

NIVEL DE MALNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO AUTANA, ESTADO AMAZONAS, VENEZUELA, 2014.

MALNUTRITION LEVEL IN THE CHILDREN AND ADOLESCENTS OF THE AUTANA MUNICIPALITY, AMAZONAS STATE, VENEZUELA, 2014

Plaza, Darwin¹; Romero, María¹; Santiago, Estefanía¹; Paredes, Yorman²; Chipia, Joan²

¹ Estudiante de Segundo Año de Medicina de la Facultad de Medicina – ULA. Mérida, Venezuela.

² Profesor de Bioestadística. Grupo de Investigación en Bioestadística Educativa. Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela.

Recibido: 02 de septiembre de 2017. Aceptado: 04 de noviembre de 2017

Resumen

Es necesaria una alimentación de calidad y en cantidades adecuadas para cubrir los requerimientos físicos, de lo contrario se pueden generar problemas de malnutrición. Amazonas, es un estado excluido socialmente, debido a que se muestran deficiencias en el crecimiento y desarrollo respecto al resto del país, además del alto nivel de mortalidad infantil. El objetivo fue determinar el nivel de malnutrición en los niños, niñas y adolescentes del municipio Autana del estado Amazonas en Venezuela. El estudio tuvo un nivel descriptivo, enfoque cuantitativo, diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 105 jóvenes en el contexto en estudio. Se utilizó como instrumento una ficha médica con diferentes variables: sexo, edad, lugar de procedencia, peso, talla, perímetro abdominal, perímetro de brazo izquierdo e índice de masa corporal. Obteniendo como resultado, una prevalencia de malnutrición de 37,14% de los pacientes evaluados. Dentro del espectro de malnutrición, la condición predominante fue la desnutrición, la cual se presentó en mayor proporción en el grupo de lactantes (9% de la muestra), mientras que sobrepeso y obesidad fueron predominantes en el grupo de preescolares (7% y 4% respectivamente). Se concluye que aproximadamente cuatro de cada diez habitantes de la población en estudio presentan malnutrición, siendo el sobrepeso el estado de malnutrición predominante, seguido de desnutrición y obesidad. Finalmente el sexo femenino presentó proporciones más altas de desnutrición, sobrepeso y obesidad que el sexo masculino, aunque no se encontró relación estadística entre el estado nutricional y el sexo.

Palabras clave: Malnutrición; Alimentación; Índice de Masa Corporal.

Abstract

It is necessary a quality food and in adequate quantities to cover the physical requirements, on the contrary problems of malnutrition can be generated. Amazonas is a socially excluded state, due to deficiencies in growth and development compared to the rest of the country, in addition to the high level of infant mortality. The objective was to determine the level of malnutrition in children and adolescents in the Autana municipality of Amazonas state in Venezuela. The study had a descriptive level, quantitative approach, non-experimental design. The sample consisted of 105 young people in the context under study. A medical record with different variables was used as instrument: sex, age, place of origin, weight, height, abdominal perimeter, perimeter of the left arm and body mass index. Obtaining as a result, a prevalence of malnutrition of 37.14% of the patients evaluated. Within the spectrum of malnutrition, the predominant condition was malnutrition, which occurred in a greater proportion in the group of infants (9% of the sample), while overweight and obesity were predominant in the group of preschoolers (7% and 4% respectively). It is concluded that approximately four out of every ten inhabitants of the study population present malnutrition, being overweight the prevailing malnutrition state, followed by malnutrition and obesity. Finally, the female sex had higher proportions of malnutrition, overweight and obesity than the male sex, although no statistical relationship was found between nutritional status and sex.

Key words: Malnutrition; Feeding; Body Mass Index.



Introducción

La palabra “malnutrición” es una alteración al nivel nutricional del individuo, ésta puede envolver un déficit de los nutrientes y clasificarse como desnutrición o, por otro lado, tener un exceso de los mismos y pasar a ser hipernutrición, con relación al sobrepeso y la obesidad; por ende implica un desequilibrio en el organismo dado por la alteración en la nutrición, bien sea por defecto (desnutrición) o por exceso (obesidad), ambas extremos, se relacionan con una amplia gama de enfermedades, desde diarreicas, respiratorias, paludismo, renales, infecciosas por deficiencias en el sistema inmune hasta diabetes, cardiopatía, patologías arteriales y algunos cánceres, entre otros (Sánchez, 2002).

Se dice que una persona presenta sobrepeso u obesidad cuando su peso es mayor en relación con su altura, para determinarlo se emplea el índice de masa corporal (IMC). El sobrepeso puede ser por un exceso en las calorías consumidas o una deficiencia en las calorías gastadas. En el caso de la población infantil, cuando la estatura en relación a su edad es menor, indica desnutrición crónica o recurrente. (Organización Mundial de la Salud, 2018a). Si la desnutrición crónica no se trata antes de los 1.000 días críticos en un infante las consecuencias podrían ser irreversibles y producir secuelas permanentes (Wisbaum, 2011).

