

## Estado de seguridad alimentaria en niños hospitalizados en pediatría y su asociación con malnutrición

**Dra. María Karolina Aguirre Moreira**  
[ka\\_rito93@hotmail.com](mailto:ka_rito93@hotmail.com)  
Investigador Independiente  
<https://orcid.org/0009-0002-0754-0109>

**Dra. Mónica Ariana Ortega Ponce**  
[mortega0439@gmail.com](mailto:mortega0439@gmail.com)  
Investigador Independiente  
<https://orcid.org/0009-0005-8767-7720>

**Dra. Diana Mercedes Navarrete Macías**  
[diamer.20@gmail.com](mailto:diamer.20@gmail.com)  
Investigador Independiente  
<https://orcid.org/0009-0009-8163-8295>

**Dra. Katya Gabriela Egüez García**  
[katyaeguez@gmail.com](mailto:katyaeguez@gmail.com)  
Investigador Independiente  
<https://orcid.org/0000-0003-2324-5361>

**Dra. Diana Teresa Bravo Vera**  
[diani\\_brave19@outlook.com](mailto:diani_brave19@outlook.com)  
Investigador Independiente  
<https://orcid.org/0009-0003-1886-2661>

**Dra. Michelle Anthonella Salazar Bowen**  
[mishesa95@gmail.com](mailto:mishesa95@gmail.com)  
Investigador Independiente  
<https://orcid.org/0009-0009-1554-4477>

### RESUMEN

La seguridad alimentaria es un determinante de salud y nutrición, pues “todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades dietéticas y preferencias alimenticias para una vida activa y sana”, el objetivo de este estudio es establecer el estado de seguridad alimentaria de los niños que son hospitalizados los servicios de Pediatría y determinar si existe relación con su estado de nutrición. Se realizó una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos y bibliotecas electrónicas, que incluyó artículos en inglés y español del 2022 que, contuvieran los tópicos de interés. Se realizó una descripción detallada de los trastornos de seguridad alimentaria en niños hospitalizados en pediatría y su asociación con malnutrición, obteniendo como resultados varios factores, como lo son pacientes que no son atendidos en ambientes hospitalarios y no se contabilizan, pacientes que son diagnosticados, pero no son censados o pacientes que son atendidos en instituciones, pero no son diagnosticados al inicio, estado de seguridad alimentaria en el hogar, estado nutricional; Los niños tenían desnutrición en un 17%, sobrepeso 13%; los mayores porcentajes de niños malnutridos estuvieron en hogares con inseguridad alimentaria; sin embargo, en ningún caso de los revisado, se demostró asociación estadísticamente significativa, de tal forma se concluye que, pese a los altos porcentajes de Inseguridad alimentaria, no se demostró asociación significativa con malnutrición.

**Palabras claves:** *desnutrición; evaluación nutricional; inseguridad alimentaria*

# **Food security status in children hospitalized in pediatrics and its association with malnutrition**

## **ABSTRACT**

Food security is a determinant of health and nutrition, since "all people have, at all times, physical and economic access to sufficient safe and nutritious food to meet their dietary needs and food preferences for an active and healthy life", the objective of this study is to establish the food safety status of children who are hospitalized in Pediatric services and determine if there is a relationship with their nutritional status. A systematic bibliographic review was carried out in databases and electronic libraries, which included articles in English and Spanish from 2022 that contained the topics of interest. A detailed description of food safety disorders in children hospitalized in pediatrics and their association with malnutrition was made, obtaining as results several factors, such as patients who are not treated in hospital environments and are not counted, patients who are diagnosed, but They are not registered or patients who are cared for in institutions, but are not diagnosed at the beginning, food security status at home, nutritional status; The children had malnutrition in 17%, overweight 13%; the highest percentages of malnourished children were in households with food insecurity; however, in none of the cases reviewed was a statistically significant association demonstrated, thus it is concluded that, despite the high percentages of food insecurity, no significant association with malnutrition was demonstrated.

