tiene un alto impacto en la desnutrición infantil.(Beltrán & Seinfeld, 2011)

DEFINICIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la desnutrición como “un estado patológico que causa daños al organismo de forma sistémica, caracterizado potencialmente por ser reversible, que esta causado por una escasa entrada de nutrientes a las células del cuerpo humano, por lo que se presenta sintomatología variada y signos propios en cada grado de desnutrición”(Díez Navarro & Marrodán Serrano, 2018)

EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente se estima que de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% proviene de continentes como Asia y África, donde las cifras son muy elevadas: 40% Asia, 36% África. Alrededor del 80% de los menores con

desnutrición crónica viven en 24 países. De los cuales los diez países que más contribuyen a la cifra global se encuentran en Asia y sus principales representantes son Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido a su excesiva población que registran la mayor parte de casos (Naranjo Castillo et al., 2020)

Según OMS (2018) estima que en Latinoamérica y el Caribe, en infantes menores de 5 años se presenta la desnutrición moderada a grave en de 3% de todos los niños y en el Mundo, la desnutrición se estima que llega al 10%

Desnutrición a nivel de Ecuador

La Unicef (2018) según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición estima que a nivel del Ecuador niños menores de 2 años el 27% sufre desnutrición tipo crónica y la población más afectada es la etnia Indígena que aproximadamente se estima que el 39% padece esta enfermedad

La desnutrición es una problemática que afecta al sector de salud pública en Ecuador, debido a que se encuentra en el segundo lugar de países con más altas tasas de desnutrición a nivel de América Latina después de Guatemala como primer lugar (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018)

La malnutrición se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública. Se estima que el 26% de los infantes menores a 5 años padecen de baja Talla para la Edad o desnutrición crónica y que de este total de casos el alrededor del 7% padece de delgadez severa. De estas cifras, la etnia indígena representa el 28% de desnutrición crónica grave. El 60% de desnutridos crónicos viven en áreas rurales. Un infante con retardo en la talla o desnutrición crónica tiene mayor riesgo de presentar presión alta, diabetes mellitus y obesidad en la edad adulta.

Se dice que alrededor del 60% de los niños con un índice de masa corporal mayor a 25 presenta por lo menos un factor de riesgo adicional para presentar enfermedades cardíacas y vasculares, tales como elevación de presión arterial, lípidos, insulinemia y más del 25% de estos pacientes sufren de dos o más de estos factores de riesgo. (Amaguaya Maroto, 2017)

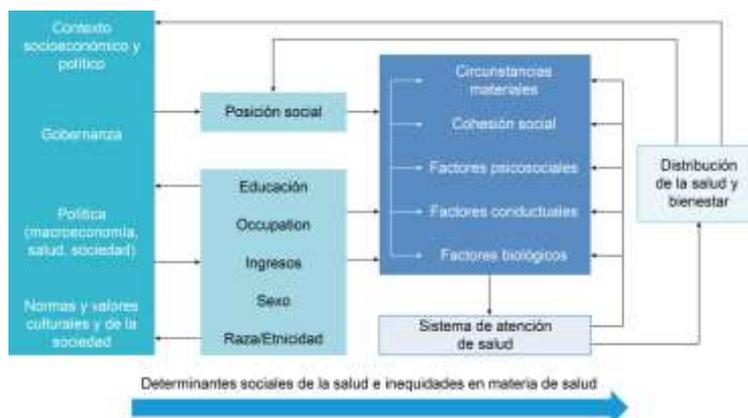
Según el ministerio de salud pública del Ecuador (2019) junto a la subsecretaria de vigilancia de la salud pública y la dirección nacional de vigilancia epidemiología, en la semana epidemiología número 4, reporta un total de 217 casos desnutrición aguda moderada y aguda severa. reportando el mayor índice de casos en la provincia de Manabí, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Cotopaxi y con menor índice de desnutrición la provincia del Napo (Cookson & Stirk, 2019)

DETERMINANTES DE SALUD

La OMS define a los determinantes sociales de la salud (DSS) como el conjunto de circunstancias y factores sociales en que las personas se desarrollan y ejercen gran influencia en el estado de salud, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana estas circunstancias incluyen políticas sociales,

programas, sistemas económicos y normas de desarrollo las cuales pueden ser enfocadas para un mismo fin, pero con un efecto y resultado diferente para cada subgrupo de una población. Estos resultados es posible que sean diferentes, en este caso se consideran desigualdades, y en tal caso posible que estas diferencias puedan ser evitables se consideran inequidades por tanto estas políticas están diseñadas para aumentar la equidad. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Ilustración 1: Determinantes sociales de la salud.



Fuente: Adaptado de Solar e Irwin: A conceptual framework for action on the social determinants of health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007

Determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica

La desigualdad en el consumo de alimentos se encuentra ligada a problemas endémicos en la propia organización de los países con menor desarrollo como son la pobreza, la desigualdad social es decir cuando se posee un menor nivel socioeconómico disminuye la calidad y la cantidad nutricional de la dieta alimenticia.

En la Conferencia Regional de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) para América Latina y el Caribe, se realizó un seguimiento de la Iniciativa Sin Hambre 2025 que fue acordado en 2005, en el marco de la Cumbre Latinoamericana sobre Hambre Crónica en ella se insistió en la importancia de fomentar la forma de mejorar el acceso a los alimentos ya que se llegó a la conclusión que no existe una crisis de disponibilidad de alimentos sino un difícil acceso a los mismos y como estrategia se plantea un diálogo sectorial entre los grandes y los pequeños productores siendo los articuladores los distintos estados, con mayor atención en el acceso a la alimentación a los grupos sociales que habitan en áreas rurales o en áreas urbanas marginales los cuales son los más vulnerables como niños, mujeres y los grupos indígenas.