Del mismo modo, cuando el peso es bajo en relación a la edad presenta deficiencias en el desarrollo y se puede asociar con desnutrición ponderal o por emaciación. (Organización Mundial de la Salud, 2018a). La emaciación indica una pérdida grave pero reciente de peso, puede darse por déficit en la cantidad de alimento o por una enfermedad infecciosa. Una emaciación moderada o grave pueden causar la muerte en un niño pequeño, no obstante éste tipo de desnutrición se puede tratar (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2018a). La desnutrición además puede ser primaria al

estar dada por carencias nutritivas y/o psicoafectivas; o secundaria, por enfermedades independientes a factores socioculturales (Ortiz-Andrellucchi, Peña, Albino, Mönckeberg y Serra-Majem. 2006).

Es oportuno señalar que el periodo desde el embarazo y los primeros dos años de edad, es una etapa crucial para el desarrollo básico del niño en el que amerita el suministro de recursos para el correcto desenvolvimiento de éste, para lo que es requerida una nutrición adecuada, es decir, el abastecimiento propicio tanto en calidad como en cantidad, claves para lograr un crecimiento con buen desarrollo físico e intelectual en el individuo (Wisbaum, 2011). Ya que el organismo emplea vitaminas y minerales para elaborar hormonas, enzimas y otras sustancias que son necesarias para el crecimiento y el desarrollo. Se requieren micronutrientes como el yodo, la vitamina A y el hierro, la carencia de estos elementos, supone una amenaza para la salud, lo que representa una problemática en distintas poblaciones de todo el mundo (OMS, 2018a). Los síntomas a largo plazo de la desnutrición incluyen déficit de talla y disminución del cociente intelectual, puesto que aunque posteriormente se trate el crecimiento corporal los individuos no llegan a alcanzar una talla normal. Neuronal. (Ortiz-Andrellucchi et al. 2006). Además, los primeros dos años de vida constituyen las etapas máximas del crecimiento cerebral, una nutrición pobre durante este periodo afecta irreversiblemente el crecimiento de la masa encefálica teniendo como resultado niveles cognitivos e intelectuales bajos, disminución del perímetro craneal y formación de espacios ocupados por líquido cefalorraquídeo. Así mismo, los primeros 18 meses de vida están implicados en el desarrollo del sistema nervioso central para lo cual son necesarios estímulos sensoriales y una correcta nutrición, que de estar ausentes se traduce en atrofia neuronal (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006).

Entre las causas de la malnutrición, la

Organización de Naciones Unidas (2002) señala las siguientes: a) necesidades elevadas de energía y proteína por kilogramo de peso en el niño, asociados a los hábitos en la familia; b) prácticas incorrectas de destete; c) casos en los que, a menudo, familias pobres emplean de forma incorrectas las fórmulas lácteas infantiles en edades donde la lactancia natural es más adecuada; d) dietas irregulares y con poca densidad de nutrientes; e) descuido paternal sobre los niños y la desvalorización a la lactancia; f) falta de acceso a los alimentos por pobreza, desigualdad o falta de terreno cultivable; g) infecciones que causen anorexia, eviten o reduzcan el consumo de alimentos, su absorción o el aprovechamiento de nutrientes; h) hambrunas por sequías, desastres naturales, guerras, desordenes civiles, etc.

La OMS (2018a) reportó que debido a su naturaleza los niños tienden a ser más vulnerables a morir por causa de la malnutrición. De hecho, la desnutrición contribuye a cerca de un tercio de la mortalidad infantil. Sin embargo, la desnutrición es identificable mediante la observación directa al reconocer el grado de delgadez o la edematización en extremidades inferiores; conociendo medidas de la talla, peso, perímetro de brazo y edad del niño es posible hacer comparaciones con estándares de referencia para una idea más precisa sobre el estado nutricional que puede presentar un paciente, y el impacto que este puede tener en el desarrollo y el crecimiento (Wisbaum, 2011).

Resulta de interés enunciar la investigación de Ravasco, Anderson y Mardones (2010) en su trabajo métodos de valoración del estado nutricional aborda una gama de procedimientos para el diagnóstico nutricional mediante la clasificación según estados nutricionales. Menciona la utilización de las medidas de peso, talla, circunferencia cefálica, circunferencia media del brazo izquierdo y pliegues cutáneos para la evaluación antropométrica del estado nutricional en pacientes infantiles. Mediante

la comparación de los valores obtenidos de los pacientes con estándares de referencia. Especificando además los principales indicadores del estado nutricional, como lo son el peso para la edad, el peso para la talla, talla para la edad, y circunferencia cefálica y del brazo para la edad.