**Keywords:** *malnutrition; nutritional assessment; food insecurity*

*Artículo recibido 15 febrero 2023*

*Aceptado para publicación: 15 marzo 2023*

## **INTRODUCCIÓN**

El estado nutricional permite determinar el nivel de salud, bienestar individual y poblacional desde la perspectiva nutricional, además se encarga de investigar el grado en que las demandas fisiológicas, químicas y metabólicas son cubiertas por la alimentación y el equilibrio entre los requerimientos nutrimentales. Evaluar el estado nutricional depende en gran medida de la recolección de datos, a partir de diferentes métodos para obtener indicadores que reflejan el estado nutricional de situaciones pasadas o actuales (Urbina , Vielma, Mora, & Camacho Camargo, 2020).

Con respecto a los niños en estado en las áreas de pediatría, cuando se produce alteración del estado nutricional, incrementa la morbimortalidad; siendo un niño críticamente enfermo, aquel en el cual la agresión o la enfermedad afecta a una o más de sus funciones vitales y por ello, precisa de tratamiento intensivo mediante apoyo hemodinámico, respiratorio, renal, metabólico, antimicrobiano, entre otros, para el mantenimiento de estas funciones fisiológicas perdidas (Vega Cribeiro , 2017).

La evaluación nutricional de los pacientes al ingreso de la hospitalización es fundamental para la detección temprana de niños en riesgo nutricional, con desnutrición y/o en exceso de peso que permita su oportuno tratamiento y seguimiento, sin embargo, su diagnóstico pasa desapercibido y su correcta valoración resulta compleja. El término malnutrición significa alteración de la nutrición, tanto por defecto (*desnutrición*) como por exceso (*sobrepeso*) (Pozo Fuertes, 2017). Lo anterior, es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes que puede llevar a un síndrome de deficiencia, dependencia, toxicidad u obesidad. Alrededor de un 30% de la población mundial sufre de alguna forma de malnutrición.

### **Desarrollo**

El estado de nutrición es consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social. Las poblaciones con mayores riesgos por deficiencia de nutrientes son los lactantes, los niños, las embarazadas, los ancianos, las personas hospitalizadas, los enfermos crónicos y las familias de bajos ingresos (Vélez Pinos & Buenaño Rodríguez , 2020). Las alteraciones metabólicas que suceden como consecuencia de este desequilibrio se ponen en marcha en pocas horas o días, pero las manifestaciones clínicas pueden demorarse meses o aun años en aparecer dependiendo

del indicador que se considere. En las edades pediátricas, el bajo peso, la falta de crecimiento, el incremento en la incidencia de caries dental y la anemia son algunas de sus principales manifestaciones. El estado nutricional en los niños es uno de los mejores indicadores de salud individual o comunitaria, ya que está muy condicionado por la alimentación y la nutrición, debido a sus elevadas demandas energéticas y sus escasas reservas metabólicas para enfrentarse a la enfermedad y/o al estrés; por otra parte, la dieta a partir del destete tiende a ser más restrictiva y limitada y la posibilidad de adquirir enfermedades infecciosas es mayor.

Al considerar los objetivos de la evaluación del estado de nutrición es importante determinar si se pretende identificar sujetos en riesgo de tener desnutrición o sujetos enfermos. Así en el primer caso bastará con establecer una relación entre su peso y su estatura, en función de su edad y sexo, y contrastarla con un patrón de referencia (Mafla Garzón & Guevara Calero, 2020). Por el contrario, si se trata de establecer el diagnóstico de desnutrición, se requiere de un estudio clínico que permita la búsqueda orientada y sistemática de síntomas y signos específicos. Una evaluación dietética no permite hacer un diagnóstico del estado de nutrición; sin embargo, sí permite orientar sobre el riesgo de presentar algunas alteraciones y en este sentido es más útil para poblaciones que para individuos.

Nadie duda de la relación directa que existe entre el nivel de vida de una población determinada y su estado nutricional.

***Para la valoración nutricional del recién nacido se tendrán en cuenta los siguientes parámetros fundamentalmente:***

- El peso al nacimiento varía con la Edad Gestacional y el estado de nutrición materno, considerado el estándar de oro. Permite clasificación nutricional del recién nacido.
- La longitud al nacimiento que refleja el potencial genético del crecimiento y la desnutrición intraútero en menor medida. No se altera por el estado de hidratación. Debe determinarse al nacer y después una vez por semana (crecimiento de 1 cm/ semana).
- El perímetro cefálico cuya medición debe hacerse a las 48 horas de vida, cuando se ha corregido ya el efecto del modelaje, y con el bebé tranquilo (Hodgson, y otros, 2021).

