

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Influencia de la desnutrición infantil en el desarrollo de enfermedades respiratorias en el Centro de Salud Martha de Roldós en el periodo enero-julio 2024.

AUTORES:

**Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elias
Rosero Dominguez, Alisson Deyadira**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio

**Guayaquil, Ecuador
21 de mayo del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elias y Rosero Dominguez, Alisson Deyadira**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

f. 

Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS

Guayaquil, a los 21 del mes de mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elías**
Rosero Dominguez, Alisson Deyadira

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Influencia de la desnutrición infantil en el desarrollo de enfermedades respiratorias en el Centro de Salud Martha de Roldós en el periodo enero-julio 2024**, previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 21 del mes de mayo del año 2025

AUTORES



f. _____
Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elías



f. _____
Rosero Dominguez, Alisson Deyadira



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Nosotros: **Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elias**
Rosero Dominguez, Alisson Deyadira

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Influencia de la desnutrición infantil en el desarrollo de enfermedades respiratorias en el Centro de Salud Martha de Roldós en el periodo enero-julio 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 del mes de mayo del año 2025

AUTORES



f. _____
Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elias



f. _____
Rosero Dominguez, Alisson Deyadira

COMPILATIO



Influencia de la desnutricion Infantil en el desarrollo de enfermedades respiratorio. Gabriel Cabanilla, Alisson Rosero P74 FINALIZACIONN DE TESIS COMPILATO



Nombre del documento: Influencia de la desnutricion Infantil en el desarrollo de enfermedades respiratorio. Gabriel Cabanilla, Alisson Rosero P74 FINALIZACIONN DE TESIS COMPILATO.doc
ID del documento: 5943b7ebc496f0816ab7cc2ec7729c848576e32d
Tamaño del documento original: 414,5 kB

Depositante: Alisson Rosero Dominguez
Fecha de depósito: 7/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 7/5/2025

Número de palabras: 8349
Número de caracteres: 57.657

TUTOR (A)

f.

Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio



f. _____
Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elias



f. _____
Rosero Dominguez, Alisson Deyadira

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más profunda gratitud a Dios, por haberme concedido la sabiduría, la fortaleza y la perseverancia necesarias para alcanzar esta meta tan significativa en mi vida. A mi madre, ejemplo de amor y sacrificio, le agradezco infinitamente su apoyo incondicional y su fe constante en mí, incluso en los momentos más difíciles. Gracias por acompañarme en cada paso de este arduo camino y por enseñarme, con su ejemplo, el valor del esfuerzo y la entrega. A mi amada esposa, gracias por ser mi refugio y mi fuerza cuando las dudas y el cansancio amenazaban con vencerme. Tu amor, paciencia y aliento fueron luz en los momentos de oscuridad. A mis amigos, docentes y compañeros, gracias por su compañía, consejos y enseñanzas. Cada palabra de aliento, cada gesto solidario y cada instante compartido han dejado una huella imborrable en mi formación, no solo como profesional, sino como ser humano. A todos ustedes, gracias por haber sido parte esencial de este sueño cumplido de convertirme en un buen médico.

Gabriel Elías Cabanilla Buenaventura

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi fiel guía en cada paso que doy, por otorgarme fe, sabiduría, fuerza, valentía y perseverancia para alcanzar cada meta que me voy trazando; A mis padres Paulina y Byron por confiar en mí, apoyar mi educación y guiarme con amor; A mi hermana Katherin por animarme y creer en mí en todo momento, tus palabras tranquilizaron mi mente y corazón; A toda mi familia por sus palabras de aliento que fueron esenciales para seguir adelante, por reconfortarme en momentos cuando me encontraba agotada o frustrada: A mis amigos por la experiencia compartida durante el transcurso de la carrera, siempre serán un recuerdo preciado. A los docentes por compartir y transmitir su sabiduría y conocimientos para forjarnos a ser los mejores profesionales.

Alisson Deyadira Rosero Dominguez

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposa, por su amor inquebrantable y apoyo constante en cada etapa de este camino. A mi madre, por su sacrificio, fe y guía incondicional. A mis profesores, por compartir su sabiduría y ser inspiración en mi formación. Y a mis compañeros, por caminar a mi lado, compartir desafíos y crecer juntos. Todos ustedes son admirables y pilares fundamentales del conocimiento, por todo ello este trabajo es dedicado a ustedes.

Gabriel Elías Cabanilla Buenaventura

DEDICATORIA

Para mi familia que desde que elegí la carrera de medicina y no sabía a qué me enfrentaba, ustedes fueron el apoyo incondicional, el refugio perfecto, los brazos abiertos y las palabras precisas para confiar en mí talento; Mis primeros semestres dieron la pauta para enfocarme, dedicarme, tener claro que esta carrea es de servicio, entrega e investigación. Ustedes me han visto crecer y me han apoyado en todos los sueños que me he trazado, los amo con todo mi corazón y por eso dedico este trabajo a ustedes Paulina, Byron y Katherin.

Alisson Deyadira Rosero Dominguez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA**

f. _____

**DR. VASQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE

Resumen	XVI
Abstract.....	XVII
Introducción	2
Capítulo I. Problema de investigación.....	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos.....	5
1.3.1 Objetivo General.....	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Hipótesis.....	5
Capítulo II: Marco teórico	6
2.1 Desnutrición Infantil	6
2.1.1 Grados de desnutrición.....	6
2.1.1.1 Curvas de Crecimiento de la OMS	7
2.1.1.2 Clasificación de Gómez.....	7
2.1.1.2 Clasificación de Waterlow	8
2.1.1.3 Alimentación en los niños.....	8
2.1.1.4 Mortalidad infantil a causa de la desnutrición.....	8
2.1.2 Frecuencia de la desnutrición infantil	9
2.1.2.1 Antecedentes familiares	9
2.1.2.2 Enfermedades genéticas.....	10
2.1.3 Manifestaciones de la desnutrición.....	11

2.1.4	Programas de alimentación a los infantes en el Ecuador.....	11
2.2	Enfermedades Respiratorias	13
2.2.1	Gravedad de la enfermedad.....	13
2.2.1.1	Relación entre meses y desarrollo de enfermedades respiratorias	14
2.2.1.2	Factores que predisponen a desarrollar una enfermedad respiratoria	14
2.2.1.3	Mortalidad infantil en relación con las enfermedades respiratorias	15
2.2.2	Etiología de las enfermedades respiratorias	15
2.2.2.1	Clasificación etiológica según la edad.....	16
2.2.3	Vacunación.....	17
2.2.4	Antecedentes de enfermedades respiratorias en la familia	18
2.2.5	Estaciones que predisponen al desarrollo de la enfermedad respiratoria.....	18
2.2.5.1	Entorno del niño	18
2.2.6	Relación con el centro de salud.....	19
Capítulo III Materiales y Métodos.....		20
3.1	Diseño de Investigación	20
3.1.1	Tipo de investigación	20
3.1.2	Población de estudio.....	20
3.1.3	Métodos de recogida de datos.....	20
3.2	Criterios de inclusión y exclusión	20
3.2.1	Criterios de Inclusión	20

3.2.2 Criterios de Exclusión	20
3.3 Variables	21
3.4 Aspectos Éticos	22
Capítulo IV Resultados	23
Capítulo V Discusión.....	24
Capítulo VI Conclusión	26
Referencias.....	27
Anexos.....	34

Índice de Tablas

Tabla 1. Resumen estadístico de variables antropométricas ($n = 507$)	34
Tabla 2. Distribución por sexo.....	34
Tabla 3. Distribución de los grados de desnutrición.....	34
Tabla 4. Frecuencia de enfermedades respiratorias en niños estudiados ($n = 507$).....	35
Tabla 5. Relación entre grado de desnutrición y gravedad de enfermedad respiratoria.....	35

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución de grados de desnutrición en niños estudiados	36
Figura 2. Frecuencia de Enfermedades Respiratorias en la Muestra	36

Resumen

La desnutrición infantil es un problema de salud pública que debilita el sistema inmunológico de los niños haciendo los más vulnerables a diversas infecciones, entre ellas las enfermedades respiratorias. Esta investigación tiene como objetivo identificar la influencia que tiene la desnutrición y el desarrollo de una enfermedad respiratoria. **Objetivo:** Evaluar la influencia de la desnutrición en el desarrollo de las enfermedades respiratorias en niños en el Centro de salud Martha de Roldós entre en periodo enero-julio del 2024". **Metodología:** Trata de un estudio de tipo retrospectivo, observacional y analítico con los datos de 507 historias clínicas de pacientes pediátricos que presenten desnutrición infantil y hayan desarrollado una enfermedad respiratoria. **Resultados:** Se registró mayor prevalencia de desnutrición leve con 316 casos (62.3%), seguida de moderada con 129 (25.4%) y severa con 62 (12.2%). El diagnóstico más común fue bronconeumonía con 198 casos (39.1%), luego faringitis aguda con 120 (23.7%) y resfriado común con 66 (13.0%). Respecto al grado de desnutrición y severidad respiratoria, el 47.47% (150 p) de los niños con desnutrición leve presentaron formas severas; en moderada fue el 50.39% (65 p) y en severa el 51.97% (36 p). **Conclusión:** La prevalencia de enfermedades respiratorias en niños con desnutrición fue de 507 pacientes donde la enfermedad respiratoria más frecuente fue la bronconeumonía, seguida de la faringitis aguda y el resfriado común. Los principales factores asociados fueron condiciones de vivienda exposición al tabaco clima estacional y dificultades socioeconómicas. **Palabras Claves:** desnutrición infantil, enfermedades respiratorias, malnutrición, desarrollo infantil, salud pública, factores de riesgo