Además, es necesario señalar que la pobreza es una causa de la desnutrición y tiende a asociarse con carencias psicoafectivas al desfigurar el núcleo familiar, afectando los estímulos a la imaginación del niño, su aprendizaje y desenvolvimiento verbal. (Ortiz-Andrelucchi et al., 2006). El niño crece en un ambiente que no es propicio, esto impacta su supervivencia, sus capacidades como individuo y ello crea un daño a la sociedad, pues el principal pilar de una nación es su capital humano (Ortiz-Andrelucchi et al., 2006). También, la desnutrición empeora por cada generación, mujeres desnutridas tienen hijos con pesos por debajo de los normales, los cuales tienen probabilidades de repetir el mismo ciclo y generan una cadena que va en aumento. Como ya se mencionó, es un problema que afecta el desarrollo del niño como individuo, limita sus habilidades y su rendimiento académico, por lo tanto bloquea la realización de adultos capaces humana y profesionalmente para hacer avances y/o mejoría de sus comunidades (Wisbaum, 2011). Cabe destacar que en los países con ingresos bajos y medianos, cerca del 45% de las muertes en los niños menores de 5 años están relacionadas con la desnutrición (OMS, 2018a).

En este sentido, la Convención sobre los Derechos del Niño, firmada y ratificada en 1989, establece el derecho universal de los menores de edad a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. (Organización de las Naciones Unidas, 2002). Así mismo, entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en conjunto de 8 objetivos concretos que tienen como finalidad el impulso del desarrollo humano, se encuentra la erradicación de la

pobreza extrema y el hambre y la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años. (ONU, 2002)

En Venezuela, la situación económica ha acrecentado la problemática relacionada con la malnutrición, debido a la subida excesiva de los precios de los alimentos y las medicinas como consecuencia de la escasez. Esto ha agudizado el problema de la malnutrición infantil, a tal punto que se ha declarado el estado de crisis, según un informe de Caritas de Venezuela. Debido a que para mayo del 2017, el 48% de los niños menores de 5 años sufrían de malnutrición o está en riesgo inminente de sufrirla. Cifra que se encuentra muy por encima del umbral de crisis para la OMS (10%) (Caritas Internationalis, 2017).

Una investigación que refuerza lo antes señalado fue la efectuada por Villalobos et al (2015), en la que describieron un estudio en 195 niños de una población indígena del Estado Zulia evaluados desde varios puntos de vista, entre ellos los rasgos alimentarios y antropométricos. Los resultados de este estudio indicaron un 32,3% de niños con diagnóstico de talla baja con peso adecuado para la talla; un 12,8% de niños con sobrepeso y talla normal y solo un 29,7% un estado nutricional normal. Además, se determinó, mediante análisis dietético que existía un consumo deficiente de micronutrientes como el calcio, el hierro, el zinc, y un consumo excesivo de fosforo y vitamina C. De esta manera, se determinó que entre los principales factores relacionados con el estado nutricional, tenían que ver con la ingesta alimentaria, la disponibilidad de alimentos, y su consumo y aprovechamiento biológico.

Es importante contextualizar la presente investigación señalando que Amazonas está ubicado al sur del país, en frontera con Colombia y Brasil. Ocupa en superficie el 20% del territorio nacional y tiene una población aproximada de 135.000 habitantes según cifras de UNICEF. Tiene condiciones

biológicas y geológicas que dificultan la comunicación entre sus municipios. Su territorio alberga 19 pueblos indígenas que constituyen la mitad de su población. Amazonas es uno de los estados más deprimidos del país con población indígena en exclusión social. Algunos indicadores muestran diferencias en el crecimiento, oportunidades y desarrollo humano en la niñez de sus individuos en comparación con el resto del país puesto que la tasa de mortalidad infantil en este Estado es la más alta de Venezuela: 35,9 por 1000 niños nacidos vivos registrados (INE, 2004), el doble del promedio nacional (17,16 por cada 1000 niños nacidos vivos) para ese año (UNICEF, 2007).

Por la vulnerabilidad social que caracteriza al estado Amazonas, es imperioso diagnosticar y tomar acciones que determinen mejoras en la calidad de vida de los habitantes de este estado, especialmente a la población infantil. Para ello es necesario que sea conocido el estado nutricional de dicha población ya que es la más vulnerable, esto traería consigo el establecimiento de una vía para la ejecución de programas y políticas que permita mejorar el estado de salud de los habitantes del Amazonas, que por diferentes factores, enfrentan grandes dificultades en cuanto al acceso a servicios de salud.