La falta de acceso al agua potable, a energía eléctrica, a una vivienda digna y la insuficiencia de medios sanitarios son en Latinoamérica otros determinantes sociales que también inciden en problemas nutricionales que suelen acarrear enfermedades como diarreas e infecciones que provocan pérdidas de peso.

En la Cumbre Mundial sobre Alimentación, celebrada en Roma en 2002, se reconocía que una de las principales causas del hambre y la malnutrición, aparte de la pobreza y la desigualdad social, era la ignorancia.(Jiménez-Benítez et al., 2010)

Se destaca, tres determinantes sociales fundamentales para abordar la desnutrición: la educación, el empleo y el género, cualquiera de estos tres determinantes puede explicar las situaciones de marginación y exclusión que se dan en las sociedades.

Educación:

El conocimiento sobre la salud en general puede mejorar el estado vital de las personas al tener los individuos un conjunto de valores, costumbres, normas y referencias en relación a sus hábitos alimentarios mejor cuidan de su estado de salud y de su nutrición. Un buen estado de salud y de nutrición de los niños depende directamente con el nivel de educación en las madres por el contrario el analfabetismo demuestra asimismo altos índices de malnutrición en sus hijos.

En Latinoamérica se plantea que un mayor nivel educativo en mujeres y madres pueden ayudar a garantizar una alimentación adecuada en calidad y cantidad ya que son ellas las responsables de la mitad de la producción de los alimentos producidos en el hogar, además de que son las que transmiten los conocimientos culinarios a sus descendientes. Los principales problemas en la educación de América Latina radican en una deficiente calidad de la educación pública y un complicado acceso a la educación básica y superior.(Vargas & Hernández, 2020)

Empleo:

Las oportunidades de las personas en un medio laboral aseguran un ingreso económico estable generando así un factor de equilibrio, satisfacción y buen estado general. Por el contrario, el no contar con una ocupación que genere un ingreso estable o suficiente genera exclusión y discriminación social.

En América Latina el desempleo se ve reflejado en grupos vulnerables como personas pobres, mujeres y los jóvenes y destacar además el desempleo en personas de zonas rurales y para la población indígena ya que la educación y empleo llevan una muy estrecha relación en cuanto a la generación de oportunidades laborales.

Género

El reconocimiento de las diferentes funciones que desempeñan mujeres y hombres en la nutrición es fundamental para mejorar la buena alimentación a nivel de los hogares. Según el informe "Rural Women and Food Security: Current Status and Perspectives" de la FAO para América Latina y El Caribe ha demostrado que hogares encabezados por mujeres tienen menores ingresos que los encabezados por los hombre y refiriéndonos como un determinante social las mujeres enfrentan restricciones y actitudes que infravaloran su trabajo generando desigualdad y discriminación en su participación en las políticas y toma de decisiones sin tomar en cuenta que las mujeres son quienes generan más del 50% de los

alimentos cultivados en el planeta además de que en gran parte son quienes preparan esos alimentos para sus familias.(Jiménez-Benítez et al., 2010)

FISIOPATOLOGÍA DE LA DESNUTRICIÓN

Para tratar de entender la fisiopatología del Kwashiorkor también debemos comprender las diferencias con la desnutrición tipo Marasmo, Se ha evidenciado patrones del metabolismo, como que en la fase aguda de los pacientes con kwashiorkor hay una baja regulación en la movilización de proteínas, lípidos, menor concentración intracelulares y menor síntesis de glucación, este patron puede ser el ocasionante de que a diferencia del marasmo puede soportar el metabolismo de los aminoácidos y lípidos durante periodos de déficit de ingesta, mientras que los niños con Kwashiorkor se suprime las proteínas esto ocasiona un disminución de aminoácidos esenciales y estas deficiencias afectan al metabolismo de las proteínas, mientras que la menor disponibilidad de lípidos trastorna el metabolismo energético. (Realpe Muñoz, 2013)

Los pacientes con marasmo se consideran metabólicamente “ahorradores” mientras que el kwashiorkor funcionan metabólicamente de una forma más libre. Por lo que se asume que presentan respuestas desiguales frente al mismo ataque nutricional en base a unas diferencias metabólicas preexistentes

Según Realpe (2013) se puede originar estas diferencias desde el momento intrauterino, que induce proceso de respuestas plásticas que adaptan el metabolismo del feto a un ambiente extrauterino anticipado. Debido a que un estado prenatal limitante de aporte proteico energético se traduciría en menor peso al nacer. a partir de este modelo se supone que los niños de bajo peso al nacer poseen un fenotipo metabólico que, tras la exposición de la desnutrición severa, desarrollarán más probablemente marasmo, mientras que los de mayor peso al nacer desarrollarían kwashiorkor, y así lo demostrara al revisar el peso al nacer de niños con marasmo y kwashiorkor encontrando una diferencia significativa. Estos hallazgos son estables con un modelo que propone que mecanismos de plasticidad in útero induce a padecer marasmo.

El kwashiorkor y marasmo se diferencian en su composición corporal. un paciente el momento que fallece por kwashiorkor mantiene sus reservas tisulares de proteína y grasas, ya que estos depósitos se movilizan inadecuadamente durante la fase aguda de la enfermedad. Del otro lado, los niños que fallecen de marasmo tienen una mayor capacidad de soportar una disminución del aporte de proteínas y lípidos, pese a que tienen mayor emaciación del tejido al momento de la presentación, poseen mayores cifras de supervivencia

El kwashiorkor es el resultado de un déficit en la ingesta de proteínas y por lo que ocasiona una hipoalbuminemia. Los niños con kwashiorkor ingieren en promedio menos proteína que los niños con marasmo; el edema en el paciente con Kwashiorkor mejora antes que se evidencie un cambio en los niveles de albumina sérica además los niños con kwashiorkor pierden el edema recibiendo dietas terapéuticas muy bajas en proteína. está claro que esta patología se relaciona directamente con una dieta inadecuada. (Realpe Muñoz, 2013)

Según Unicef (2017) la fisiopatología del edema en los pacientes con kwashiorkor, se conoce mecanismos que explican que: La hipoalbuminemia debido a su baja capacidad de síntesis disminuye la presión oncótica intravascular de la célula lo que ocasiona la fuga de agua del espacio vascular al intersticio.