Abstract

Child malnutrition is a public health issue that weakens the immune system of children, making them more vulnerable to various infections, including respiratory diseases. This research aims to identify the influence of malnutrition on the development of respiratory illness. **Objective:** To assess the influence of malnutrition on the development of respiratory diseases in children at the Martha de Roldós Health Center during the period from January to July 2024. **Methodology:** This is a retrospective, observational, and analytical study based on data from 507 medical records of pediatric patients diagnosed with child malnutrition who developed a respiratory disease. **Results:** The highest prevalence was mild malnutrition with 316 cases (62.3%), followed by moderate with 129 (25.4%) and severe with 62 (12.2%). The most common diagnosis was bronchopneumonia with 198 cases (39.1%), followed by acute pharyngitis with 120 (23.7%) and the common cold with 66 (13.0%). Regarding the degree of malnutrition and respiratory disease severity, 47.47% (150 patients) of children with mild malnutrition showed severe forms of respiratory illness; in moderate malnutrition it was 50.39% (65 patients), and in severe malnutrition 51.97% (36 patients). **Conclusion:** The prevalence of respiratory diseases among malnourished children was 507 patients, with bronchopneumonia being the most frequent illness, followed by acute pharyngitis and the common cold. The main associated factors were housing conditions, tobacco exposure, seasonal climate, and socioeconomic difficulties.

Key Words: child malnutrition, respiratory diseases, malnutrition, child development, public health, risk factors

Introducción

Las enfermedades infecciosas y la desnutrición son dos de las causas principales de elevada morbilidad y mortalidad en las naciones en desarrollo. La condición metabólica y nutricional de un individuo puede tener un impacto considerable en la evolución de enfermedades provocadas por agentes biológicos (1). Aunque las infecciones respiratorias afectan de manera mínima a personas bien alimentadas, pueden convertirse en mortales en aquellos desnutridos. En estas situaciones, la falta de energía y nutrientes esenciales restringe la habilidad del organismo para responder a las modificaciones bioquímicas, hormonales, metabólicas e inmunológicas que provocan la infección y la condición séptica. Esto empeora aún más la condición nutricional ya deteriorada. Este ciclo perjudicial usualmente termina con la muerte del paciente(2) (3).

A nivel mundial, el porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, según la ENDI 2022-2023, fue del 17,5%; al dividirlo por zona geográfica, se alcanza el 15,4% y el 21,4% para los niños urbanos y rurales (4). Mas de 149 millones de infantes de menos de cinco años padecen de desnutrición crónica y 45 millones sufren de desnutrición aguda. Cada día, 13.800 niños de menos de 5 años fallecen por razones que podemos prevenir y casi la mitad de estas muertes de niños de 0 a 5 años están vinculadas a la desnutrición, que se observan principalmente en países de ingresos bajos y medianos (1,5). La media de fallecimientos anuales debido a infecciones respiratorias es de 4,000,000. Adicionalmente, estas infecciones constituyen la principal razón para administrar antibióticos y otros fármacos en niños, constituyendo entre el 50 y 70 % de todas las visitas a pediatría y del 30 al 60 % de todas las internaciones hospitalarias en los servicios de salud de América Latina (6).

A pesar de que en América Latina y el Caribe se han logrado progresos en la disminución de la desnutrición en niños, aún persisten. Existen diferencias notables entre naciones y comunidades, destacando los índices de

desnutrición crónica cercanos al 40% en naciones como Guatemala u Honduras. La desnutrición en niños es más común entre las comunidades indígenas y las descendientes de África (1). En el informe técnico ENDI 2022-2023 de Ecuador, se registró un 20,1% de niños menores de 2 años que sufren de desnutrición crónica infantil; en zonas urbanas y rurales, se registró un 18,9% y un 21,9%, respectivamente. (7).

La UNICEF impulsa la educación como elemento esencial para luchar contra la desnutrición infantil; además, ofrecen una respuesta completa con tres ejes de acción orientados a promover y brindar una alimentación saludable, buenas prácticas y servicios de calidad. Aunque en las últimas décadas se han logrado notables avances, las Estimaciones Conjuntas sobre Desnutrición Infantil (Joint Child Malnutrition Estimates, JME) muestran que los progresos para lograr los objetivos fijados por la Asamblea Mundial de la Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible no han sido suficientes. Se concluye que solo aproximadamente un tercio de todos los países están en la ruta de disminuir a la mitad la cantidad de niños y niñas impactados por la demora en el crecimiento para 2030 (1). En nuestro país, la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil se esfuerza en cuatro áreas que ayudaron a disminuir en un año la desnutrición crónica en niños del 20.1% al 19.1%, en niños menores de 24 meses. El primer pilar es la asignación de prioridades a zonas con mayor prevalencia de desnutrición crónica en niños y a las de mayor población. El segundo pilar es robustecer la táctica de comunicación; el tercer pilar es potenciar la estrategia comunicativa, la cual propone las colaboraciones con la comunidad civil, las autoridades locales y el sector privado; y el cuarto pilar que impulsa la institucionalización de la política pública de la (8) (9).

La investigación sobre el impacto de la desnutrición en la aparición de afecciones respiratorias en niños es vital para nosotros, ya que pone de manifiesto la relación crucial entre la condición nutricional y la propensión a infecciones, resaltando como la carencia de nutrientes vitales empeora las infecciones respiratorias, transformándolas en letales (10).

Capítulo I. Problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

¿Cómo influye la desnutrición en el desarrollo de una enfermedad respiratoria en la población pediátrica dentro del centro de salud “Martha de Roldós periodo enero-junio 2024”?

Ecuador, como país en vías de desarrollo, mantiene una elevada tasa de desnutrición infantil, con un índice nacional del 17.5% en niños menores de cinco años. A pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública, esta condición sigue afectando gravemente la salud infantil. Los pacientes con desnutrición son más susceptibles a desarrollar cualquier tipo de enfermedad debido a que sistema inmunitario se encuentra comprometido, los niños en su etapa de crecimiento y desarrollo son exploradores innatos por lo que un desbalance en su nutrición los predispone a desarrollar enfermedades infecciosas, especialmente las respiratorias porque poseen factores de riesgo asociados al entorno, escolaridad y cambios climáticos.

El Centro de Salud Tipo C “Martha de Roldós” brinda atención primaria a una población con alta incidencia de enfermedades respiratorias. En los últimos años, el centro de salud bajo mandato del ministerio de salud publica ha implementado un programa de dispensarización comunitario que permite llevar un registro detallado de enfermedades crónicas y el seguimiento de niños en riesgo nutricional. Este seguimiento da una facilidad en cuanto a la atención integral y generación de datos relevantes para investigaciones como la presente, en el cual buscamos determinar cómo la desnutrición influye en el desarrollo de enfermedades respiratorias.

1.2 Justificación

La desnutrición infantil es un problema a nivel mundial, la misma influye en el proceso de desarrollar cualquier enfermedad debido que el aporte energético, vitamínico y nutricional de los alimentos se encuentra afectado. En Ecuador tenemos altas cifras de desnutrición infantil según las estadísticas del INEC, en el presente estudio se busca conocer la influencia

de la desnutrición infantil en el desarrollo de una enfermedad respiratoria, para poder disminuir la tasa de mortalidad infantil a través de la educación a los padres de los niños.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Evaluar la influencia de la desnutrición en el desarrollo de las enfermedades respiratorias en niños atendidos en el Centro de Salud Martha de Rodos en el periodo enero-julio del 2024

1.3.2 Objetivos específicos

- Establecer la prevalencia de enfermedades respiratorias en niños con desnutrición.
- Determinar cuáles son las enfermedades respiratorias más comunes en niños con desnutrición.
- Definir la tasa de mortalidad en niños con desnutrición por una enfermedad respiratoria.

1.4 Hipótesis

Estudio retrospectivo observacional analítico, no aplica hipótesis.

Capítulo II: Marco teórico

2.1 Desnutrición Infantil

Se define a la desnutrición infantil como el desbalance del aporte nutritivo esencial para un desarrollo y crecimiento óptimo en los infantes (2).

La desnutrición es la afección más frecuente a nivel global, y una de las causas más frecuentes de morbilidad durante la infancia, cada país se enfrenta a esta patología puesto que una alimentación inadecuada que se mantiene en el tiempo hace más susceptible a un individuo para que desarrolle una patología (11) (12).

La OMS clasifica a la desnutrición en cuatro tipos: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal y carencia de vitaminas y minerales (5).

- Emaciación: es el desbalance del peso en cuanto a la talla, indica una pérdida de peso de poco tiempo de evolución en consecuencia a una mala alimentación o presentación de una patología infecciosa.
- Retraso del crecimiento: se denomina y define como talla insuficiente con respecto a la edad, indica una pérdida de peso que ha ido evolucionando con el tiempo lo cual la clasifica en una desnutrición crónica, se origina cuando la salud y nutrición materna es precaria, las condiciones socioeconómicas son limitadas y existe una deficiente alimentación al niño, lo que afecta al desarrollo intelectual y físico.
- Insuficiencia ponderal: corresponde a peso menor a la edad del niño, y a su vez se puede presentar con retraso del crecimiento y emaciación.
- Carencia de vitaminas y minerales: a nivel mundial la deficiencia en la alimentación de micronutrientes como: yodo, vitamina A y el hierro van a producir una alteración en la producción de enzimas y hormonas esenciales en el crecimiento y desarrollo infantil (5).