Dadas las consideraciones anteriores, el estudio se desarrolló a partir del siguiente *objetivo general*: determinar el nivel de malnutrición en los niños, niñas y adolescentes de la población del municipio Autana del Estado Amazonas en Venezuela, información provista de la data de la Asociación Científica Universitaria de Estudiantes de Medicina (ACUEM) sobre los pacientes atendidos durante la jornada del Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) 2014. *Objetivos específicos*: i) Describir las variables demográficas de los sujetos en estudio; ii) Clasificar el estado nutricional de los pacientes en estudio; iii) Determinar si

existe relación entre el sexo y el grado de malnutrición en los pacientes.

Metodología

El estudio fue realizado bajo un nivel descriptivo y de diseño no experimental (Arias, 2006). La población estuvo constituida por los individuos menores de edad entrevistados y evaluados del municipio de Autana en el Estado Amazonas en Venezuela durante la jornada de CUMIS 2014. La muestra estuvo conformado por 105 sujetos, por medio de un muestreo no probabilístico, elegidos a conveniencia tomando los siguientes criterios:

1. Los participantes debían estar dentro de un rango de edad de 0 a 15 años.
2. La ficha médica empleada para la recolección de datos debía estar completa.

Las variables de la investigación abarcan: género, población, peso en kilogramos, edad en años cumplidos, talla en metros, perímetro abdominal en centímetros, perímetro de brazo izquierdo en centímetros, grupos etarios (catalogados de acuerdo a la clasificación de grupos etarios de UNICEF, 2010), índice de masa corporal obtenido a

través del peso y la talla de cada participante en la muestra y su clasificación en estado nutricionales según patrones estipulados en la OMS (2018b).

Los datos fueron recolectados en el CUMIS en mayo del 2014, los cuales se encuentran en la base de datos de ACUEM. En el procesamiento de los datos, los cálculos del índice de masa corporal y la clasificación de los estados nutricionales se llevó a cabo mediante Microsoft Excel.

Resultados

Con respecto a los datos demográficos, se puede afirmar lo siguiente: Para el sexo las mujeres tuvieron más presencia en el estudio con 58,1% (61) mientras que los individuos de sexo masculino fueron 41,9% (44). Las edades estuvieron comprendidas entre 0 y 15 años, como se muestra en la Figura 1 con un valor medio de 5,180 años, el punto medio de la distribución fue 4 años de edad mientras que la desviación típica fue de 4,362 años. El 50% central de los datos para el sexo femenino entre 2 y 10 años, mientras que para el masculino estuvo entre 1,25 y 6 años.

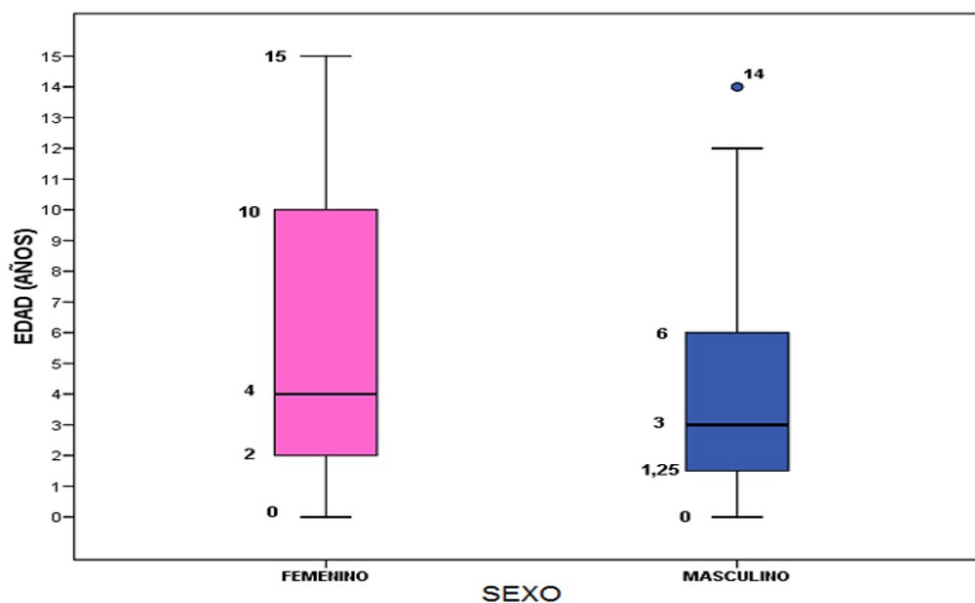


Figura 1. Edad en años cumplidos según el sexo de la población del municipio Autana atendida durante la jornada de CUMIS 2014, estado Amazonas, Venezuela.