La disminución del gasto cardiaco se asocia a la disminución de la tasa de filtrado glomerular, lo que resulta en un aumento de la entrada de sodio e incremento en la salida de potasio. El acumulo de sodio promueve a su vez el incremento del líquido extracelular y aumento del edema.

El déficit de la dieta en radicales libres como las vitaminas A, C y E y los ácidos grasos esenciales poli insaturados, ocasiona una disminución de la respuesta al incremento en la obtención de radicales libres asociado a infecciones y al aumento en la permeabilidad capilar lo que ocasiona daño oxidativo por irregularidad de radicales libres (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017)

TIPOS DE DESNUTRICIÓN

Según su etiología: Cuando se efectúa el análisis nutricional del infante, se determina el origen del déficit nutricional; ésta se subdivide en tres categorías:

Primaria: Se establece si la ingesta alimenticia es insuficiente; por ejemplo, en zonas de bajos recursos donde se carece de alimentos, los niños presentarán carencias físicas debido a la falta de alimentos que influenciarán directamente el estado nutricional.

En lactantes: suspensión precoz de lactancia materna, insuficiente aporte, alimentación complementaria inadecuada; Lactancia artificial: fórmulas inadecuadas para la necesidad, volumen insuficiente o dilución excesiva; En cualquier edad: insuficiente aporte alimenticio: regímenes o inadecuados hábitos alimentarios, tratamientos médicos con dietas restrictivas.

Secundaria: Cuando el organismo no utiliza el alimento consumido y se interrumpe el proceso digestivo los nutrientes; un ejemplo son las infecciones del tracto digestivo que limitan la absorción de los nutrientes

Infecciones agudas repetidas, inmunodeficiencia primaria o secundaria; infecciones crónicas: tuberculosis, VIH/sida, paludismo, sífilis y parasitosis intestinal; patologías digestivas: enfermedades diarreicas crónicas, celiaquía, fibrosis quística; otras enfermedades con repercusión general: genéticas, hepáticas, renales, respiratorias, cardiacas, neurológicas, metabólicas, etc

Terciaria: también conocida como mixta debido que existe una relación entre ambas condiciona la desnutrición, como cuando un menor padece de leucemia que se encuentre en tratamiento con quimioterapia, presentará en el proceso eventos de fiebre relacionados a infecciones que condicionen a procesos catabólicos y poca ingesta de alimentos, por lo tanto, la causa es la suma de las dos. (Márquez González et al., 2012)

Según el grado o intensidad: Menciona Federico Gómez una clasificación; en la cual se divide en 3 grados: normal, leve, moderada y severa. Utilizando el índice antropométrico mediante el peso para la edad. La fórmula utilizada es la siguiente:

$$\text{Porcentaje de peso/edad} = (\text{peso real/peso que le corresponde para la edad}) \times 100$$

Los resultados se explican, de acuerdo con el porcentaje de déficit:

- 0-10%, normal
- del 10 al 24%, leve
- del 25 al 40%, moderada
- más del 41%, severa.

Según el tiempo de evolución: Menciona Waterlow una clasificación que permite determinar la cronología y la intensidad de la desnutrición. Para la ejecución de esta valoración se necesitan dos indicadores:

$$\text{Porcentaje de peso/estatura} = (\text{peso real/peso que debería tener para la estatura}) \times 100$$

$$\text{Porcentaje de estatura/edad} = (\text{estatura real/estatura que debería tener para la edad}) \times 100$$

Determinar el peso para la talla y la talla para la edad, se necesita el valor que corresponde al percentil 50 en las gráficas de crecimiento, con los porcentajes, se ubican y el resultado de las mediciones puede ser el siguiente:

- Normal: si el peso para la talla y la talla para la edad se encuentran dentro de valores apropiados para la edad.
- Desnutrición fase aguda: si el peso para la talla es bajo y talla para la edad es normal.
- Desnutrición fase crónica recuperada o en homeorresis: si la talla para la edad es alterada y el peso para la talla normal.
- Desnutrición fase crónica agudizada: si la talla para la estatura es alterada y peso para la talla es baja.

Según los criterios de McLaren: A diferencia de los 3 tipos de desnutrición ya indicados, los siguientes discernimientos son de mayor utilidad para apoyar la clasificación y el pronóstico del paciente debido a que utiliza criterios clínicos y biomarcadores químicos, que se describen a continuación:

Tabla 1 *Criterios laboratorio de McLaren*

Albumina	Proteínas totales	Puntaje
Menor a 1	3.25 a 3.99	7 puntos
1 a 1.49	4.00 a 4.74	6 puntos
1.5 a 1.99	4.75 a 5.49	5 puntos
2.0 a 2.49	5.50 a 6.24	4 puntos

2.5 a 2.99	6.25 a 6.99	3 puntos
3.0 a 3.99	7.00 7.74	2 puntos
4.0 o mas	Más de 7.75	1 puntos

Tabla 2 *Criterios clínicos de McLaren*

Criterios	Puntaje
Edema y dermatosis	6 puntos
Edema	3 puntos
Dermatosis	2 puntos
Cambios de pelo	1 puntos
Hepatomegalia	1 puntos

La interpretación se obtiene mediante una suma de puntajes de los criterios clínicos y de laboratorio permitiendo que la suma nos permita diferenciar entre: marasmo, marasmo-kwashiorkor y kwashiorkor. (Pérez & Orellana, 2000)

- Marasmo de 0 a 3 puntos
- Marasmo-Kwashiorkor de 4 a 8 puntos
- Kwashiorkor de 9 a 15 puntos

CLÍNICA DE LA DESNUTRICIÓN

Según la Unicef (2015) juntos a la organización mundial de la salud mencionan que los signos clínicos de la desnutrición son:

- Cabello des pigmentado, por el déficit de nutrientes se torna fino, seco, opaco, escaso con zonas de alopecia y se desprende fácilmente.
- Retraso moderado en el desarrollo psicomotor.
- Irritabilidad, adinamia, apatía por el medio
- Atrofia de la piel,
- cabello, pestañas, cejas y uñas estriadas y quebradizas.
- Fontanela anterior persistente

Signos clínicos del marasmo

- Atrofia muscular leve o generalizada
- Desaparición de panículo adiposo
- Aspecto senil

Signos clínicos del Kwashiorkor.