**Tabla 1.** Clasificación nutricional del recién nacido (RN)

Según el peso al nacer	Según edad gestacional (eg)
>4.000 gr→ RN Macrosómico	<37 sem.→RN pretérmino (RNPT)
2.500-4.000 gr→RN de peso adecuado	37-42 sem.→RN a término (RNT)
<2.500 gr→RN de bajo peso (RNBp)	>42 sem.→RN post-término
<1.500 gr→RN de muy bajo peso (RNMBP)	
<1.000 gr→RN de peso extremadamente bajo (RNEBP)	
Según peso al nacer para la edad gestacional	
Entre 10-90 percentil→Adecuado para la edad gestacional (AEG)	
<10 percentil→Pequeño para edad gestacional	

*Fuente:* Tomado y adaptado de ( Velandia, Hodgson, & Le Roy, 2016)

( Ortiz Beltrán, Pinzón Espitia, & Aya Ramos, 2020)

Una alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y la lactancia constituye una de las intervenciones más útiles para mejorar la lactancia y son fundamentales para mantener un adecuado estado nutricional de la madre y del niño y con ello asegurar un óptimo estado de salud y crecimiento del neonato.

**Tabla 2.** Tipos de Desnutrición

Según sus manifestaciones clínicas	
<b>Marasmo</b>	Existe una deficiencia calórica, el cual se puede presentar en un organismo en fase de crecimiento debido al destete temprano, infecciones repetitivas, alimentación inadecuada, enfermedades metabólicas y mala absorción de los nutrientes. El niño afectado disminuye de peso, se atrofian las masas musculares y disminuye el panículo adiposo.
<b>Kwashiorkor</b>	Se presenta por un deficiente aporte de proteínas, con un aporte adecuado de calorías. El afectado posee un tejido adiposo escaso, se atrofia la masa muscular, existe edema, hepatomegalia, retraimiento y carencia de apetito.
<b>Mixta</b>	Marasmo-Kwashiorkor: el niño afectado presenta características propias del marasmo más edema por la ausencia de ingesta proteica. Se presenta en pacientes previamente desnutridos que sufren una enfermedad aguda. Es muy frecuente en la población hospitalaria.

<b>Según su etiología</b>	
<b>Primaria o ambiental:</b>	<p>Es la causada por la deficiencia prolongada de aportes de calorías y/o proteínas, caracterizándose por un mayor consumo de reservas proteicas con alteración de la estructura y función del organismo. Se produce por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación insuficiente por escasez de recursos.</li> <li>• Errores en la alimentación por defecto de técnica (biberones mal preparados, frecuencia escasa) o dietas inadecuadas.</li> <li>• Alteraciones en el vínculo madre-hijo.</li> <li>• Alteraciones en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño.</li> <li>• Marginación social.</li> <li>• Pobreza.</li> <li>• Ignorancia.</li> <li>• Inequidad social</li> </ul>
<b>Secundaria</b>	<p>Cuando existe una adecuada disponibilidad de nutrientes, pero existe una alteración en la incorporación de los mismos.</p>
	<p>Imposibilidad de ingesta: encefalopatías, fisura palatina, anorexia secundaria a enfermedades crónicas o quimioterapia, infecciones de repetición, etc.</p>
	<p>Maldigestión o malabsorción: fibrosis quística, parasitosis, enfermedad celíaca, intolerancia a la proteína de la leche de vaca, parasitismo intestinal, síndrome de intestino corto, etc.</p>
	<p>Enfermedades crónicas con aumento del gasto, de las pérdidas o de los requerimientos: enfermedad inflamatoria intestinal, cardiopatías, neumopatías, nefropatías, cáncer, etc.</p>
<b>Mixta</b>	<p>Es la que se presenta como los factores primarios y secundarios interviniendo conjuntamente como problema epidemiológico, que es la causa más común.</p>
<b>Según su intensidad</b>	
<b>Leve</b>	<p>Es cuando el grado de desnutrición se presenta en valores menores o iguales al percentil 3. Se presenta cuando la cantidad y variedad de nutrientes que el niño recibe son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida o no ganancia de peso.</p>
<b>Moderada</b>	<p>Son todas aquellas que presenten valores menores o iguales a menos 3 desviaciones estandar (DE) o por debajo del percentil 10. Se presenta cuando la falta de nutrientes se prolonga y acentúa, se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.</p>
<b>Grave</b>	<p>Es cuando se presentan valores menores o iguales a menos 2 DE por debajo del percentil 10. Se presenta cuando hay falta prolongada de alimentos asociada a padecimientos infecciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado, que pone al niño o niña en grave peligro de muerte.</p>