2.1.1 Grados de desnutrición

El empleo de las curvas de crecimiento de la OMS ha mostrado ser más sensible para detectar casos de desnutrición severa y ha llevado a una

mayor prevalencia a los casos de desnutrición aguda en comparación con las referencias anteriores.(13) (14). No obstante, el uso de las curvas de crecimiento también ha generado controversia sobre su impacto en los programas de nutrición, enfocándose en circunstancias de emergencia (13).

En la actualidad se valora el grado de desnutrición mediante indicadores antropométricos fundamentados en las curvas de crecimiento de la OMS y las clasificación de Gómez e indicador de Waterlow, cada una con sus propios beneficios y limitaciones (15).

2.1.1.1 Curvas de Crecimiento de la OMS

Las curvas de crecimiento de la OMS, establecidas en 2006, se definen con la información de crecimiento de niños de distintas partes del mundo que fueron alimentados con las sugerencias de la OMS. Dichas curvas permiten evaluar el estado nutricional de los niños comparando sus medidas antropométricas con las de la población de referencia saludable. Los indicadores más usados son:

- Peso para la altura (P/A): Un P/A menor a -2 desviaciones estándar indica desnutrición aguda moderada, mientras que un P/A mayor a -3 desviaciones estándar indica desnutrición aguda severa.
- Altura para la edad (A/E): Un A/E mayor a -2 desviaciones estándar indica desnutrición crónica (retraso en el crecimiento).
- Peso para la edad (P/E): Un P/E menor a -2 desviaciones estándar indica bajo peso.

El empleo de estas curvas ha mostrado una disparidad significativa en la prevalencia de desnutrición en comparación con referencias anteriores, como las del National Center for Health Statistics (NCHS) (13) (14).

2.1.1.2 Clasificación de Gómez

Tiene por concepto la relación entre el peso del niño con el peso medio de niños de la misma edad en una población de referencia. Se clasifica en tres grados de desnutrición (16):

- Desnutrición leve: Peso entre el 75% y el 89% del peso medio.
- Desnutrición moderada: Peso entre el 60% y el 74% del peso medio.
- Desnutrición severa: Peso por debajo del 60% del peso medio.

2.1.1.2 Clasificación de Waterlow

Evalúa tanto la desnutrición aguda como la crónica mediante el uso de dos indicadores (16):

- Desnutrición aguda (emaciación): Evaluada mediante el peso para la altura. Un peso para la altura < 90% del valor esperado indica desnutrición aguda.
- Desnutrición crónica (retraso en el crecimiento): Evaluada mediante la altura para la edad. Una altura para la edad < 95% del valor esperado indica desnutrición crónica.

Waterlow también permite identificar combinaciones de desnutrición aguda y crónica para una evaluación más completa del estado nutricional.

2.1.1.3 Alimentación en los niños

La infancia es una etapa crucial en la vida de un individuo y, al mismo tiempo, es determinante un régimen nutricional saludable con el fin de alcanzar el desarrollo y el crecimiento óptimo; aunque debemos considerar que la nutrición y la alimentación son procesos que se ven afectados por factores biológicos, ambientales y socioculturales (3).

2.1.1.4 Mortalidad infantil a causa de la desnutrición

La desnutrición infantil, valorada mediante las curvas de crecimiento de la OMS y las clasificaciones de Gómez y Waterlow, está fuertemente asociada con un aumento en la mortalidad infantil, especialmente en casos de emaciación severa. La identificación y el tratamiento oportuno de estos déficits son fundamentales para reducir la mortalidad en esta población vulnerable (14) (17).

2.1.2 Frecuencia de la desnutrición infantil

A nivel global, en un estudio que analizó datos de 62 países de ingresos bajos y medios entre 2006 y 2018 encontraron que la prevalencia de retraso en el crecimiento (stunting) era del 29.1%, la emaciación (wasting) del 6.3% y el bajo peso del 13.7% (18). Estos datos reflejan una carga significativa de malnutrición infantil en muchas regiones del mundo, especialmente en África y Asia, donde la prevalencia es más alta (19).

En Ecuador, la situación es igualmente preocupante. Un estudio sistemático sobre la prevalencia de retraso en el crecimiento y obesidad en Ecuador encontró que el 23.2% de los niños en edad preescolar (menores de 5 años) presentaban retraso en el crecimiento (20). Además, otro estudio específico en la provincia de Chimborazo reveló que el 51.6% de los niños indígenas menores de 5 años sufrían de retraso en el crecimiento, que resalta la gravedad del problema en este grupo etario (21).

Un estudio universal propone que la carga de la malnutrición infantil ha mostrado un aumento en términos de incidencia y prevalencia entre 1990 y 2019 [4]. Sin embargo, no se proporciona un porcentaje específico de incremento para Ecuador en los estudios revisados. La variabilidad en la prevalencia de la malnutrición infantil a nivel nacional destaca la necesidad de intervenciones específicas y sostenidas para abordar este problema de salud pública. (22)

2.1.2.1 Antecedentes familiares

Los factores relacionados con la historia familiar que influyen en la desnutrición infantil son múltiples y complejos.

1. Educación Materna y Paterna: En particular la educación de la madre es un factor determinante en la nutrición infantil. Estudios han demostrado que un bajo nivel educativo de los padres se asocia significativamente con mayores tasas de desnutrición en los niños. La educación materna influye en prácticas de nutrición, higiene y acceso a servicios de salud (23) (24) (25).
2. Estado Nutricional Materno: Existe relación en cuanto al nivel nutricional materno con la del niño, remontándonos a la situación

nutricional de la madre antes y durante del embarazo, ya que su calidad nutricional va a predisponer en que el niño presente un bajo peso al nacer inclinándolo a un mayor riesgo de desnutrición en la infancia (23) (26).

3. Condiciones Socioeconómicas y Ambientales: Factores como los integrantes de la familia y las condiciones de saneamiento en el hogar juegan un papel significativo, puesto que familias numerosas y con malas condiciones de saneamiento presentan mayores tasas de desnutrición infantil (23) (24) (25).
4. Historial de Desnutrición Parental: Se ha demostrado que la desnutrición en los padres durante su infancia puede tener efectos en dos o más generaciones, afectando el desarrollo cognitivo y nutricional de sus hijos (27).
5. Genética y Factores Biológicos: Aunque menos estudiado, se ha sugerido que la genética puede influir en la susceptibilidad a la desnutrición. Factores genéticos maternos y del niño pueden afectar la absorción de nutrientes y la respuesta inmunológica (28).

2.1.2.2 Enfermedades genéticas

Las enfermedades genéticas asociadas con la desnutrición infantil incluyen una variedad de enteropatías congénitas y trastornos relacionados con deficiencias endocrinas. Entre las enteropatías genéticas, se encuentran las enteropatías de tufo (mutaciones en EPCAM y SPINT2), la enfermedad de inclusión microvellosa (mutaciones en MYO5B y STX3) y el síndrome trico-hepato-entérico (mutaciones en TTC37 y SKIV2L). Las cuales requieren de nutrición parenteral a largo plazo debido a la diarrea congénita severa y la malabsorción (29) (30).

Adicionalmente, las deficiencias enteroendocrinas, como las asociadas a mutaciones en PCSK1 y NEUROG3, también comparten características clínicas con las enteropatías mencionadas, incluyendo la necesidad de nutrición parenteral (29). Estas condiciones pueden presentarse con retraso en el crecimiento intrauterino y, en algunos casos, con diabetes mellitus de inicio temprano (31).

Asimismo, aquellas enfermedades genéticas relacionadas con el metabolismo y la absorción de nutrientes, como las disfunciones en la vía mTOR, también se han asociado con la desnutrición infantil. Alteraciones en genes como TSC1 y LAMTOR2 pueden influir en la actividad de la vía mTOR, afectando el crecimiento y el estado nutricional (32).

Es importante destacar que, aunque algunas enfermedades genéticas pueden predisponer a la desnutrición, la mayoría de los casos de desnutrición infantil están relacionados con factores ambientales y socioeconómicos previamente mencionado.

2.1.3 Manifestaciones de la desnutrición

La malnutrición en niños se manifiesta principalmente a través de retraso en el crecimiento, la emaciación (peso bajo para la talla) y el bajo peso (peso bajo para la edad).

Los signos y síntomas que presentan son: pérdida de masa corporal, cansancio, irritabilidad, debilidad muscular, mareos, desmayos, cambio de coloración en la piel, resequedad y descamación de la piel, hiperpigmentaciones en la piel “piel en mosaico”, aspecto facial envejecido, crecimiento anormal del vello, cabello con cambios de coloración, quebradizo y seco, gingivorragia, mala cicatrización de heridas, edema depresible sin dolor en extremidades superiores e inferiores, cara, tronco y ascitis en casos severos de desnutrición energética (33).