De la clasificación de los individuos en grupos etarios resultó que el grupo de lactantes fue el que presentó mayor predominio (Tabla 1), representando el grupo de 0 a 2 años 33,3% (35); seguidamente el grupo de los 6 años a los 12 años 30,5% (32); luego el grupo etario de 3 a 5 años 28,6% (30); y por último el grupo etario de 13 a 18 años 7,6% (8). En el grupo femenino el mayor porcentaje fue de escolares 19% (20), mientras que en el sexo masculino el grupo etario predominante fue el de lactantes con 16,2% (17).

Como se puede observar en la tabla 2, los lugares de procedencia fueron: Isla Ratón el cual abarcó un 26%, seguido del sector 12 de Octubre con 22%, La Piedrita con 18%. El resto de los individuos provenía de otros sectores como Pedro Loroima, Francisco de Miranda, Araguato, entre otros. De las poblaciones de 12 De Octubre y La Piedrita hubo cierta diferencia de participación en cuanto al sexo. Siendo que los de sexo masculino provenientes de La Piedrita fueron 4,7% (5) mientras que 12,3% (13) eran pacientes femeninas. En el sexo

femenino, la población con mayor frecuencia fue 12 de Octubre 15,2% (16). Y en el sexo masculino la población de Isla Ratón 12,3% (13).

Los resultados de la evaluación de los datos antropométricos (índice de masa corporal, perímetro abdominal y perímetro de brazo izquierdo) para determinar el estado nutricional fueron los siguientes, en cuanto al estado nutricional normal existieron 66 individuos (62,9%), divididos en 29 masculinos y 37 femeninos; seguido del estado nutricional de sobrepeso con 19 individuos (18,0%), 8 masculinos y 11 femeninos. Seguidamente, el estado nutricional de desnutrición se encontró un total de 11 casos (10,5%), 4 masculinos y 7 femeninos. Finalmente, el estado nutricional de obesidad se hallaron 9 individuos (8,6%), 3 masculinos y 6 femeninos. Estos números describen que existieron 39 casos (37,14%) que se incluyen dentro del espectro de malnutrición (desnutrición, sobrepeso y obesidad), de los cuales 15 sujetos son de sexo masculino y 24 personas de sexo femenino (Figura 2).

Tabla 1. Edad según sexo de la población del municipio Autana, atendidos durante la jornada de CUMIS 2014 en el estado Amazonas, Venezuela.

<i>Grupo Etario</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N° (%)
	Masculino N° y (%)	Femenino N° (%)	
<i>Lactante</i> (0 a 2 años)	17 (16,2)	18 (17,1)	35 (33,3%)
<i>Pre-escolar</i> (3 a 5 años)	14(13,3)	16 (15,2)	30 (28,6%)
<i>Escolar</i> (6 a 12 años)	12 (11,4)	20 (19,0)	32 (30,5%)
<i>Adolescente</i> (13 a 18 años)	1 (0,9)	7 (6,7)	8 (7,6%)
<i>Total</i>	44 (41,9)	61 (58,1%)	105 (100,0%)

Fuente: Cálculo de los autores. Diciembre, 2017.

Tabla 2. Lugar de procedencia según el sexo de la población del municipio Autana atendidos durante la jornada de CUMIS 2014, estado Amazonas, Venezuela.

Lugar de procedencia	Sexo		Total (Nº y %)
	Masculino (Nº y %)	Femenino (Nº y %)	
<i>San Vicente</i>	2 (1,9%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)
<i>Sabana de Ratón</i>	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
<i>Puerto Aceitico</i>	0 (0,0%)	3 (2,8%)	3 (2,8%)
<i>Puerto Acapulco</i>	2 (1,9%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)
<i>Polígono</i>	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
<i>Pedro Loroima</i>	2 (1,9%)	3 (2,8%)	5 (4,7%)
<i>Munduapo</i>	2 (1,9%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)
<i>Muerganito</i>	1 (0,9%)	2 (1,9%)	3 (2,8%)
<i>La Piedrita</i>	5 (4,7%)	13 (12,3%)	18 (17,1%)
<i>La Grita</i>	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
<i>José Antonio Páez</i>	1 (0,9%)	1 (0,9%)	2 (1,9%)
<i>Isla Ratón</i>	13 (12,3%)	13 (12,3%)	26 (24,7%)
<i>Francisco de Miranda</i>	1 (0,9%)	4 (3,8%)	5 (4,7%)
<i>El Valle</i>	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
<i>Cerro de Loro</i>	2 (1,9%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)
<i>Carlos Lata</i>	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
<i>Caño Piedra</i>	0 (0,0%)	2 (1,9%)	2 (1,9%)
<i>Barrio Venezuela</i>	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
<i>Bachacai</i>	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
<i>Araguato</i>	2 (1,9%)	2 (1,9%)	4 (3,8%)
<i>12 de Octubre</i>	6 (5,7%)	16 (15,2%)	22 (20,9%)
Total	44 (41,9%)	61 (58,1%)	105 (100,0%)

Fuente: Cálculo de los autores. Diciembre, 2017.