Según su duración	
<b>Aguda</b>	Se presenta debido a la restricción de alimentos y se manifiesta por la pérdida de peso y quizás detención del crecimiento. Cuando el niño o la niña es atendido adecuada y oportunamente, éste se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.
<b>Crónica</b>	Se presenta cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa; como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye sus requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estatura baja para su edad. La recuperación es más difícil.

*Fuente: Tomado y adaptado de ( Ospina Hernández, Macías Bolívar, Jassim Álvarez, Gómez Aguirre, & García Pacheco, 2022) (Fernández, Martínez , Carrasco, & Palma, 2017)*

Los factores que influyen en la biodisponibilidad de los nutrientes, y en concreto de los minerales, se clasifican en dos grandes grupos: factores de tipo extrínseco o dietético y factores de tipo intrínseco o fisiológicos.

**Tabla 3.** Factores de riesgo nutricional

Antecedentes perinatales	Prematuridad y/o bajo peso para la edad gestacional.
Patología o condición médica de base	Interferencia con la ingesta por problemas mecánicos: paladar hendido, obstrucción nasal, hipertrofia adenoidea.
	Enfermedad gastrointestinal que pueda causar malabsorción o aumento de las pérdidas: alergia-intolerancia a las proteínas de leche de vaca, enfermedad celiaca, parasitosis, reflujo gastroesofágico importante, síndrome de intestino corto.
	Enfermedad neurológica que altera la nutrición (dificultades de alimentación, alteración de la succión-deglución): retraso psicomotor importante o patología neuromuscular.
Patología o condición médica de base (cont.)	Procesos que aumentan la demanda metabólica: Infecciones frecuentes, traumatismos, cáncer, intervenciones quirúrgicas recientes, quemaduras.
	Enfermedades que pueden causar desnutrición por varios mecanismos patogénicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fibrosis quística.</li> <li>▪ Displasia broncopulmonar (mayor riesgo de afectación del crecimiento si recibieron dexametasona postnatal).</li> <li>▪ Enfermedad hepática crónica (sobre todo si hay colestasis o déficit de sales biliares).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Errores innatos del metabolismo (influyen: dieta restrictiva y grado de compromiso neurológico).</li> <li>▪ Síndrome genético. Cromosomopatía.</li> <li>▪ Cardiopatías congénitas.</li> <li>▪ Inmunodeficiencias e infección VIH.</li> </ul>
	<p>Otras condiciones médicas con compromiso de la capacidad para alimentarse por problemas en el aprendizaje o por el desarrollo de conductas aversivas hacia la alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Periodos extensos de ingreso.</li> <li>▪ Intubación endotraqueal prolongada.</li> <li>▪ Autismo y trastornos severos del desarrollo y la conducta.</li> </ul>
Datos antropométricos	<p>Peso y talla, o perímetro braquial en valores inferiores al percentil 10 o inferiores a <math>-1</math> DE para su edad y curvas de referencia.</p> <p>Progresión inadecuada en peso y/o talla, enlentecimiento o detención en los valores personales habituales.</p>
Hábitos alimentarios y dietéticos	<p>Abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, sin una alternativa correcta para la edad y situación del niño.</p> <p>Inicio temprano y/o introducción inadecuada de la alimentación complementaria.</p> <p>Dietas restrictivas. Niño selectivo (“picky eater”).</p>
Ámbito socio-familiar	Nivel de ingresos (situación laboral, marginación social)
	<p>Creencias y costumbres alimentarias inadecuadas. Ignorancia sobre una buena nutrición o la preparación adecuada de alimentos.</p> <p>Alteración de la dinámica familiar que afecta al vínculo madre-hijo (carencia afectiva). Conductas familiares anormales (maltrato).</p> <p>Inmigración–adopción.</p>
DE: desviación estándar; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana	