- Edema facial, periférico o mixto
- Panículo adiposo presente.
- Fascia: cara de luna llena, despigmentación difusa, dermatitis seborreica naso labial.
- Ocular: conjuntivas pálidas, palpebritis angular.
- Labios: estomatitis angular, cicatrices angulares, queilosis.
- Lengua: lisa o edematizada.
- Dientes: caries dental, desgaste y erosión del esmalte.
- Piel: resequedad, hiperpigmentación, tipo pelagra, dermatosis escrotal y vulvar,
- Hepatomegalia.

Tabla 3 *Diferencias clínicas entre marasmo y kwashiorkor.*

Síntomas	Marasmo	Kwashiorkor
Detención crecimiento	Muy intenso	Menos marcado
Atrofia muscular	Marcada	Muy marcada
Tejido adiposo	Muy disminuido o ausente	Poco disminuido
Edemas	No	Si, a veces intenso
Albúmina sérica	A veces disminuida	Disminuida
Cabello	Ralo (escaso)	Despigmentado
Piel	Pálida	Dermatosis Pelagroide
Apetito	Aumentado	Disminuido
Comportamiento	Mirada angustiada.	Apatía, letargo, llanto
Diarrea y deshidratación	A veces	Frecuente
Hígado	Generalmente Normal	Esteatosis hepatomegalia
Déficit Vitamínico	A veces	Frecuente

Fuente: Unicef; OMS (2015)

CAPÍTULO III:

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación realizada fue correlacional, retrospectiva y de corte transversal con datos obtenidos directamente de las historias clínicas de los pacientes con desnutrición tipo Kwashiorkor, en relación con las diferentes determinantes sociales. Retrospectivo porque se indaga datos de un problema que ya suscitó al momento de la planificación del estudio, con los pacientes que padecieron dicha patología en el servicio de Pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena en el periodo enero-diciembre 2021. De corte transversal porque fue realizado en un lapso de tiempo determinado.

3.2. Área de estudio

Pacientes que asisten a la Unidad de Atención Integral de Pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero-diciembre 2021.

3.3. Universo y muestra

El estudio estuvo formado por la totalidad de los pacientes pediátricos que fueron hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra, que cumplieron los criterios de inclusión, los cuales se mencionan en el siguiente apartado. En consideración de dichos criterios, se obtuvo un total de 31 pacientes.

3.4. Diseño de investigación

Este estudio se realizó con previa autorización del Hospital General José María Velasco Ibarra y la dirección de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, de manera que la información que se encuentran registrado en las historias clínicas se mantuvieran confidenciales en todo momento, resguardando la privacidad de los pacientes, rigiéndonos de acuerdo con el código de ética médica.

El proyecto de investigación elaborado tiene un enfoque cuantitativo. De carácter cuantitativo ya que su patrón de correlación entre causa y efecto para comprender el problema mediante un análisis estadístico de manera que los datos obtenidos se manifiesten mediante números y gráficos, utilizando herramientas de investigación cuantitativa para recopilación de datos, en este proyecto se utilizó la selección de documentos, obteniendo una comparación directa de los resultados para su posterior análisis y obtención de conclusiones. Se utilizó herramientas estadísticas para el procesamiento de la información obtenida como Excel 2016 y SPSS 21.

3.5. Criterios de inclusión

- Ser menor de 2 años.
- Ser atendido en el periodo enero-diciembre 2021 en el hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad el Tena

- Tener diagnóstico confirmatorio de desnutrición tipo kwashiorkor (CIE 10: E40).

3.6. Criterios de exclusión

- Tener diagnóstico confirmatorio de Marasmo Nutricional (CIE 10: E41)

3.7. Identificación de variables de investigación

Con el propósito de valorar los determinantes sociales de los pacientes con desnutrición tipo Kwashiorkor en los pacientes atendidos en el servicio de pediatría, se realizó el desglose de las variables en estudio, a saber, de las variables independientes y de las variables dependientes

3.7.1. Variable independiente

Determinantes sociales de salud: edad del paciente, sexo del paciente, etnia del paciente, alimentación del paciente, zona residencial del paciente, problemas con la crianza del niño, nivel de instrucción paterno y materna, ocupación paterna y materna e ingresos económicos familiar.

3.7.2. Variable dependiente

Número de comidas al día

3.8. Operacionalización de variables

Tabla 4 Descripción de variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Categoría	Escala	Indicador
Edad del paciente	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 mes a 6 meses 2. 7 meses a 12 meses 3. 13 meses a 18 meses 4. 19 meses a 24 meses 	Frecuencia Porcentaje
Sexo del paciente	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino 	Frecuencia Porcentaje
Etnia del paciente	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indígena 2. Mestizo 	Frecuencia Porcentaje
Alimentación del paciente	Suministrar especialmente a un aparato la materia o la energía que precisa para su funcionamiento. (RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 4 veces al día 2. 5 a 8 veces a 1 día 3. 9 a 12 veces al día 	Frecuencia Porcentaje
Zona residencial del paciente	Lugar en que se reside.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zona urbana 2. Zona rural 	Frecuencia Porcentaje
Problemas con la crianza del niño	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Frecuencia Porcentaje
Nivel de Instrucción paterno	Caudal de conocimientos adquiridos.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 	Frecuencia Porcentaje