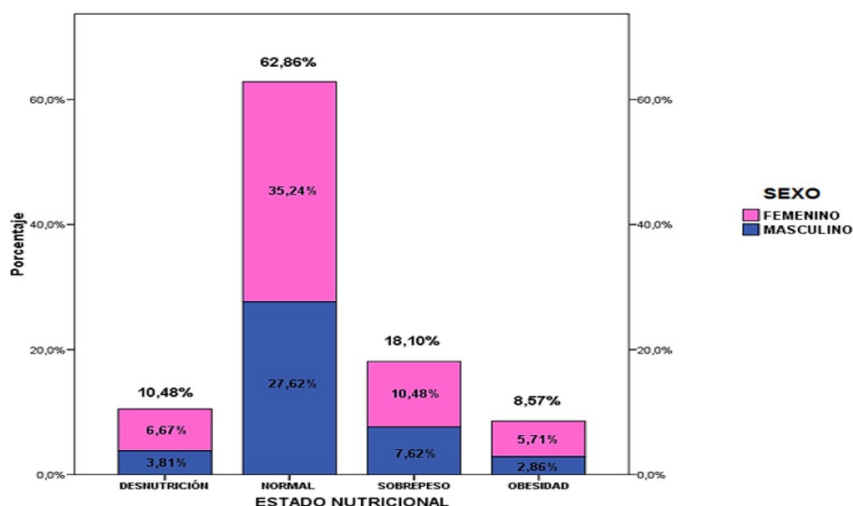


Figura 2. Estado nutricional de la población del municipio Autana atendida durante la jornada de CUMIS 2014, Estado Amazonas, Venezuela.

En la Figura 3 se muestra que el estado nutricional de normalidad, describió una mayor frecuencia en escolares con 25 (23,8%) individuos, seguido de lactantes con 21 (20,0%) individuos, 15 (14,3%) escolares y por último 5 (4,8%) adolescentes. Luego se tiene el estado nutricional de sobrepeso predomina en el grupo etario de pre-escolares con 9 (8,6%) individuos, seguido de escolares y lactantes con 4 (3,8%) personas cada uno y por último 2 (1,9%) adolescentes presentando éste estado. El estado nutricional de desnutrición estuvo comprendido por 7 lactantes (6,7%), el cual

presentó más frecuencia, seguido de 2 (1,9%) escolares y 1 (0,9%) escolar y adolescente. Para finalizar, el estado nutricional de obesidad, estuvo representado por 4 (3,8%) pre-escolares, 3 (2,5%) lactantes y 2 (1,9%) escolares. Estos números pueden reflejar como los 39 (37,14%) casos de malnutrición se distribuyen entre los grupos etarios, donde se observó predominio en el grupo de pre-escolares con 15 (14,28%) casos, seguido de 14 (13,33%) lactantes, 7 (6,66%) escolares y 3 (2,85%) individuos adolescentes.

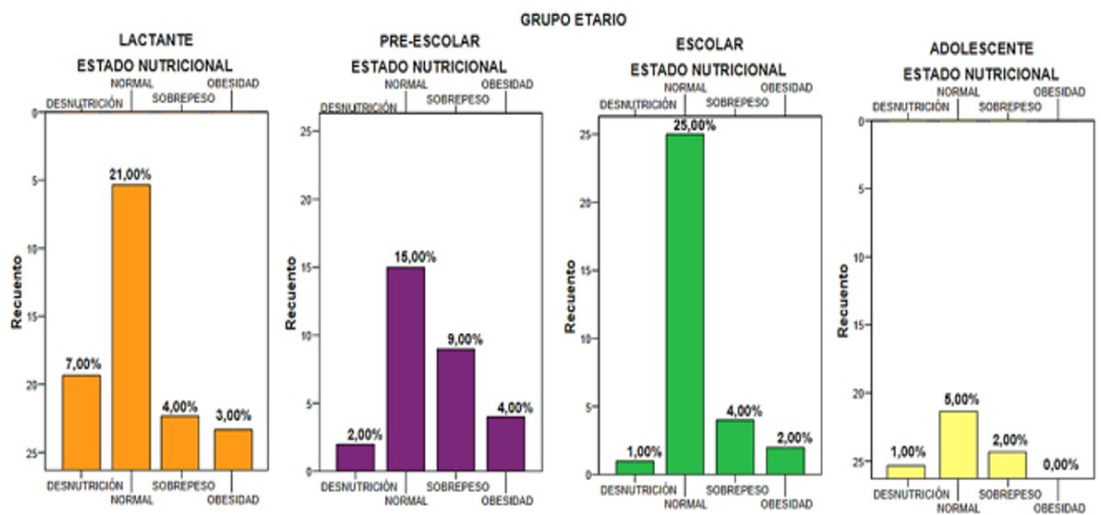


Figura 3. Estado nutricional según los grupos etarios de la población del municipio Autana atendidos durante la jornada de CUMIS 2014, Estado Amazonas, Venezuela.