2.1.4 Programas de alimentación a los infantes en el Ecuador

En Ecuador, existen varios programas de nutrición dirigidos a abordar la desnutrición infantil, especialmente en comunidades pobres y rurales. Uno de los programas destacados es el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, la cual se basa en establecer metas específicas y condiciones necesarios para disminuir la desnutrición crónica infantil, también debe existir una coordinación interinstitucional para colaborar y garantizar la lucha contra la desnutrición, además contempla monitoreo y evaluación a través de la participación comunitaria para ajustar las acciones y tener efectividad, por último identificar los proyectos importantes para la acción e invertir en los mismo

para que de esta manera el plan renueve la situación actual de desnutrición crónica infantil (34).

El Programa Acción Nutrición tiene por objetivo contribuir a la erradicación de las principales formas de malnutrición infantil, los programas de prevención y atención deben destinarse a embarazadas e infantes de 6 meses a 2 años, aprovechando los 1.000 días de vida, el programa de prevención debe abarcar los controles prenatales completos, suplementación de micronutrientes en la gestación, información de las prácticas en relación al parto, lactancia materna, inmunización completa; en relación a la suplementación de micronutrientes (35), el producto "Chis Paz", está diseñado para prevenir la deficiencia de micronutrientes en niños de 6 a 59 meses de edad, incluso gestantes usan este suplemento con buenos resultados debido a sus componentes de hierro, zinc, ácido fólico vitamina A y C con la finalidad de aportar con el objetivo del programa (36).

El Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición de Ecuador (PIANE), constituye una acción estratégica para combatir las clases de malnutrición en todos los grupos etarios, a nivel nacional con la implementación de políticas, estrategias mediante una secretaria técnica de alimentación y nutrición para facilitar la planificación y monitoreo; a nivel distrital con la ejecución de planes operativos que incluyan el seguimiento a mujeres embarazadas y niños menores de 2 años para la vigilancia comunitaria, impulsa la coordinación intersectorial para una alimentación saludable y proporcionada, mejorar la salubridad alimenticia, activar sectores de agricultura sostenible y de esta manera combatir la desnutrición en la población ecuatoriana (37).

A demás PIANE puede apoyar al alimento terapéutico listo para usar (RUTF) que es una pasta de maní rica en proteínas, grasas, nutrientes, electrolitos, vitaminas y minerales, que contribuye al tratamiento de la desnutrición aguda moderada o aguda grave en niños de 6 meses a 5 años, incluso en adultos que presente de desnutrición aguda grave (38).

Otro enfoque es la intervención comunitaria basada en el modelo de Desviación Positiva/Saludable, que se implementó en las provincias de Chimborazo y Tungurahua. Este programa utiliza alimentos locales y sesiones de educación nutricional lideradas por pares para mejorar la dieta y reducir el bajo peso en niños pequeños. Los resultados mostraron mejoras en la ingesta de nutrientes y una reducción en la probabilidad de bajo peso entre los niños que participaron en la intervención (39).

Además, el programa de Transferencias Monetarias Condicionadas conocido como Bono de Desarrollo Humano (BDH) ha mostrado un impacto positivo en la reducción de la mortalidad infantil por enfermedades relacionadas con la pobreza, como la desnutrición. Este programa busca garantizar un nivel mínimo de consumo para las familias y reducir la desnutrición crónica y las enfermedades prevenibles en la infancia (40).

2.2 Enfermedades Respiratorias

Las afecciones respiratorias en niños malnutridos en Ecuador constituyen una problemática de relevancia, influenciada por elementos como la prevalencia elevada de pobreza, anemia y carencias nutricionales. Se ha identificado la malnutrición, particularmente la anemia, como un factor de riesgo para la neumonía, una de las principales causas de mortalidad en niños menores de cinco años. Una investigación llevada a cabo en Quito evidenció que la exposición a niveles elevados de contaminación atmosférica, en conjunción con anemia, incrementaba de manera significativa las hospitalizaciones por neumonía en niños. Adicionalmente, la inseguridad alimentaria y hídrica en las residencias se vincula con una mayor incidencia de patologías respiratorias en la población infantil, lo que indica que estas condiciones pueden interactuar de forma autónoma y conjunta para impactar adversamente en la salud infantil.

2.2.1 Gravedad de la enfermedad

En Ecuador, las patologías respiratorias en niños con malnutrición presentan una elevada gravedad debido a su fácil interacción con distintos factores de riesgo tales como la contaminación, pobreza o inclusive anemia. En estudios

de análisis de cohorte retrospectivo realizados en Quito se observa una fuerte asociación entre la exposición a elevados niveles de contaminación atmosférica y un incremento en las hospitalización por enfermedades respiratorias, principalmente en pacientes pediátricos que cursan con anemia (41), lo cual sugiere una interacción entre la contaminación atmosférica y la anemia el cual intensifica la gravedad de las infecciones respiratorias.

Adicionalmente, los pacientes pediátricos expuesto a concentrados niveles de contaminación son más propensos a desarrollar enfermedades respiratorias, retraso en el desarrollado (stunting) y niveles inferiores a los normales de saturación. Estos factores en su conjunto marcan un significativo impacto negativo en su salud respiratoria y nos permiten recalcar la importancia de abordar tanto la malnutrición como la contaminación del aire para mejorar la prevención en el desarrollo de enfermedades respiratorias en esta población vulnerable en el Ecuador. (41).

2.2.1.1 Relación entre meses y desarrollo de enfermedades respiratorias

Según la literatura médica, la incidencia de enfermedades respiratorias muestra patrones estacionales y ambientados marcados, múltiples estudios resaltan un aumento significativo de casos de influenza entre abril y septiembre (27%), coincidiendo con la temporada de invierno en el hemisferio sur (42,43). Este patrón es confirmado por diversos estudios enfocados en regiones tropicales, donde se observan epidemias de enfermedades respiratorias (destacando como agente causal a la neumonía y el virus sincitial respiratorio), tienden a ocurrir en temporada de lluvias, que suelen coincidir con periodos de aumento de desnutrición estacional (42,43).

2.2.1.2 Factores que predisponen a desarrollar una enfermedad respiratoria

En el contexto de pacientes pediátricos malnutridos en Ecuador, es posible mencionar varios factores que predisponen al desarrollo de enfermedades respiratorias, destacando a la anemia como un factor de riesgo individual

significativo, otros factores de riesgo relacionado a una predisposición de desarrollar enfermedades respiratorias son la contaminación del aire, la inseguridad alimentaria y del agua (especialmente en niños menores de 5 años) y en última instancia el hacinamiento. Estos factores pueden actuar de manera independiente o conjunta para afectar negativamente la salud respiratoria de los niños (41,44).

Otros elementos ambientales, tales como la utilización de combustibles de biomasa y la exposición al humo del tabaco, han sido identificados también como factores de riesgo para las enfermedades respiratorias en niños de recursos limitados (45). Estos elementos, en conjunción con las circunstancias socioeconómicas adversas, incrementan la susceptibilidad de los niños a las infecciones respiratorias.

2.2.1.3 Mortalidad infantil en relación con las enfermedades respiratorias

La relación que existe entre la mortalidad infantil y las enfermedades respiratorias específicamente en pacientes pediátricos desnutridos en Ecuador es multifacética y está relacionada en mayor o menor medida con varios factores de riesgo.

Se ha demostrado que la anemia interactúa con la contaminación del aire para aumentar el riesgo de hospitalización, puesto que exacerba los efectos de la contaminación del aire, lo que a su vez lleva a mayores tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias. Este planteamiento es reforzado por un estudio que indica que el uso de combustibles limpios o el uso de difusores para la limpieza del hogar se ha asociado con una reducción en la mortalidad por infecciones de las vías respiratorias en menores de cinco años, lo enfatiza la importancia de los factores ambientales en los resultados de salud respiratorias (46).

2.2.2 Etiología de las enfermedades respiratorias

Clasificándolos por agente agentes virales, se destaca al virus respiratorio sincitial (VRS) como el más prevalente, encontrado en aproximadamente el 39.2% de los casos de neumonía severa en niños ecuatorianos. Otros virus

destacable es el metapneumovirus humano (hMPV) y el adenovirus, que contribuyen significativamente a la carga de enfermedades respiratorias (47). Se menciona en la literatura también a la influenza y los rinovirus, los cuales también son comunes, con una incidencia notable en infecciones respiratorias agudas, aunque es posible encontrarlos de mayor medida en época de invierno (48) .

Clasificándolo por agentes bacterianos, *Streptococcus pneumoniae* es un patógeno clave, es posible identificarlo aproximadamente en el 9.2% de los casos de neumonía severa. Otro agente bacteriano menos frecuente es el *Mycoplasma pneumoniae* también se ha detectado en algunos casos de infecciones respiratorias en pacientes pediátricos (48).

2.2.2.1 Clasificación etiológica según la edad

Niños menores de 6 meses:

El virus respiratorio sincitial (VRS) es el agente etiológico más común de las infecciones respiratorias en esta edad (47) (49). La alta incidencia de VRS en este grupo se debe a la inmadurez del sistema inmunológico y su alta susceptibilidad a infecciones virales. Entre otros virus destacables para esta edad incluyen el metapneumovirus humano (hMPV) y el virus de la influenza (50).