*Fuente: Tomado y adaptado de (UNICEF, 2018)*

*( Cueva Moncayo, Pérez Padilla, Ramos Argilagos, & Guerrero Caicedo, 2021)*

### **Condicionantes de riesgo nutricional en el niño menor de 3 años**

Aunque no hay una definición de malnutrición universalmente aceptada, en general, se describe como un estado patológico en el que la deficiencia, exceso o desequilibrio de nutrientes (macro y micronutrientes), causan efectos adversos en los tejidos, en la función corporal y en el pronóstico clínico ( Campos del Portillo, Gómez Candela, Moráis López., Pérez Rodrigo, & San José González, 2015). Se considera así la malnutrición una alteración tanto por defecto (desnutrición o hiponutrición

proteico-energética y/o carencia de micronutrientes), como por exceso (hipernutrición). En este texto únicamente nos vamos a referir a la malnutrición por defecto.

En la actualidad se prefiere hablar de malnutrición calórico-proteica y, en general de desnutrición. Recientemente un grupo de trabajo de la Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) (2022) ha propuesto una definición integral de malnutrición que contempla a la desnutrición pediátrica como un desequilibrio nutricional en el que hay que considerar varios ejes o ámbitos interrelacionados entre sí: etiología, tiempo de evolución, grado de afectación de los parámetros antropométricos (severidad), mecanismo patogénico y consecuencias.

### **Hábitos alimentarios y dietéticos incorrectos**

Sin una correcta diversificación dietética es difícil satisfacer adecuadamente las necesidades nutricionales del lactante a partir de los 6 meses de edad. La introducción precoz, o tardía, o inadecuada de la alimentación complementaria, en cantidad y calidad según la edad del niño, es un factor de riesgo nutricional. En los países desarrollados los niños que, por prescripción médica o por elección de los padres, siguen dietas en las que se eliminan, o prohíben un nutriente o un grupo de nutrientes, tienen más riesgo de carencias, o deficiencias nutricionales. En función del tipo de exclusión, pueden comprometer el aporte proteico (calidad y variedad de los aminoácidos), de ácidos grasos esenciales, de micronutrientes (vitaminas y minerales), e incluso de calorías (Tablas 4).

**Tabla 4.** Dietas restrictivas.

<b>Dieta restrictiva</b>	<b>Grupo de alimentos excluido</b>	<b>Nutrientes en riesgo de déficit</b>
Libre de gluten	Cereales	Vitaminas, hierro
Alergia a leche de vaca	Lácteos	Calcio, vitaminas D y E, zinc
Cetogénica	Cereales, lácteos, frutas, vegetales	Vitaminas y minerales
Vegetariana	Proteínas animales/ pescado. Lácteos	Hierro. Vitaminas, calcio, proteínas.
Macrobiótica	Proteínas animales/ pescado. Lácteos, frutas, vegetales	Hierro. Vitaminas, calcio, proteínas. Grasas, calorías.
Libre de gluten y de caseína.	Cereales. Lácteos.	Vitaminas, micronutrientes.

*Fuente: Tomado de (Rivera Vásquez , 2020) (Sánchez Cuascota & Yaucan Castillo , 2022) (MarcadorDePosición2) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021)*

El niño con selectividad alimentaria (“picky eater”) se caracteriza por la ingesta de una variedad limitada de alimentos, por la preferencia de los líquidos a los sólidos y por el rechazo a la mayoría de los nuevos nutrientes (neofobia). Si el problema de rechazo a los alimentos persiste en el tiempo, o la selectividad es muy extrema, el niño corre el riesgo de tener deficiencias nutricionales.

### **Criterios de derivación a Atención Especializada**

- Sospecha o confirmación de organicidad que precise el apoyo de la consulta especializada para el diagnóstico diferencial y/o para el tratamiento.
- Presencia de malnutrición grave al diagnóstico o que progrese de forma rápida.
- Necesidad de ampliar la valoración nutricional.
- Aparición de complicaciones relacionadas con la malnutrición: alteración del desarrollo madurativo, síntomas graves de déficit de micronutrientes, alteración de la integridad cutánea, etc.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Imposibilidad de realizar un seguimiento adecuado de forma ambulatoria por motivos sociales o familiares.