Tabla 3. Estado nutricional según el sexo de la población del municipio Autana atendida durante la jornada de CUMIS 2014, Estado Amazonas, Venezuela.

		Sexo						p-valor
		Femenino		Masculino		Total		
Estado nutricional		N°	%	N°	%	N°	%	
Desnutrición		7	6,7%	4	3,8%	11	10,5%	
Normal		37	35,2%	29	27,6%	66	62,8%	
Sobrepeso		11	10,5%	8	7,6%	19	18,1%	
Obesidad		6	5,7%	3	2,9%	9	8,6%	
Total		61	58,1%	44	41,9%	105	100%	

Nota: No existieron diferencias estadísticamente significativas con la prueba Chi-cuadrado a un nivel de confianza del 95%

Fuente: Cálculo de los autores. Diciembre, 2017.

Finalmente, como se observa en la Tabla 3, en la determinación de la relación entre sexo y estado nutricional, se determinó que se encontraba en la zona de aceptación. Por lo que no existió suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula a un nivel de confianza del 95%, lo cual enuncia que no existe relación entre las variables sexo y estado nutricional para los sujetos de la muestra en estudio.

Discusión

Según la OMS (2018a), alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. Los niveles de malnutrición en niños y adolescentes de entre 0 y 15 años hallados en este estudio fueron del 37%, una cifra que sugiere indirectamente niveles socioeconómicos muy bajos y cuya condición sanitaria es precaria. Además se pudo evidenciar que en edades tempranas fue predominante el trastorno por déficit alimentario, y a medida que aumentada la edad, se volvió predominante los estados de sobrepeso y obesidad. En este sentido, se observó en el grupo de lactantes mayormente desnutrición mientras que en preescolares, escolares y adolescentes fueron predominantes los estados de sobrepeso y obesidad. Datos comparables con los resultados del estudio de López, Landaeta-Jiménez, Herrera, Cuenca y Sifontes (2014), en el que se indica que entre los 7 a los 17 años de edad, 21-28% presentaban exceso y 15- 17% déficit.

Si bien, en dicho estudio se afirma que los estados de déficit parecen ser mayores que los de exceso en estados rurales, se pudo observar en este caso que el estado de malnutrición predominante fue el de sobrepeso. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la clasificación del estado nutricional en este estudio fue mediante la comparación del IMC y el perímetro abdominal y del brazo izquierdo, datos útiles para determinar la desnutrición aguda o emaciación, pero que no aportan criterios suficientes para determinar la desnutrición

crónica. Por lo que sería recomendable profundizar en el estudio, aplicando otros parámetros con el fin de determinar si se presentan trastornos de crecimiento relacionados con desnutrición crónica. Elementos que podrían ser tomados en cuenta en investigaciones futuras, puesto que por el estado socioeconómico de estas poblaciones rurales podría inferirse que los estados de desnutrición crónica son más comunes que los de desnutrición aguda, tal como lo mostró el estudio de Amaya-Castellanos et al. (2002). Que expuso que el 27,4% de los niños sufrían de desnutrición, presentando el 15,4% detención del crecimiento. Y solo el 9,6% déficit de peso y el 2,6% consunción o desnutrición proteico-energética aguda.

Por otra parte, los resultados relacionados con el exceso también fueron relevantes. Especialmente por el hecho de que se presentaron principalmente en los grupos de preescolares, escolares y adolescentes, ya que podría tratarse de algún tipo de alimentación alternativa con elementos accesibles en estas zonas, que les permite mitigar la inaccesibilidad a otros productos necesarios para una alimentación balanceada. La OMS (2018a) afirma que en los países con ingresos económicos bajos o medios, están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez. Además, como lo afirman Villalobos et al (2015), la situación económica de país podría obligar a las personas a modificar sus patrones de consumo de alimentos, sustituyendo alimentos de origen animal, fuente importante de nutrientes, por alimentos de menor costo que podrían tener un mayor aporte calórico pero menor en cuanto a vitaminas y minerales.

Así mismo, el hecho de que en lactantes se hayan presentado tantos casos de desnutrición podría sugerir carencias tanto en la composición de nutrientes de la leche, como relacionadas con hábitos de lactancia materna. El primer caso, requeriría investigar

más acerca del estado nutricional de las madres. Y el segundo, requeriría jornadas educativas sobre lactancia materna.

Conclusiones

1. En cuanto a las variables demográficas, hubo un notable predominio de participación en el estudio de pacientes provenientes de Isla Ratón, 12 de octubre y La Piedrita principalmente; así como un predominio del sexo femenino no tan marcado.