Ocupación paterna	Trabajo, empleo, oficio.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agricultor 2. Comerciante 3. Obrero 4. Militar 5. Docente 6. Estudiante 7. No trabaja 	Frecuencia Porcentaje
Nivel de Instrucción materna	Caudal de conocimientos adquiridos.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 	Frecuencia Porcentaje
Ocupación materna	Trabajo, empleo, oficio.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de cas 2. Agricultor 3. Estudiante 4. Comerciante 	Frecuencia Porcentaje
Ingresos económicos familiar	Caudal que entra en poder de alguien, y que le es de cargo en las cuentas.(RAE, 2021)	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor al salario básico 2. Salario básico 3. Mayor al salario básico 	Frecuencia Porcentaje

Fuente: Amores D, Rubio J.

3.9. Técnicas de análisis e interpretación de la información procesamiento de datos

Se realizó una revisión documental de las historias clínicas, de los pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital José María Velasco Ibarra durante el año 2021 con diagnóstico de desnutrición tipo Kwashiorkor.

Buscando determinante social, se agrupó en 11 variables creando una base de datos en el programa Microsoft Excel 2016.

Para el análisis de la información obtenida se utilizó el programa SPSS versión 21 en el cual para el análisis univariable se realizó un reconocimiento de variables obteniendo tablas de frecuencia y porcentajes.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. ANÁLISIS UNIVARIABLE.

4.1.1. Distribución de los pacientes según el sexo

Tabla 5

Distribución de los pacientes según el sexo

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	11	35.5	35.5
	Femenino	20	64.5	100.0
Total		31	100.0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

Del total de historias clínicas revisadas, 11 pacientes fueron de sexo masculino que representan el 35.5% de la población, y 20 de sexo femenino que representan el 64.5%, evidenciando una relación marcada en la distribución de la población según el sexo femenino.

4.1.2. Distribución de los pacientes según la edad

Tabla 6

Distribución de los pacientes según la edad

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 6	16	51.6	51.6
	7 a 12	9	29.0	80.6
	13 a 18	5	16.1	96.8
	19 a 24	1	3.2	100.0
Total		31	100.0	

FUENTE: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

En la tabla 6, tomando en cuenta el total de revisión de historias clínicas según la edad se identifican 4 grupos, que desde 1 a 6 meses de edad se presentó 16 casos que corresponde a 51.6%, desde 7 a 12 meses de edad se presentó 9 casos que corresponde a 29%, desde 13 a 18 meses de edad se presentó 5 casos que corresponde a 16.1% y de 19 a 24 meses de edad se presentó 1 caso que corresponde a 3.2% de los casos reportados, Mediante los datos obtenidos podemos decir que el rango de edad entre 1 a 6 meses de edad son los que mayoritariamente se encuentran hospitalizados.

4.1.3. Distribución según la etnia de los pacientes

Tabla 7

Distribución según la etnia de los pacientes

	Etnia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	INDÍGENA	23	74.2	74.2	74.2
	MESTIZO	8	25.8	25.8	100.0
Total		31	100.0	100.0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

En la tabla 7, tomando en cuenta el total de revisión de historias clínicas, se observa 23 pacientes que se identifican como indígenas que representa un 74.2% y 8 pacientes que se identifican como mestizos representando un 25.8% del total de pacientes, por lo que se puede analizar que la población indígena presenta un predominio con esta patología

4.1.4. Distribución según el número de veces de alimentación del paciente

Tabla 8

Distribución según el número de veces de alimentación del paciente

	Numero de alimentación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	1-4	10	32.3	32.3
	5-8	17	54.8	87.1
	9-12	4	12.9	100.0
Total		31	100.0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

En la tabla 8, del total de los 31 pacientes se observa que 10 casos se alimentan de 1 a 4 veces al día lo que representa al 32.3%, que 17 casos se alimentan de 5 a 8 veces al día lo que representa al 54.8% de los casos y que 4 casos se alimentan de 9 a 12 veces al día lo que representa el 12.9% de los casos totales; por los datos recopilados se puede evidenciar un predominio de más de la mitad de los casos que los pacientes se alimenta de 5 a 8 veces al día.

4.1.5. Distribución según la zona residencial del paciente.

Tabla 9

Distribución según la zona residencial del paciente.

	Zona residencial	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	URBANO	8	25.8	25.8
	RURAL	23	74.2	100.0
Total		31	100.0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

En la tabla 9, del total de historias clínicas analizadas, se evidencia que 8 pacientes viven en una zona urbano lo que representa un 25.8% y que 23 pacientes viven en una zona rural lo que representa el 74.2% de los casos totales, con los datos obtenidos se evidencia que la mayoría de los pacientes residen en zonas rurales.

4.1.6. Distribución según los problemas de la crianza de los pacientes

Tabla 10

Distribución según los problemas de la crianza de los pacientes

	Problemas con la crianza	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	22	71.0	71.0
	NO	9	29.0	100.0
Total		31	100.0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

Tabla 10, de acuerdo a los documentos revisados, se observa que 22 pacientes presentan problemas con la crianza del niño reflejadas por la presencia del cie 10 en las historias clínicas lo que representa el 71% y 9 pacientes no presenta este cie 10 en sus historias clínicas lo que representa el 29%; por lo que se evidencia que en su mayoría por paciente presenta problemas con la crianza.