### **Hospitalización prolongada**

La hospitalización de un niño presupone, casi siempre, un riesgo de desnutrición, suponiendo una prevalencia en lactantes quirúrgicos sin patología asociada de hasta un 28,9 %. Varios son los factores que la condicionan. Por ello debe hacerse la valoración nutricional inmediatamente tras el ingreso del niño y hacer un seguimiento continuo, ya que es evidente que cuanto antes la tengamos disponible más pronto tomamos medidas conducentes a manipular nutricionalmente al niño, en aras de mejorar su calidad de vida, pues es sabida la relación que existe entre el deterioro del estado nutricional con el mayor tiempo de hospitalización. Además, la desnutrición altera la evolución clínica, ocasionando un aumento en la frecuencia de complicaciones y mayor riesgo de morbi-mortalidad, prolongando los días de hospitalización.

**Tabla 5.** *Causas que condicionan malnutrición en el hospital*

Anorexia (Secundaria a enfermedad o tratamiento, psicológicas)
Ayuno prolongado
Impedimento mecánico de la ingesta (o trastornos graves de la deglución).
Aporte nutricional insuficiente.
Alteración de la absorción intestinal. Intolerancia alimentaria, interacción de drogas con la absorción de alimentos
Mala utilización de los nutrientes.
Estados hipermetabólicos con aumento de las necesidades energéticas (fiebre, estrés, etc.
Aumento de pérdidas orgánicas (vómitos, diarrea, fístulas digestivas, etc.)

*Fuente: ( Gómez Manzanares, 2021) ( Emérita Esmeralda & Gancino Cruz , 2017)*

Tras el alta, el niño precisa un soporte nutricional específico en caso de estar indicada una alimentación de características normales, el apetito y la ingesta pueden haber disminuido durante la estancia hospitalaria por diversos factores: bajo nivel de actividad física, ausencia de estimulación, desagrado por el menú del hospital, factores psicológicos, etc. Si esta situación continúa después del alta, existe riesgo de desarrollo de malnutrición o de que se acentúe una malnutrición previa.

#### **Malnutrición: manejo hospitalario**

Uno de los objetivos del seguimiento del niño sano a través de la recogida periódica de los datos antropométricos es la evaluación del estado nutricional con el fin de detectar precozmente los estados de malnutrición (tanto por exceso como por defecto o fallo de medro) con el fin de proporcionar un soporte nutricional adecuado y seguimiento en el tiempo. Además, es fundamental realizar un cribado nutricional a todo paciente pediátrico con riesgo de desnutrición (por presentar enfermedad intercurrente o tratamiento que incremente el riesgo) o con signos clínicos de desnutrición, con el fin de poder realizar un diagnóstico más exhaustivo a aquellos en los que el cribado resulte positivo.

Aquellos pacientes con riesgo de desnutrición en los que inicialmente el cribado resulte negativo, deberá repetirse de forma periódica o ante cualquier nuevo signo de sospecha de desnutrición. Existen múltiples métodos de cribado nutricional destinados a pacientes pediátricos, sin que dispongamos a día de hoy, de consenso sobre cuál es el más apropiado, considerándose imprescindible, la determinación del peso, la talla e IMC. En aquellos niños en los que el screening nutricional sea positivo y se requiera un diagnóstico nutricional más exhaustivo, se tendrá en cuenta la interpretación conjunta de la

historia clínica, exploración física, antropometría y análisis bioquímicos.

Todo niño con presencia de circunferencia de brazo menor a 115 mm, relación peso/talla menor a -3, o presencia de edemas en relación a la desnutrición, precisará un soporte nutricional específico por parte de un especialista en Nutrición. A continuación, se presenta los resultados obtenidos en base a la revisión sistemática realizada durante el 2022.