Niños de 6 a 24 meses:

En el rango de edad de entre 6 a 24 meses, además del VRS (el cual sigue siendo el más predisponente), otros virus como el rinovirus y el adenovirus también son comunes. Las infecciones bacterianas, principalmente por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b, empiezan a ser más prevalentes. Además la coinfección viral y bacteriana se vuelve más frecuente y a su vez puede complicar el cuadro clínico (51).

Niños de 2 a 5 años:

En los niños entre 2 a 5, son más comunes las infecciones de origen bacteriano, entre las que podemos destacar *Streptococcus pneumoniae*, el cual sigue siendo un patógeno importante, junto con *Mycoplasma*

pneumoniae y *Staphylococcus aureus*. Las infecciones virales, aunque menos frecuentes que en los niños más pequeños, todavía juegan un papel significativo, con el VRS y el hMPV siendo relevantes (52).

2.2.3 Vacunación

La vacunación tiene un impacto significativo en la reducción de enfermedades respiratorias en pacientes desnutridos, especialmente en niños. La literatura médica destaca varios aspectos importantes:

- Vacunación con BCG: Un estudio retrospectivo de cohorte analítico mostró que la vacunación con *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) en niños severamente desnutridos fue un factor protector ante el desarrollo de sepsis severa, lo que sugiere un efecto beneficioso más allá de la protección solo contra la tuberculosis. Esto es de suma importancia ya que la sepsis puede ser una complicación mortal de las infecciones respiratorias (53).
- Vacunación contra el sarampión: La vacunación contra el sarampión se ha asociado con una reducción en el riesgo de infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños. Un estudio multicéntrico encontró que los niños vacunados contra el sarampión tenían menos probabilidades de sufrir IRA, lo que subraya la importancia de esta vacuna en la prevención de enfermedades respiratorias en contextos de desnutrición. Además, la vacunación oportuna contra el sarampión es crucial, ya que el retraso en la vacunación aumenta el riesgo de neumonía severa (54).
- Vacunas contra el rotavirus y neumococo: La introducción de las vacunas contra el rotavirus y el neumococo ha mostrado una disminución significativa en la incidencia y gravedad de las enfermedades diarreicas y respiratorias en niños expuestos al VIH pero no infectados, lo que sugiere que estas vacunas también podrían beneficiar a niños desnutridos al reducir la carga de enfermedades respiratorias (55).

2.2.4 Antecedentes de enfermedades respiratorias en la familia

Un niño tiende a desarrollar una enfermedad respiratoria cuando sus padres presentan antecedentes de la misma; En relación con el asma la literatura sugiere que un historial familiar de asma o enfermedades alérgicas es considerado un factor importante de riesgo para desarrollar patologías respiratorias, o en su defecto los susceptibilidad a un mayor de morbilidad respiratoria como sibilancias y crup, especialmente cuando se combinan con factores ambientales como el tabaquismo parental y la exposición a alérgenos. (56)

Dentro de este marco otro estudio indica que la tuberculosis parental antes de la concepción puede estar asociada con un mayor riesgo de asma en los hijos, especialmente cuando la madre tuvo tuberculosis en su infancia o antes de, como resultado de que la tuberculosis podría impactar en la inmunidad materna y, a través de mecanismos epigenéticos, influir en la inmunidad del hijo. (57)

2.2.5 Estaciones que predisponen al desarrollo de la enfermedad respiratoria

Las estaciones en las cuales los niños son más propensos a desarrollar o exacerbar enfermedades respiratorias es durante el otoño y el invierno, esto se debe a varios factores, incluyendo la mayor prevalencia de infecciones virales respiratorias durante estas estaciones y el regreso a la escuela, lo que aumenta la exposición a patógenos. (58)

Durante el otoño e invierno se ha observado un aumento en el desarrollo de enfermedades respiratorias, particularmente el asma, principalmente por dos factores:

- Aumento de casos por rinovirus, virus que se ha demostrado que es un desencadenante común de las exacerbaciones del asma (59)
- Regreso a la escuela, ya que facilita la transmisión de estos virus entre los niños (60).

2.2.5.1 Entorno del niño

Los factores ambientales que predisponen a los niños al desarrollo de enfermedades respiratorias son variados y complejos, entre ellas tenemos:

- Contaminación del aire: Contaminantes atmosféricos como el dióxido de carbono, el material particulado y otros tipos de contaminantes urbanos están asociados con un exacerbación de los síntomas de enfermedades respiratorias como asma o rinitis en poblaciones pediátricas así como también son considerados factores agravantes de infecciones respiratorias (61).
- Ambiente interior: Presencia de moho, la exposición al humo emitido por el tabaco, humedad o mala ventilación pueden contribuir a la aparición de enfermedades respiratorias en población pediátrica (62).
- Exposición a microorganismos: Especialmente en ambiente rural o de granja, implica una exposición temprana e intensa a microorganismos que puede ofrecer cierta protección contra el desarrollo de asma y también de enfermedades respiratorias al modificar las respuestas inmunitarias del paciente pediátrico. (63)
- Factores de estilo de vida: El más común dentro de las investigaciones es la asistencia a guarderías, la presencia de hermanos, y la finalmente exposición a animales también pueden influir en la frecuencia y en algunos casos la gravedad de las infecciones respiratorias y síntomas de sibilancias en la infancia. (45)

2.2.6 Relación con el centro de salud

En Ecuador, estos contaminantes provienen principalmente de las emisiones vehiculares y la congestión del tráfico, lo que es común en las ciudades grandes. (64)

Adicionalmente, la polución atmosférica interna, originada por la utilización de combustibles de biomasa para la cocción y calefacción, es frecuente en numerosas regiones rurales y urbanas de América Latina, incluyendo Ecuador. Esta exposición ha sido correlacionada con un incremento en el riesgo de infecciones respiratorias, asma y una disminución en la función pulmonar en la población infantil. (65)

El entorno rural también presenta riesgos específicos. Aunque la vida rural puede ofrecer cierta protección contra la atopía y el asma debido a la exposición a microorganismos, la exposición a geo helmintos en la infancia temprana puede tener efectos complejos sobre la salud respiratoria. (66)

Capítulo III Materiales y Métodos

3.1 Diseño de Investigación

3.1.1 Tipo de investigación

Estudio retrospectivo, observacional y analítico

3.1.2 Población de estudio

Pacientes pediátricos que acuden al centro de salud “Martha de Roldós” en el periodo enero-julio 2024, a través de sus historias clínicas.

3.1.3 Métodos de recogida de datos

Revisión de historias clínicas dentro del sistema PRASS, se recolecta en Excel y se analiza en SPSS a través de medidas de tendencia central se buscará un nivel de significancia de un 95% y error del 5%

3.2 Criterios de inclusión y exclusión

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes en edad pediátrica que hayan sido atendidos en el centro de salud “Martha de Roldós”
- Pacientes con diagnóstico de desnutrición CIE 10 E46
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades respiratorias CIE 10 J06/J22
- Pacientes que dentro de su historia clínica conste peso y talla.

3.2.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con enfermedades de base.
- Pacientes inmunodeprimidos.
- Pacientes cuyas historias clínicas no contarán con la información completa para la investigación

3.3 Variables

Variables	Definición	Indicador	Resultado	Tipo
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Historia clínica	Años	Cuantitativa
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Historia clínica	Masculino y femenino	Cualitativa dicotómica
Índice de masa corporal	Es la relación entre el peso y la talla de un individuo.	Historia clínica	Peso y talla	Cuantitativa dependiente o continua
Enfermedades respiratorias más comunes	Frecuencia de enfermedades respiratorias observadas.	Historia clínica	Ranking de enfermedades respiratorias más comunes	Cualitativo nominal
Factores asociados para desarrollar infección respiratoria	Condiciones o características que aumentan la probabilidad de que el paciente desarrolle infecciones respiratorias.	Historia clínica	Porcentaje o frecuencia de factores asociados	Cualitativo nominal
Gravedad de la enfermedad respiratoria	Severidad de las diferentes enfermedades que afectan al aparato respiratorio.	Historia clínica	Leve Moderada Severa	Cualitativa
Grado de desnutrición	Clasificación de los grados de desnutrición	Historia clínica	Grado I Grado II Grado III	Cualitativa politómica
Mortalidad infantil	Número de niños que murieron antes de cumplir cinco años	Historia clínica	Número	Cuantitativa

3.4 Aspectos Éticos

El trabajo de investigación para la titulación fue presentado a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y aprobado, posteriormente se presentó el documento de aprobación al administrador técnico del Centro de Salud “Martha de Roldós” quien nos facilitó el acceso a las historias clínicas dentro del sistema PRASS para la recolección de datos.

El estudio no representa riesgo para los pacientes pediátricos atendidos ya que al tratarse de una investigación retrospectiva observacional analítica se hace uso de los datos recogidos en la historia clínica sin otra intervención, además se mantuvo el anonimato de los pacientes, por lo cual no se incluyo sus nombres, número de cédula, fotografía o cualquier tipo de información que revele su identidad, con lo cual protege el derecho de confidencialidad.

Capítulo IV Resultados

En el presente estudio se procesaron un total de 507 registros ($n = 507$), en el cual se evidencio una mayor prevalencia de desnutrición leve, con 316 casos (62.3%), seguida por desnutrición moderada con 129 casos (25.4%), y desnutrición severa en 62 niños (12.2%).