4.1.7. Distribución según la escolaridad paterna del paciente

Tabla 11

Distribución según la escolaridad paterna del paciente

Escolaridad paterna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	8	25.8	25.8
Válidos Secundaria	22	71.0	96.8
Superior	1	3.2	100.0
Total	31	100.0	

FUENTE: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

Tabla 11, de acuerdo a los datos obtenidos mediante la revisión de historias clínicas, observamos que 8 padres presentan un nivel de escolaridad primaria lo que representa el 25.8%, 22 padres presentan un nivel de escolaridad secundaria lo que representa un 71% y 1 padre presenta un nivel de escolaridad superior lo que representa un 3.2% del total de los casos; por lo que se puede evidenciar que la mayoría de los casos el nivel de escolaridad que predomina son los estudios de secundaria.

4.1.8. Distribución según la ocupación paterna del paciente

Tabla 12

Distribución según la ocupación paterna del paciente

Ocupación paterna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Agricultor	9	29.0	29.0
Comerciante	8	25.8	54.8
Válidos Obrero	6	19.4	74.2
Militar	2	6.5	80.6
Docente	1	3.2	83.9

Estudiante	1	3.2	87.1
Sin trabajo	4	12.9	100.0
Total	31	100.0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

Tabla 12, de acuerdo al número de historias clínicas revisadas se puede identificar que 9 padres se dedican a la agricultura lo que representa el 29%, 8 padres se dedican al comercio lo que representa el 25.8%, 6 padres se dedican a ser obreros lo que representa el 19.4%, 2 padres se dedican a carreras militares lo que representa el 6.5%, 1 padre se dedica a la docencia lo que representa el 3.2%, 1 padre es estudiante lo que representa el 3.2% y 4 padres no tienen trabajo lo que representa el 12.9%, con los datos obtenidos se puede evidenciar que existe dos ocupaciones que resaltan las cuales son agricultor y comerciantes.

4.1.9. Distribución según la escolaridad materna del paciente

Tabla 13

Distribución según la escolaridad materna del paciente

Escolaridad materna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	18	58.1	58.1
Válidos Secundaria	12	38.7	96.8
Superior	1	3.2	100.0
Total	31	100.0	

FUENTE: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

Tabla 13, de acuerdo a los datos obtenidos mediante la revisión de historias clínicas, observamos que 18 madres presentan un nivel de escolaridad primaria lo que representa el 58.1%, 12 madres presentan un nivel de escolaridad secundaria lo que representa un 38.7% y 1 madre presenta un nivel de escolaridad superior lo que representa un 3.2% del total de los casos; por lo que se puede evidenciar que la mayoría de los casos el nivel de escolaridad que predomina son los estudios de primarios.

4.1.10. Distribución según la ocupación materna del paciente

Tabla 14

Distribución según la ocupación materna del paciente

	Ocupación materna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de casa	26	83.9	83.9
	Agricultor	1	3.2	87.1
	Estudiante	3	9.7	96.8
	Comerciante	1	3.2	100.0
Total		31	100.0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

Tabla 14, de acuerdo al número de historias clínicas revisadas se puede identificar que 20 madres se dedican a las tareas domésticas lo que representa el 83.9%, 1 madre se dedica a la agricultura lo que representa el 3.2%, 3 madres son estudiantes lo que representa el 9.7% y 1 madre es comerciante lo que representa el 3.2%, con los datos obtenidos se puede evidenciar que la mayor ocupación son las tareas domésticas en las madres de los pacientes

4.1.11. Distribución según los ingresos económicos de la familia del paciente

Tabla 15

Distribución según los ingresos económicos de la familia del paciente

	Ingresos económicos mensuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor al salario básico	22	71.0	71.0
	Salario básico	2	6.5	77.4
	Mayor al salario básico	7	22.6	100.0
Total		31	100.0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

Tabla 15, de acuerdo a los datos obtenidos se evidencia que 22 familias subsisten con ingreso menor al salario básico lo que representa el 71%, que 2 familias viven con el salario básico

lo que representa el 6.5% y que 7 familias viven con ingreso mayor al salario básico lo que representa el 22.6% del total de las familias, por lo que mediante los datos obtenidos se puede evidenciar que las familias predominan con ingresos menores al salario básico en su gran mayoría.

4.2. ANÁLISIS BIVARIANTE

4.2.1. Edad relacionada con el número de comidas al día.

Tabla 16

Edad en meses relacionado con el número de comidas al día

Rango de edad		Numero de comidas al día			Total
		1-4	5-8	9-12	
1 a 6	Número de casos	2	10	4	16
	% del total de casos	6.5%	32.3%	12.9%	51.6%
7 a 12	Número de casos	3	6	0	9
	% del total de casos	9.7%	19.4%	0.0%	29.0%
13 a 18	Número de casos	4	1	0	5
	% del total de casos	12.9%	3.2%	0.0%	16.1%
19 a 24	Número de casos	1	0	0	1
	% del total de casos	3.2%	0.0%	0.0%	3.2%
Total	Número de casos	10	17	4	31
	% total	32.3%	54.8%	12.9%	100.0%

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizada en el servicio de pediatría del Hospital General José María Velasco Ibarra

AUTORES: Amores D, Rubio J.

Mediante el análisis de la tabla se obtuvo como resultado que del total de los casos de acuerdo con la edad comparado con el número de comidas al día es inversamente proporcional ya que a más número de comidas como de 9 a 12 veces al día se presenta menos número de casos que corresponde al 12.9% del total de los casos, y en comparación con los pacientes que recibieron menor número de comidas se presentaron el 87.2% del total de los casos. Por lo que se obtiene que si influye el número de comidas al día en el desarrollo de desnutrición en relación al número de comidas al día.

4.3. DISCUSIÓN

Tras revisar el total de casos de desnutrición tipo Kwashiorkor que se presentaron en El Hospital José María Velasco Ibarra del Tena se identifica que el nivel de desnutrición con respecto a la edad predomina en los 6 primeros meses de vida con un 51.6%. Además, relacionado con el sexo de los pacientes este tipo de desnutrición se presentó mayor mente en el sexo femenino con un porcentaje del 64.5% del total.