**Tabla 6.** Estado de Seguridad Alimentaria en el Hogar

Estado de Seguridad Alimentaria	Frecuencia	Porcentaje
Seguridad Alimentaria	15	5 %
Leve	6	2%
Moderada	264	88%
Severa	15	5%

**Fuente:** Elaboración propia del autor

**Tabla 7.** Estado nutricional de los niños participantes en los estudios revisados

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Eutrófico	210	70%
Desnutrido	51	17%
Sobrepeso	39	13%

**Fuente:** Elaboración propia del autor

**Tabla 8.** Prevalencia de Malnutrición de acuerdo al estado de seguridad alimentaria en los niños participantes.

Estado nutricional	Total	Seguro	Inseguridad		
			Leve	Moderado	Severo
Eutrófico	210	12	0	192	6
Desnutrido	31	0	0	42	9
Sobrepeso	59	3	6	30	0
Total	300	15	6	264	15

**Fuente:** Elaboración propia del autor

**Tabla 9. Relación entre Malnutrición e Inseguridad Alimentaria**

	Desnutrición			Sobrepeso		
	Valor	Límites de confianza		Valor	Límites de confianza	
		Superior	Inferior		Superior	Inferior
Riesgo en expuestos	20.50%	30.47	13.11	12	0	192
Riesgo en no expuestos	0%	54.59	0	0	0	42
Riesgo total	19.50%	29.18	29.18	3	6	30

**Fuente:** Elaboración propia del autor

El presente estudio demuestra que la prevalencia de inseguridad alimentaria en los hogares, es muy elevado (95%), y ellos se caracterizan porque la malnutrición en sus formas de desnutrición y sobrepeso presentan tasas similares a las reportadas a nivel nacional; pese a que no se pudo demostrar una asociación estadísticamente significativa entre inseguridad alimentaria y malnutrición es importante ampliar este tipo de investigaciones para conocer la realidad, en un tema que repercute directamente en la salud de los hogares, y particularmente en los niños.

## CONCLUSIONES

La desnutrición hospitalaria en población pediatría es alta y varía entre países. Aunque en ocasiones es difícil de cuantificar debido a diversos estándares de medición diferencias poblacionales, centros asistenciales con diferentes grados de especialización y patologías que se atienden, se entre lo consumido y lo demandado por el organismo. De forma más específica, es importante resaltar que algunos estudios demuestran que el peso bajo para la talla o desnutrición aguda en algunos casos ocurre de manera frecuente bajo circunstancias de hospitalización donde las condiciones asociadas afectan la pérdida de peso en periodos cortos de tiempo.

La prevalencia de desnutrición en niños al ingreso hospitalario es moderada y se relaciona especialmente a patología cardiológica y a los antecedentes de varias hospitalizaciones previas.

## REFERENCIAS

Campos del Portillo, R., Gómez Candela, C., Moráis López., A., Pérez Rodrigo, C., & San José González, M. Á. (2015). *Diagnóstico del déficit nutricional y su tratamiento en niños menores de 3 años*. Sociedad Española Nutrición Comunitaria, España. Obtenido de

<https://sepeap.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-Practica-en-Pediatria-de-Atencion-Primaria.pdf>

Cueva Moncayo, M. F., Pérez Padilla, C. A., Ramos Argilagos, M., & Guerrero Caicedo, R. (Diciembre de 2021). La desnutrición infantil en Ecuador. Una revisión de literatura. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 11(4), 9. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392385/364-1305-1-pb.pdf>

Emérita Esmeralda, C. C., & Gancino Cruz, J. P. (2017). *La Desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir de Cochabamba Sur (CIBV) en el periodo de Octubre del 2016 a Febrero del 2017*. Universidad Central del Ecuador, Carrera de Enfermería, Quito. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9859/1/T-UCE-0006-104.pdf>

Gómez Manzanares, J. Y. (2021). *Estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años atendidos por el SILAIS Las Minas, Municipio de Rosita*. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Escuela de Salud Pública, Managua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/14671/1/t1149.pdf>

Ortiz Beltrán, O. D., Pinzón Espitia, O. L., & Aya Ramos, L. B. (Abril de 2020). Prevalencia de desnutrición en niños y adolescentes en instituciones hospitalarias de América Latina: una revisión. *Revista Colombiana de Pediatría*, 17(3), 16.

Ospina Hernández, M. L., Macías Bolívar, K. M., Jassim Álvarez, B. R., Gómez Aguirre, S. M., & García Pacheco, Y. E. (Febrero de 2022). Seguridad alimentaria en familias y su relación con la malnutrición de niños. *Revista @limentech, Ciencia y Tecnología Alimentaria*, 20(2), 14. Obtenido de <https://ojs.unipamplona.edu.co/ojsviceinves/index.php/alimen/article/view/2280>

Velandia, S., Hodgson, M. I., & Le Roy, C. (Septiembre de 2016). Evaluación nutricional en niños hospitalizados en un Servicio de Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(5), 15. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410616300493>

Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I., & Palma, A. (2017). *Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición*. Naciones Unidas, Chile. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42535/1/S1700443\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42535/1/S1700443_es.pdf)

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *La Cumbre Global para la Nutrición 2021*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , Colombia. Obtenido de [https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/posicionamiento\\_cumbre\\_nutricion\\_para\\_el\\_crecimiento-\\_espana.pdf](https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/posicionamiento_cumbre_nutricion_para_el_crecimiento-_espana.pdf)
- Hodgson, M. I., Maciques, R., Fernández, A., Inverso, A., Márquez, M. P., Lagrutta, F., . . . Feferbaum, R. (Diciembre de 2021). Prevalencia de desnutrición en niños al ingreso hospitalario en 9 países latinoamericanos y análisis de sus factores asociados. *Revista Asociación Paraguaya de Pediatría*, 48(3), 9. Obtenido de <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/677>
- Mafla Garzón, M. A., & Guevara Calero, D. K. (2020). *Asociacion entre inseguridad alimentaria y desnutrición aguda y crónica en niños menores de 5 años en la población indígena de cinco cantones de la provincia de Chimborazo* . Pontifica Universidad Católica Del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/19259/TESIS%20MAFLA%20-%20GUEVARA%20POSGRADO%20DE%20PEDIATRIA.pdf?sequence=1>
- Pozo Fuertes, L. Y. (2017). *Inseguridad Alimentaria y Malnutrición en Hogares Vulnerables de una Población de la Costa Ecuatoriana: Análisis Post-Terremoto*. Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud, Quito. Obtenido de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6963/1/134297.pdf>
- Rivera Vásquez , J. I. (2020). *La malnutrición infantil en el Ecuador: entre progresos y desafíos*. Flacso Ecuador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Quito. Obtenido de La malnutrición infantil en Ecuador: entre progresos y desafíos
- Sánchez Cuascota, S. E., & Yaucan Castillo , V. E. (2022). *Acciones de enfermería para la prevención de la desnutrición infantil*. Universidad Nacional de Chimborazo, Carrera de ENfermería, Riobamba. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9357/1/S%20C3%A1nchez%20Cuascota%20-%20S%20Yaucan%20Castillo%20-%20V%20E%20Acciones%20de%20enfermer%C3>

%ADa%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20desnutrici%C3%B3n%20infantil.%20%28Tesis%20de%20pregrado%29%2

Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN). (2022). *Guías para la provisión de terapia de apoyo nutricional en pacientes adultos en estado crítico: Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN)*. Tesia Laboratorios. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/1zOADrGJuci1URYBHLZp4RMw6mL-5R7C4/view>

UNICEF. (2018). *Desnutrición Crónica Infantil Uno de los mayores problemas de salud pública en Ecuador*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , Quito. Obtenido de <https://www.unicef.org/ecuador/sites/unicef.org.ecuador/files/2021-03/Desnutricion-Cronica-Infantil.pdf>

Urbina , J., Vielma, N., Mora, C., & Camacho Camargo, N. (3 de Abril de 2020). Estado nutricional en pacientes críticos pediátricos bajo ventilación mecánica. *Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud*, 5(3), 9. Obtenido de <http://portal.amelica.org/ameli/journal/351/3511475004/html/>

Vega Cribeiro , M. (2017). *Importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de la malnutrición hospitalaria infantil*. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid. Obtenido de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680645/vega\\_cribeiro\\_mariatfg.pdf;jsessionid=C304B45DCC85B3FC7F1FF4E6A90C522B?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680645/vega_cribeiro_mariatfg.pdf;jsessionid=C304B45DCC85B3FC7F1FF4E6A90C522B?sequence=1)

Vélez Pinos , P., & Buenaño Rodríguez , C. (2020). Estado de seguridad alimentaria en niños hospitalizados. *Sociedad Ecuatoriana de Pediatría*, 20(2), 6. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116484/revista-pediatria-vol-20-no2-2019v1-min-14-19.pdf>