El diagnóstico más frecuente fue la bronconeumonía con 198 casos (39.1%), seguido por la faringitis aguda con 120 casos (23.7%) y el resfriado común con 66 casos (13.0%). En menor proporción ($< 10\%$) se registraron los siguientes diagnósticos respiratorios: neumonía con 42 casos (8.3%), asma con 29 casos (5.7%), laringitis con 18 casos (3.6%), bronquitis con 14 casos (2.8%), sinusitis con 12 casos (2.4%) y otras afecciones respiratorias con 8 casos (1.6%).

Entre los niños con desnutrición leve el 47.47% (150 p) presentaron formas severas de enfermedad respiratoria. Este porcentaje aumentó a 50.39% (65 p) en los niños con desnutrición moderada y alcanzó el 51.97% (36 p) en aquellos con desnutrición severa.

La tasa de mortalidad en todos los casos fue 0.

Capítulo V Discusión

El presente estudio evaluó la relación entre la desnutrición infantil y la aparición de enfermedades respiratorias en una muestra de 507 niños atendidos en el Centro de Salud “Martha de Roldós” entre enero y julio de 2024. Los hallazgos permiten reafirmar que existe una fuerte asociación entre el estado nutricional deficiente y la prevalencia y severidad de las enfermedades respiratorias, fenómeno respaldado por múltiples estudios a nivel nacional e internacional.

En primer lugar, se evidenció que el 62.32% (316 pacientes) de los niños presentaron desnutrición leve, el 25.44% (129 pacientes) moderada y el 12.24% (62 pacientes) severa. Esta distribución coincide con lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, donde se señala que la desnutrición crónica sigue siendo un problema persistente en la población pediátrica ecuatoriana, con mayor prevalencia en zonas urbanas periféricas y rurales.

Respecto a las enfermedades respiratorias, la más común fue la bronconeumonía (39.1% - 198 p), seguida por faringitis aguda (23.7% - 120 p) y resfriado común (13% - 66 p). Estas infecciones, mayoritariamente de origen viral o bacteriano, suelen tener una evolución más prolongada y severa en pacientes con sistemas inmunes debilitados por la malnutrición, como lo expone Nelson Tratado de Pediatría (67), quienes demostraron que la desnutrición aumenta el riesgo de hospitalización por infecciones respiratorias en un 40%.

Otro hallazgo relevante fue la relación entre el grado de desnutrición y la gravedad clínica. El porcentaje de formas severas de enfermedad respiratoria aumentó desde el 34.8% en desnutridos leves hasta el 70.9% en los severamente desnutridos, lo cual es coherente con las conclusiones de estudios como el de Chávez (6), donde se detalla que el sistema inmune celular y humoral se ve comprometido en niños con IMC por debajo del percentil 15.

El grado de desnutrición en este estudio no está relacionado con casos de mortalidad.

Capítulo VI Conclusión

El tipo de desnutrición infantil fue la desnutrición leve con un 62.3 %, seguida por la moderada con un 25.4%, y la severa con un 12.2%, en la población atendida en el Centro de Salud “Martha de Roldós”.

Las enfermedades respiratorias más frecuentes en nuestro estudio fueron la bronconeumonía (39.1%), la faringitis aguda (23.7%) y el resfriado común (13%). Este hallazgo sugiere la relación entre malnutrición y susceptibilidad a infecciones respiratorias.

El grado de desnutrición está relacionado con la gravedad clínica las formas severas de enfermedades respiratorias aumenten desde un 34.8% en pacientes con desnutrición leve a un 70.9% en pacientes con desnutrición severa.

El grado de desnutrición en este estudio no está relacionado con casos de mortalidad.

Referencias

1. DR. JESÚS BARRETO PENIÉ, DR. SERGIO SANTANA PORBÉN, LIC. CARMEN MARTÍNEZ GONZÁLEZ. Desnutrición e infecciones respiratorias. 2000;
2. UNICEF. Desnutrición infantil | UNICEF [Internet]. 2024 [citado 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
3. Merchán-Villafuerte KM, Sánchez-Pijal KD, Toala-Pincay MG. Impacto de la desnutrición en el desarrollo infantil de América Latina: implicaciones para la salud y el desarrollo integral. MQRInvestigar. 2 de marzo de 2024;8(1):3566-86.
4. Children International. Datos sobre la pobreza global | Children International | Estadísticas sobre el hambre mundial [Internet]. 2024 [citado 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.children.org/es/pobreza-global/datos-sobre-la-pobreza/datos-sobre-la-pobreza-mundial-y-hambre>
5. OMS. Malnutrición [Internet]. 2024 [citado 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
6. Carvajal CC, Montaña YH, Téllez OR. Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años. Arch Méd Camagüey. 30 de marzo de 2018;22(2):194-203.
7. Mendoza N, Herrera M, Castellanos J, Benavides C, Pilaguano M, Encalada E, et al. Gestión de Estadísticas Permanentes a Hogares. septiembre de 2023;
8. STECSDI. Cuatro ejes de gestión marcarán la lucha contra la desnutrición crónica infantil en 2024 – Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil [Internet]. 2024 [citado 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.infancia.gob.ec/cuatro-ejes-de-gestion-marcaran-la-lucha-contra-la-desnutricion-cronica-infantil-en-2024/>
9. OMS. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2024 [citado 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.1>
10. López TGC, Landivar JDC. Asociación entre el estado nutricional y función pulmonar en niños sin enfermedad respiratoria. Rev Vive. 8 de mayo de 2023;6(17):638-46.
11. Sinchi DLC. Talía Elizabeth Toaquiza Vásquez. 2023;

12. Chaglla DLB, Puga VRN. Desnutrición en la primera infancia en el Ecuador. *Rev Científica Arbitr Multidiscip PENTACIENCIAS*. 15 de junio de 2023;5(4):551-62.
13. Seal A, Kerac M. Operational implications of using 2006 World Health Organization growth standards in nutrition programmes: secondary data analysis. *BMJ*. 5 de abril de 2007;334(7596):733.
14. Vesel L, Bahl R, Martines J, Penny M, Bhandari N, Kirkwood BR, et al. Use of new World Health Organization child growth standards to assess how infant malnutrition relates to breastfeeding and mortality. *Bull World Health Organ*. 13 de octubre de 2009;88(1):39.
15. Chacón Abril Karla Lorena, Segarra Ortega José Xavier, Lasso Lazo Rubén Santiago, Huiracocha Tutivén María de Lourdes. VALORACIÓN NUTRICIONAL MEDIANTE CURVAS DE CRECIMIENTO DE LA OMS Y LAS CLASIFICACIONES DE GÓMEZ / WATERLOW. ESTUDIO DE PREVALENCIA. CUENCA-2015 [Internet]. 2015. Disponible en: [https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/download/957/846/0#:~:text=%2D%20%25%20Peso%2FTalla%20\(W1,%3C70\)%20\(11\)](https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/download/957/846/0#:~:text=%2D%20%25%20Peso%2FTalla%20(W1,%3C70)%20(11)).
16. Ferreira H da S. Anthropometric assessment of children's nutritional status: a new approach based on an adaptation of Waterlow's classification. *BMC Pediatr*. 11 de febrero de 2020;20(1):65.
17. Nathanael Lapidus. Prognostic Accuracy of WHO Growth Standards to Predict Mortality in a Large-Scale Nutritional Program in Niger - PMC [Internet]. 2009 [citado 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2650722/>
18. Ssentongo P, Ssentongo AE, Ba DM, Ericson JE, Na M, Gao X, et al. Global, regional and national epidemiology and prevalence of child stunting, wasting and underweight in low- and middle-income countries, 2006-2018. *Sci Rep*. 4 de marzo de 2021;11(1):5204.
19. Desnutrición Crónica Infantil | UNICEF [Internet]. 2024 [citado 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-infantil>
20. Hajri T, Angamarca-Armijos V, Caceres L. Prevalence of stunting and obesity in Ecuador: a systematic review. *Public Health Nutr*. 29 de julio de 2020;24(8):2259.
21. Rivadeneira MF, Moncayo AL, Córdor JD, Tello B, Buitrón J, Astudillo F, et al. High prevalence of chronic malnutrition in indigenous children under 5 years of age in Chimborazo-Ecuador: multicausal analysis of its determinants. *BMC Public Health*. 28 de octubre de 2022;22:1977.