En relación con la etnia de los pacientes se presentó un 74.2% de casos en el grupo indígena, de igual manera de acuerdo con la zona geográfica el 74.2% de los pacientes residían en el área rural. Los pacientes que se identificó como diagnóstico que sufrían de problemas de manejo en la crianza por parte de sus cuidadores el 71% presentó dicho diagnóstico.

En cuanto a la escolaridad paterna el 96.8% son padres de que llegaron a concluir la primaria o secundaria con un 25.8% y 71% respectivamente y tan solo en un caso se presentó desnutrición en niños a cargo del padre con un nivel de estudios superior y en relación al nivel de instrucción materno el 96.8% son madres de que llegaron a concluir la primaria o secundaria con un 58.1% y 38.7% respectivamente y tan solo en un caso se presentó desnutrición en niños a cargo de madres con un nivel de estudios superior. Los padres que no lograban un ingreso mayor al salario básico presentó el mayor número de casos de sus hijos con desnutrición con un 71% del total de casos.

Además se relacionó los resultados con la investigación realizada en el Hospital General Martín Icaza de la ciudad de Guayaquil en los años 2018 y 2019 en donde se obtuvo que los pacientes que conciernen a la muestra es decir 150 estuvieron conformados por pacientes de zona rural con un 57,3% y el 42,7% residentes en zona urbana, donde se evidencia un número mayor son pacientes de la zona rural coincidiendo con nuestro estudio, con relación al nivel socioeconómico del hogar del niño o niña de la muestra obtenida se constató que un 56,0% tiene nivel bajo y el 44,0% con nivel medio.

De acuerdo al nivel de instrucción de la madre o cuidador el 61,3% tiene aprobado educación básica, el 30,7% tiene secundaria y educación superior un 8,0%, coincidiendo a que menor nivel de educación mayor número de pacientes con desnutrición. La relación con la etnia tenemos un resultado desacorde ya que al ser realizado el estudio en Guayaquil el 18,0% estuvo conformado por la etnia afroamericana, con el 9,3% indígena y mestizos con un 72,7%.

La edad de los pacientes para el estudio estuvo constituida por pacientes de un mes a 5 años, y describe una edad media de 30 meses, las estadísticas muestran claramente que los mayores porcentajes comprenden los rangos entre 49 meses a 60 meses de edad (39.3%), seguidas por los de 37 a 48 meses (22,0%) y por infantes de 25 a 36 meses (20.0%). A continuación, con una menor proporción se encuentran los de 0 a 12 meses (12,7%) y de 13 a 24 meses (6,0%). Dados estos resultados se evidencia que hay un mayor predominio en pacientes de mayor edad a nuestro estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra. (Reyes Laínez, 2020)

En relación con el proyecto de investigación sobre la frecuencia de los determinantes sociales en la desnutrición infantil en el Hospital José Soto Cadenillas de Perú el 2010 se indica en la variable edad que el mayor porcentaje de niños (49,5%) se encuentran entre los 12 a 23 meses lo que se relaciona que en los 24 primeros meses de vida se presenta esta patología, pero en el Hospital José María Velasco Ibarra en los 6 primeros meses de vida, en relación al sexo se relaciona directamente ya que la mayor cantidad (52,3 %) son de sexo femenino y un menor porcentaje (47,7%) de sexo masculino cifras que refleja también una mayor cantidad de niñas atendidas la relación en cuanto a los ingresos económicos de los padres existe un 27.2% de niños cuyos padres tienen un ingreso menor a doscientos soles lo cual equivale a cincuenta y tres dólares estadounidenses; lo demuestra que más de la cuarta parte de esta población vive en condiciones muy pobres. Asimismo, el 57.0 % de padres hogar tiene un ingreso económico mensual que oscila de 200 - 550 soles es decir de 53 a 146 dólares americanos; lo cual se relaciona por la difícil situación económica que atraviesan las familias, quizás a que la gran mayoría de las madres no cuenta un trabajo y sus parejas tampoco tienen un trabajo estable por lo tanto no reciben un ingreso económico fijo. El nivel de instrucción de las madres en este estudio indica que el 29,39% tiene la primaria completa seguido por secundaria incompleta (22,22%) y secundaria completa (19,71%) es decir el mayor porcentaje de pacientes con desnutrición con madres que cursaron la primaria o secundaria son el 81.7 % además la ocupación que realizan son amas de casa, situación que muestra que la madre es la persona que permanece cuidado de los niños y su alimentación, esto va directamente relacionado con las madres con niveles educativos bajos los cuales no les permite tener un trabajo estable, y no adquieren un ingreso económico que les permita tener una mejor calidad de vida.(DÍAZ URIARTE & VÁSQUEZ GUEVARA, 2010)

CAPÍTULO V:

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

Al haber realizado el desarrollo del proyecto de investigación se concluye:

- Los determinantes sociales que se presentaron en los pacientes menores de 2 años en el periodo 2021 en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena fueron: vivir en una zona geográfica rural, un número inadecuado de veces que los padres alimentan a sus hijos, salario mensual menor al básico, un bajo nivel de instrucción de los padres y una ocupación que no genere los ingresos económicos necesarios.
- Los pacientes pediátricos del sexo femenino constituyen el 64.5% y el sexo masculino el 35.5% de los casos de desnutrición tipo kwashiorkor en donde el mayor número de niñas con dicho diagnóstico se presentó de los 0 a 6 meses como más propensas a contraer esta patología.
- Dentro de los determinantes sociales con mayor porcentaje tenemos a la zona geográfica con un 74.2%, a la etnia indígena con el mismo porcentaje y a un bajo nivel de instrucción por parte de los padres y madres de los pacientes.
- Otros determinantes sociales son la ocupación de los padres los cuales quienes ocupan su tiempo en la agricultura presenta el mayor número de casos con el 29% y de la misma manera los padres que generan un ingreso familiar menor del salario básico con un 71% del total de pacientes.
- Los determinantes sociales más frecuentes asociados a la enfermedad desnutrición de tipo Kwashiorkor se llega a concluir que son por su porcentaje encontrados: zona geográfica, el número de comidas, el salario mensual insuficiente, un bajo nivel de instrucción de los padres y una ocupación que no genere los ingresos económicos necesarios.