2. La cifra resultante de estados de malnutrición fue de aproximadamente cuatro de cada diez habitantes de la población en estudio, dentro de los cuales se encontró el sobrepeso como estado de malnutrición predominante, seguido de desnutrición y obesidad.

3. No se encontró relación entre las variables de sexo y estado nutricional, a pesar de que dentro de los individuos pertenecientes a los estados nutricionales de desnutrición, sobrepeso y obesidad, existió un evidente predominio del sexo femenino.

Recomendaciones

- Las entidades gubernamentales deben mantener una observación constante llevando a cabo un seguimiento minucioso a las comunidades de Isla Ratón, 12 de Octubre, La Piedrita y demás poblados del estado Amazonas para así saber el verdadero origen de la problemática con la finalidad de combatirlo de manera eficaz.

- Llevar a cabo nuevos estudios a fin de obtener datos más actualizados, involucrando nuevas variables para la determinación del estado nutricional, como el peso y la altura con respecto a la edad; de manera que se pueda obtener información más precisa. Así como incluir en el estudio otras patologías recurrentes o que se estén presentando, que puedan ser consecuencia de la malnutrición. De este modo podría determinarse la relación entre la malnutrición y dichas patologías.

- Involucrar en este tipo de investigaciones, exámenes como niveles de hemoglobina,

retinol sérico y otros micronutrientes que puedan ser indicativos más específicos de ciertas carencias que podrían afectar a la población infantil.

- Abrir líneas de investigación relacionadas con el nivel socioeconómico, y la calidad de la alimentación que tienen los habitantes de estas poblaciones. Y así realizar un acercamiento a las posibles causas de la malnutrición prevalente en las mismas.

- Llevar a cabo jornadas educativas con respecto a temas como lactancia materna, y alimentación balanceada. Y de esta manera informar a las personas sobre hábitos más saludables de alimentación, adecuados a las posibilidades socioeconómicas y geográficas de estas poblaciones.

Referencias

Amaya-Castellanos, D., Vilorio-Castejón, H., Ortega, P., Gómez, G., Urrieta, J., Lobo, P. y Estévez, J. (2002). Deficiencia de Vitamina A y Estado Nutricional Antropométrico en Niños Marginales Urbanos y Rurales en el Estado Zulia, Venezuela. *Invest Clin*, 43(2), 89-105.

Arias, F. (2006). *El Proyecto De Investigación*. (5a. Ed.). Caracas: Episteme.

Cáritas Internationalis. (2017). *Los niños ante la crisis de alimentos en Venezuela, mientras la malnutrición se dispara. Ciudad del Vaticano*: Autor. Recuperado de: <https://www.caritas.org/2017/05/los-ninos-ante-la-crisis-de-alimentos-en-venezuela-mientras-la-malnutricion-se-dispara/?lang=es>

López, M., Landaeta-Jiménez, M., Herrera, M. y Sifontes, Y. (2014). La doble carga de desnutrición y obesidad en Venezuela. *AnVenezNutr*, 27, (1), 77-87.

Organización de Naciones Unidas (1989). *Convención Sobre Los Derechos del Niño. Naciones Unidas Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

- Organización Mundial de la Salud (2018a). Malnutrición. *Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *Patrones de crecimiento Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/es/>
- Ortiz-Andrellucchi, A., Peña, L., Albino, A., Mönckeberg, F. y Serra-Majem, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutr. Hosp.*, 21, (4), 533-541.
- Ravasco, P., Anderson, H. y Mardones, F. (2010). Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED). Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr. Hosp.*, 25, (3), 57-663.
- Sánchez, C. (2002). Malnutrición. Concepto, clasificación, etiopatogenia. Principales síndromes. *Valoración Clínica. Medicine*, 8, (87), 4669-4674.
- UNICEF (2007). El Estado Amazonas. Venezuela. *Unicef Venezuela*. Recuperado de: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/unicef_venezuela_7764.htm
- UNICEF (2010). Clasificación etaria de los pacientes pediátricos. Venezuela. *Unicef Venezuela*. Recuperado de: https://www.unicef.org/spanish/supply/index_53571.html
- Villalobos, D., García, D., Bravo, A., Fernández, A., Romero, M. y Marrufo, L. (2015). Perfil nutricional de niños indígenas de la etnia Añú de la laguna de Sinamaica (Venezuela) bajo la perspectiva del Análisis de Componentes Principales. *Antropo*, 34, 31-44. Disponible en: www.didac.ehu.es/antropo
- Wisbaum, W. (2011). La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. *UNICEF España*. Disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3713/La%20desnutrici%C3%B3n%20infantil%20causas%2c%20consecuencias%20y%20estrategias%20para%20su%20prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>