22. Mao C, Shen Z, Long D, Liu M, Xu X, Gao X, et al. Epidemiological study of pediatric nutritional deficiencies: an analysis from the global burden of disease study 2019. *Nutr J.* 18 de abril de 2024;23:44.
23. UNICEF. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Dossierdesnutricion.pdf>
24. Katoch OR. Determinants of malnutrition among children: A systematic review. *Nutrition.* 1 de abril de 2022;96:111565.
25. Gati Ara, Bina Fawad, Shumaila Shabbir. Malnutrition in children under five years in a squatter settlement of Karachi: a case-control study | *BMC Public Health* | Full Text [Internet]. 2024 [citado 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18359-3>
26. Zhou J, Zeng L, Dang S, Pei L, Gao W, Li C, et al. Maternal Prenatal Nutrition and Birth Outcomes on Malnutrition among 7- to 10-Year-Old Children: A 10-Year Follow-Up. *J Pediatr.* 1 de noviembre de 2016;178:40-46.e3.
27. Waber DP, Bryce CP, Girard JM, Fischer LK, Fitzmaurice GM, Galler JR. Parental History of Moderate to Severe Infantile Malnutrition is Associated with Cognitive Deficits in their Adult Offspring. *Nutr Neurosci.* 25 de noviembre de 2016;21(3):195.
28. Duggal P, Petri WA. Does Malnutrition Have a Genetic Component? *Annu Rev Genomics Hum Genet.* 31 de agosto de 2018;19(1):247-62.
29. Jutta Köglmeier, Keith James Lindley. Congenital Diarrhoeas and Enteropathies [Internet]. 2024 [citado 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/17/2971>
30. Morgane Caralli, Celine Roman, Marie-Edith Coste, Bertrand Roquelaure, Christophe Buffat. Genetic Enteropathies Linked to Epithelial Structural Abnormalities and Enteroendocrine Deficiency [Internet]. 2021 [citado 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000003049>
31. Marta Germán-Díaz, Yolanda Rodríguez-Gil, Jaime Cruz-Rojo. A New Case of Congenital Malabsorptive Diarrhea and Diabetes Secondary to Mutant Neurogenin-3 | *Pediatrics* | American Academy of Pediatrics [Internet]. 2024 [citado 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/140/2/e20162210/38637/A-New-Case-of-Congenital-Malabsorptive-Diarrhea?redirectedFrom=fulltext>
32. Parag Palit, Md Amran Gazi, Subhasish Das, Md Mehedi Hasan. Exploratory Analysis of Selected Components of the mTOR Pathway

Reveals Potentially Crucial Associations with Childhood Malnutrition [Internet]. 2022 [citado 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/8/1612>

33. Braulio Alejandro Laguardia García, Glenda Mishelle Ruíz López. MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA PRESENTADAS EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS [Internet]. 2022. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2022/072.pdf>
34. Secretaría Técnica Ecuador, Crece Sin Desnutrición Infantil. PLAN ESTRATÉGICO INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL [Internet]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/06/Plan_Estrategico_Intersectorial_para_la_Preveccion_y_Reducción_de_la_DCI.pdf
35. Programa Acción Nutrición – Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil [Internet]. [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.infancia.gob.ec/programa-accion-nutricion/>
36. Soc. Doris Soliz Carrión. Guía del uso de suplemento de micronutrientes Chis Paz [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Cuadernillo-CHISPAZ-arte-final.pdf>
37. Dra. Verónica Espinosa. Plan Intersectorial del Alimentación y Nutrición Ecuador 2018 - 2025 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>
38. UNICEF. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. [Internet]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Dossierdesnutricion.pdf>
39. Marion L. Roche, PhD. A Community-Based Positive Deviance/Hearth Infant and Young Child Nutrition Intervention in Ecuador Improved Diet and Reduced Underweight - Journal of Nutrition Education and Behavior [Internet]. 2015 [citado 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.jneb.org/article/S1499-4046\(16\)30858-2/abstract](https://www.jneb.org/article/S1499-4046(16)30858-2/abstract)
40. Moncayo AL, Granizo G, Grijalva MJ, Rasella D. Strong effect of Ecuador's conditional cash transfer program on childhood mortality from poverty-related diseases: a nationwide analysis. BMC Public Health. 17 de agosto de 2019;19:1132.
41. Harris AM, Sempértegui F, Estrella B, Narváez X, Egas J, Woodin M, et al. Air pollution and anemia as risk factors for pneumonia in ecuadorian children: a retrospective cohort analysis. Environ Health. 3 de noviembre de 2011;10:93.

42. Paynter S, Ware RS, Lucero MG, Tallo V, Nohynek H, Simões EAF, et al. Poor growth, and pneumonia seasonality in infants in the Philippines: cohort and time series studies. *PLoS One*. 2013;8(6):e67528.
43. Azziz-Baumgartner E, Bruno A, Daugherty M, Chico ME, Lopez A, Arriola CS, et al. Incidence and seasonality of respiratory viruses among medically attended children with acute respiratory infections in an Ecuador birth cohort, 2011-2014. *Influenza Other Respir Viruses*. enero de 2022;16(1):24-33.
44. Chakraborty R, Armijos RX, Beidelman ET, Rosenberg M, Margaret Weigel M. Household food and water insecurity and its association with diarrhoea, respiratory illness, and stunting in Ecuadorian children under 5 years. *Matern Child Nutr*. 2024;20(4):e13683.
45. Cortes-Ramirez J, Wilches-Vega JD, Paris-Pineda OM, Rod JE, Ayurzana L, Sly PD. Environmental risk factors associated with respiratory diseases in children with socioeconomic disadvantage. *Heliyon* [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 8 de noviembre de 2024];7(4). Disponible en: [https://www.cell.com/heliyon/abstract/S2405-8440\(21\)00923-3](https://www.cell.com/heliyon/abstract/S2405-8440(21)00923-3)
46. Gould CF, Bejarano ML, Kioumourtzoglou MA, Lee AG, Pillarisetti A, Schlesinger SB, et al. Widespread Clean Cooking Fuel Scale-Up and under-5 Lower Respiratory Infection Mortality: An Ecological Analysis in Ecuador, 1990–2019. *Environ Health Perspect*. 29 de marzo de 2023;131(3):037017.
47. Jonnalagadda S, Rodríguez O, Estrella B, Sabin LL, Sempértegui F, Hamer DH. Etiology of severe pneumonia in Ecuadorian children. *PLoS ONE*. 9 de febrero de 2017;12(2):e0171687.
48. Suryadevara M, Fajardo FP, Aponte CC, Aponte JLC, Prado EO, Hidalgo I, et al. Etiologies of outpatient medically attended acute respiratory infections among young Ecuadorian children prior to the start of the 2020 SARS-CoV-2 pandemic. *Influenza Other Respir Viruses*. 29 de septiembre de 2022;17(1):e13056.
49. Antillón M, Li X, Willem L, Bilcke J, Investigators R, Jit M, et al. The age profile of respiratory syncytial virus burden in preschool children of low- and middle-income countries: A semi-parametric, meta-regression approach. *PLOS Med*. 17 de julio de 2023;20(7):e1004250.
50. Chowdhury F, Shahid ASMSB, Ghosh PK, Rahman M, Hassan MZ, Akhtar Z, et al. Viral etiology of pneumonia among severely malnourished under-five children in an urban hospital, Bangladesh. *PLoS ONE*. 4 de febrero de 2020;15(2):e0228329.
51. Tapia MD, Sylla M, Driscoll AJ, Touré A, Kourouma N, Sissoko S, et al. The Etiology of Childhood Pneumonia in Mali: Findings From the

- Pneumonia Etiology Research for Child Health (PERCH) Study. *Pediatr Infect Dis J.* 25 de agosto de 2021;40(9):S18.
52. Group TPER for CH (PERCH) S. Causes of severe pneumonia requiring hospital admission in children without HIV infection from Africa and Asia: the PERCH multi-country case-control study. *Lancet Lond Engl.* 27 de junio de 2019;394(10200):757.
 53. Ackhter MM, Shahid ASMSB, Ahmed T, Palit P, Parvin I, Islam MZ, et al. Characteristics of severely malnourished under-five children immunized with *Bacillus Calmette-Guérin* following Expanded Programme on Immunization schedule and their outcomes during hospitalization at an urban diarrheal treatment centre, Bangladesh. *PLoS ONE.* 7 de enero de 2022;17(1):e0262391.
 54. Bawankule R, Singh A, Kumar K, Shetye S. Does Measles Vaccination Reduce the Risk of Acute Respiratory Infection (ARI) and Diarrhea in Children: A Multi-Country Study? *PLoS ONE.* 11 de enero de 2017;12(1):e0169713.
 55. Ajibola G, Bennett K, Powis KM, Hughes MD, Leidner J, Kgole S, et al. Decreased diarrheal and respiratory disease in HIV exposed uninfected children following vaccination with rotavirus and pneumococcal conjugate vaccines. *PLoS ONE.* 21 de diciembre de 2020;15(12):e0244100.
 56. Kuiper S, Muris JWM, Dompeling E, Kester ADM, Wesseling G, Knottnerus JA, et al. Interactive effect of family history and environmental factors on respiratory tract-related morbidity in infancy. *J Allergy Clin Immunol.* agosto de 2007;120(2):388-95.
 57. López-Cervantes JP, Shigdel R, Accordini S, Mustafa T, Bertelsen RJ, Makvandi-Nejad S, et al. Parental TB associated with offspring asthma and rhinitis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1 de junio de 2022;26(6):544-9.
 58. McCauley KE, Flynn K, Calatroni A, DiMassa V, LaMere B, Fadrosch DW, et al. Seasonal airway microbiome and transcriptome interactions promote childhood asthma exacerbations. *J Allergy Clin Immunol.* 1 de julio de 2022;150(1):204-13.
 59. Jartti T, Bønnelykke K, Elenius V, Feleszko W. Role of viruses in asthma. *Semin Immunopathol.* 2020;42(1):61-74.
 60. Johnston NW, Johnston SL, Norman GR, Dai J, Sears MR. The September epidemic of asthma hospitalization: School children as disease vectors. *J Allergy Clin Immunol.* 1 de marzo de 2006;117(3):557-62.
 61. Du S, Tang H, Chen H, Shen Y, Niu Z, Chen T, et al. Association of multiple environmental exposures with rhinitis and asthma symptoms in preschool children: Identifying critical risk factor. *Ecotoxicol Environ Saf.* 1 de enero de 2025;289:117490.

62. Neto AB, Ferraro AA, Vieira SE. Acute and subchronic exposure to urban atmospheric pollutants aggravate acute respiratory failure in infants. *Sci Rep.* 6 de octubre de 2023;13:16888.
63. Xing Y, Leung ASY, Wong GWK. From preschool wheezing to asthma: Environmental determinants. *Pediatr Allergy Immunol.* 2023;34(11):e14049.
64. Estrella B, Estrella R, Oviedo J, Narváez X, Reyes MT, Gutiérrez M, et al. Acute Respiratory Diseases and Carboxyhemoglobin Status in School Children of Quito, Ecuador. *Environ Health Perspect.* mayo de 2005;113(5):607-11.
65. Loría-Chavarría G, Soto-Martínez ME. Consequences of Indoor Pollution in Children in Latin America. *Pediatr Pulmonol.* marzo de 2025;60 Suppl 1:S106-8.
66. Cooper PJ, Chis Ster I, Chico ME, Vaca M, Oviedo Y, Maldonado A, et al. Impact of early life geohelminths on wheeze, asthma and atopy in Ecuadorian children at 8 years. *Allergy.* septiembre de 2021;76(9):2765-75.
67. Nelson. Tratado de pediatría - ClinicalKey [Internet]. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/browse/book/3-s2.0-C20151024243>

Anexos

Tabla 1. Resumen estadístico de variables antropométricas (n = 507)

Variable	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad (años)	8.02	1.97	5.00	12.00
Peso (kg)	21.21	3.40	13.40	32.00
Talla (cm)	127.04	7.49	110.00	147.50
IMC (kg/m ²)	13.11	0.76	11.60	14.99

Tabla 2. Distribución por sexo

Sexo	Número de casos
Masculino	255
Femenino	254

Tabla 3. Distribución de los grados de desnutrición

Grado de Desnutrición	Número de Casos	Porcentaje (%)
Leve	316	62.3
Moderada	129	25.4
Severa	62	12.2
Total	507	100

**Tabla 4. Frecuencia de enfermedades respiratorias en niños estudiados
(n = 507)**

Diagnóstico Respiratorio	Número de Casos	Porcentaje (%)
Bronconeumonía	198	39.1
Faringitis aguda	120	23.7
Resfriado común	66	13.0
Neumonía	42	8.3
Asma	29	5.7
Laringitis	18	3.6
Bronquitis	14	2.8
Sinusitis	12	2.4
Otras	8	1.6
Total	507	100

Tabla 5. Relación entre grado de desnutrición y gravedad de enfermedad respiratoria

Grado de Desnutrición	No Severo	Severo	Total	% Casos Severos
Leve	206	110	316	34.8%
Moderada	64	65	129	50.4%
Severa	18	44	62	70.9%

Figura 1. Distribución de grados de desnutrición en niños estudiados

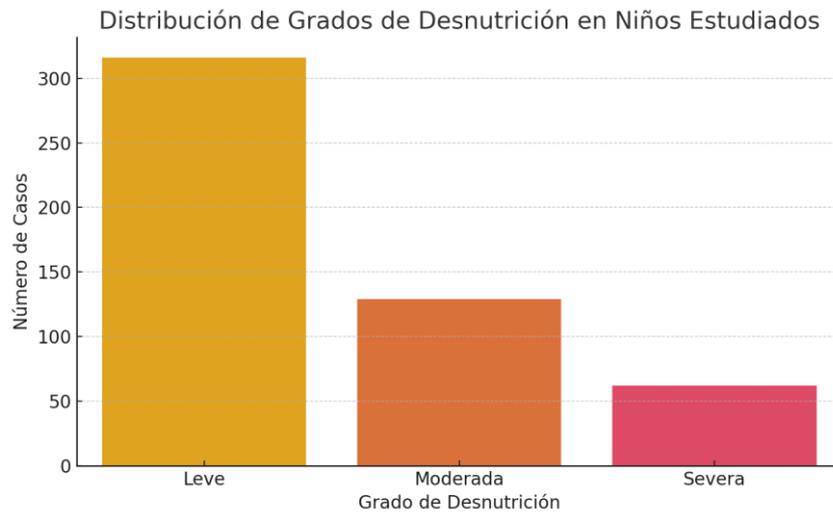
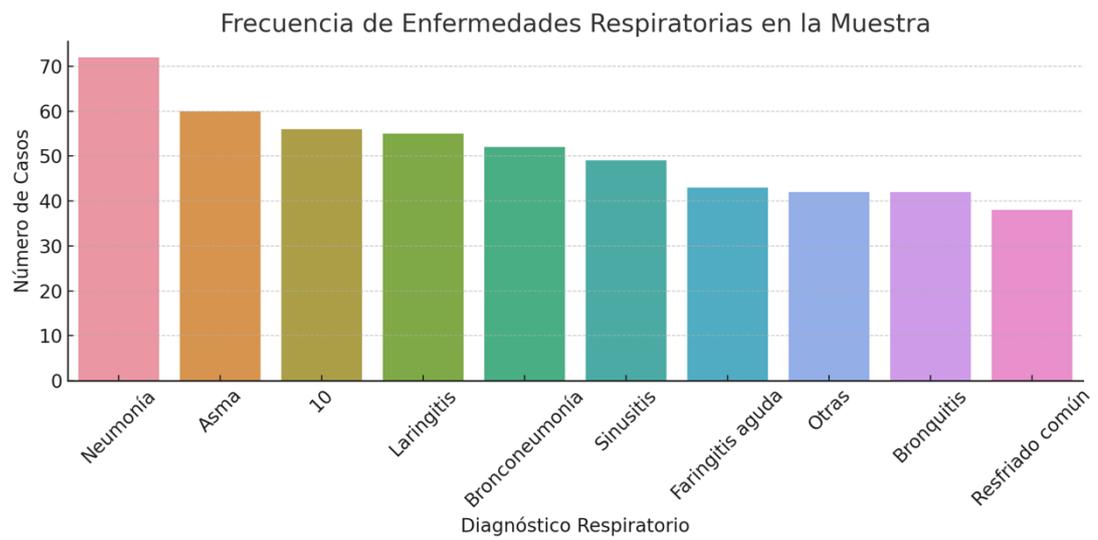


Figura 2. Frecuencia de Enfermedades Respiratorias en la Muestra





Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elias** con C.C: **#0927358127** y **Rosero Dominguez, Alisson Deyadira**, con C.C: **#0604291922**, autores del trabajo de titulación: **Influencia de la desnutrición infantil en el desarrollo de enfermedades respiratorias en el Centro de Salud Martha de Roldós en el periodo enero-julio 2024**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **21 de mayo de 2025**



Gabriel Elias
Cabanilla
Buenaventura
Time Stamping
Secure Data

f. _____
Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elias

C.C: **0927358127**



ALISSON DEYADIRA
ROSERO DOMINGUEZ

f. _____
Rosero Dominguez, Alisson Deyadira

C.C: **0604291922**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Influencia de la desnutrición infantil en el desarrollo de enfermedades respiratorias en el Centro de Salud Martha de Roldós en el periodo enero-julio 2024.		
AUTOR(ES)	Cabanilla Buenaventura, Gabriel Elias Rosero Dominguez, Alisson Deyadira		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de mayo del 2025	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Pediatría, Nutrición		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Desnutrición infantil, enfermedades respiratorias, malnutrición, desarrollo infantil, salud pública, factores de riesgo		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>La desnutrición infantil es un problema de salud pública que debilita el sistema inmunológico de los niños haciendo los más vulnerables a diversas infecciones, entre ellas las enfermedades respiratorias. Esta investigación tiene como objetivo identificar la influencia que tiene la desnutrición y el desarrollo de una enfermedad respiratoria. Objetivo: Evaluar la influencia de la desnutrición en el desarrollo de las enfermedades respiratorias en niños en el Centro de salud Martha de Roldós entre en periodo enero-julio del 2024". Metodología: Trata de un estudio de tipo retrospectivo, observacional y analítico con los datos de 507 historias clínicas de pacientes pediátricos que presenten desnutrición infantil y hayan desarrollado una enfermedad respiratoria. Resultados: Se registró mayor prevalencia de desnutrición leve con 316 casos (62.3%), seguida de moderada con 129 (25.4%) y severa con 62 (12.2%). El diagnóstico más común fue bronconeumonía con 198 casos (39.1%), luego faringitis aguda con 120 (23.7%) y resfriado común con 66 (13.0%). Respecto al grado de desnutrición y severidad respiratoria, el 47.47% (150 p) de los niños con desnutrición leve presentaron formas severas; en moderada fue el 50.39% (65 p) y en severa el 51.97% (36 p). Conclusión: La prevalencia de enfermedades respiratorias en niños con desnutrición fue de 507 pacientes donde la enfermedad respiratoria más frecuente fue la bronconeumonía, seguida de la faringitis aguda y el resfriado común. Los principales factores asociados fueron condiciones de vivienda exposición al tabaco clima estacional y dificultades socioeconómicas.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593990952834 +593984692639	E-mail: gabriel.cabanilla@cu.ucsg.edu.ec alisson.rosero@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			