5.2. Recomendaciones

- Mantener como prioridad la Atención Primaria de Salud que permita a través de promoción de salud disminuir la incidencia de desnutrición en pacientes pediátricos en la zona rural.
- Promover a través de campañas educativas dirigida a sus padres o cuidadores la adecuada alimentación en pacientes de acuerdo con la edad y necesidades fisiológicas.
- Fomentar la creación de políticas encaminadas a favorecer el mayor grado de inclusión social con el fácil acceso a instituciones educativas con el fin de mejorar el grado de instrucción de la población rural.
- Realizar nuevas investigaciones de seguimiento y comparación a mediano y largo plazo sobre los determinantes sociales con el fin de saber los efectos de la desnutrición sobre los niños/as.
- Fomentar programas de vinculación con la sociedad y proyectos de investigación centrados en niños con desnutrición para el manejo de prevención primaria y secundaria.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Amaguaya Maroto, G. E. (2017). TEMA: FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE DESNUTRICIÓN DE TIPO KWASHIORKOR EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA PERIODO SEPTIEMBRE 2015 A SEPTIEMBRE 2016. In *Advanced Drug Delivery Reviews* (Vol. 135, Issue January 2006). <https://doi.org/10.1016/j.addr.2018.07.012><http://www.capsulae.com/media/Microencapsulation - Capsulae.pdf><https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2019.05.001>
- Beltrán, A., & Seinfeld, J. (2011). Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 38(69), 7–54. <https://doi.org/10.21678/apuntes.69.630>
- Bernabeu-Mestre, J. (2010). Notas para una historia de la desnutrición en la Iberoamérica del siglo XX. *Nutricion Hospitalaria*, 25(SUPPL. 3), 10–17. <https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.sup3.4992>
- Cookson, M. D., & Stirk, P. M. R. (2019). *DESNUTRICIÓN CERO, ECUADOR*. SEMANA EPIDEMIOLOGICA04/2019. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GACETA-DESNUTRICIÓN-SE-04_2019.pdf
- DÍAZ URIARTE, G. U., & VÁSQUEZ GUEVARA, D. C. (2010). “DETERMINANTES SOCIALES DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS DEL DISTRITO DE CHOTA 2010” [UNIVERSIDAD NACIONAL DECAJAMARCA]. <file:///C:/Users/SUPERTRONICA/Downloads/determinantessocialesdeladesnutricinenniosmenoresde5aosatendidosenelhospitaljossotocadenillasdeldist-220409041423.pdf>
- Díez Navarro, A., & Marrodán Serrano, M. D. (2018). La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico. In *Didot*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. *Unicef*, 144. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Desafío*. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. <https://www.unicef.org/ecuador/desnutricon#:~:text=En Ecuador%2C 27%25 de niños,mayores índices después de Guatemala.>
- Jiménez-Benítez, D., Rodríguez-Martín, A., & Jiménez-Rodríguez, R. (2010). Análisis de

- determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutricion Hospitalaria*, 25(SUPPL. 3), 18–25. <https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.sup3.4992>
- Márquez González, H., Garcia Sámano, V. M., & Caltenco Serrano, M. de L. (2012). Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. *El Residente*, VII(271), 59–69. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(76\)90038-5](https://doi.org/10.1016/0028-3932(76)90038-5)
- Molina Ortiz, T. S. (2016). *Tratamiento hospitalario del niño con desnutrición aguda grave: un enfoque clínico*. 192. https://www.sica.int/busqueda/busqueda_archivo.aspx?Archivo=libr_103959_1_26092016.pdf
- Naranjo Castillo, A. E., Alcivar Cruz, V. A., Rodriguez Villamar, T. S., & Betancourt Bohórquez, F. A. (2020). Desnutrición infantil Kwashiorkor. *Revista Científica de La Investigacion y El Conocimiento*, 4(1(Esp)), 24–45. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).esp.marzo.2020.24-45](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.24-45)
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Informe de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Oms*, 1–6. http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html
- Pérez, S., & Orellana, F. (2000). *Criterios de McLaren en la Desnutrición Proteico-Calórica*. 34–39.
- RAE. (2021). *No Title*. Real Academia de La Lengua Española. <https://www.rae.es/>
- Realpe Muñoz, A. M. (2013). Desnutrición Severa Tipo Kwashiorkor. *Revista Gastrohnutp*, 15(1), 20–26. <https://revgastrohnutp.univalle.edu.co/a13v15n1/a13v15n1art3.pdf>
- Reyes Laínez, J. R. (2020). *FACTORES DETERMINANTES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS*. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.
- Vargas, M., & Hernández, E. (2020). Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. *Medwave*, 20(2), e7839. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7839>

ANEXOS

ANEXO 1

Tena, 31 de marzo de 2022

Doctor
Edwin Fabián Chango
DIRECTOR MEDICO HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA
Presente. -

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, Yo **WILLIAM GUILLEN JAMES** con CC: **0959716184** médico especialista de **PEDIATRÍA** y docente de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO en el INTERNADO ROTATIVO; solicito a usted de la manera más comedida se le permita a los estudiante **AMORES LÓPEZ HUMBERTO DAVID** con CC: **185042991-9** y **RUBIO ERAZO JOHN SAMIER** con CC: **093074818-1**, el acceso a las historias clínicas de los paciente **EVALUADOS CON DESNUTRICIÓN TIPO KWASHIORKOR EN EL HOSPITAL GENERAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA TENA, ENERO-DICIEMBRE 2021**

Por la favorable acogida que se dé al presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente:



DR. WILLIAM GUILLEN JAMES
MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA