

RECUPERACION DE NIÑOS DESNUTRIDOS GRAVES EN UN AREA DE SANTIAGO, CHILE DE

C. Castillo D.,¹ V. Salvatierra,² M. C. Mejías,² E. Olmos,²
M. P. Guzmán,³ A. Manríquez³ y R. Puentes⁴

Se estudian algunos aspectos del diagnóstico y tratamiento de la desnutrición grave del lactante en un área de Santiago, y se destacan la utilidad de la participación de un equipo profesional multidisciplinario y la necesidad de una mejor programación para la utilización adecuada de los recursos existentes, con el fin de que la recuperación de estos niños sea más eficaz.

Introducción

En el área Sur Oriente de Santiago, a semejanza de lo que ocurre en el resto de Chile, la desnutrición infantil es una patología frecuente, a pesar de los avances que se han realizado en el país. Se ha hecho hincapié en la recuperación de niños con desnutrición grave y precoz, mediante la participación de equipos de salud ambulatorios y otros de actividad intrahospitalaria. Todo ello sin perjuicio de acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de la desnutrición infantil. Sin embargo, es necesario objetivar con mayor claridad la situación, tomando en cuenta la magnitud y las características de la desnutrición infantil grave, etiología y factores condicionantes, calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de cada caso en particular, así como la eficacia de las distintas

alternativas terapéuticas que se ofrecen a estos niños.

El presente estudio pretende allegar algunos antecedentes a este respecto y contribuir a un diagnóstico mejor de la situación. Los objetivos específicos son los siguientes: a) determinar el número de menores de dos años con desnutrición calorico-proteica (DCP) de III grado y de menores de un año con DCP de II grado, para el período en estudio y su distribución según niveles de atención; b) precisar en estos niños la frecuencia de desnutrición primaria y secundaria; c) objetivar la calidad de la evaluación del estado nutricional, a nivel ambulatorio; d) conocer la incidencia de prematuridad y de malnutrición fetal en estos niños; e) comparar la respuesta al tratamiento recuperacional entre los Consultorios Periféricos y el Consultorio de Nutrición Infantil, y f) determinar la influencia del Hospital Sótero del Río en el estado nutricional de dichos niños.

¹ Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Santiago, Chile Dirección postal: Casilla 15138, Santiago, Chile.

² Hospital Sótero del Río, Servicio de Pediatría, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago.

³ Universidad Católica de Chile, internado médico, Santiago.

⁴ Universidad Católica de Chile, Departamento de Pediatría, Santiago.

Material y método

En los 10 Consultorios Periféricos del Servicio de Salud Metropolitano Sur

Oriente de Santiago, se revisaron los ficheros de lactantes, tanto en control activo como inasistentes y pasivos, para el período del 31 de marzo al 1 de octubre de 1980. Lo mismo se realizó para los niños en control en el Consultorio de Nutrición Infantil, los que habían egresado del Servicio de Pediatría del Hospital Sótero del Río y los que se habían derivado al Centro Cerrado de Recuperación Nutricional Macul en ese lapso.

Se incluyó en la investigación a todos los menores de dos años que presentaron desnutrición calorico-proteica de III grado y a los niños menores de un año con DCP de II grado, al 31 de marzo de 1980 o durante los seis meses siguientes.

La evaluación del estado nutricional se efectuó según normas nacionales, de acuerdo con las Tablas del Centro Internacional de la Infancia (M. Sempé). Para ello se catalogó como desnutrido de III grado al niño cuyo peso para la edad era inferior a -3 DE con respecto al peso promedio normal, como desnutrido de II grado si el peso estaba entre -2 y -3 DE y como DCP de I grado si la relación peso/edad oscilaba entre -1 y -2 DE. El dato registrado en la ficha fue la base para todos los objetivos.

La calidad de la evaluación del estado nutricional se determinó reevaluando a cada uno de los niños, utilizando las mismas normas y tablas, y comparando esta catalogación con el dato en la ficha. Al reevaluar a los niños de pretérmino, se corrigió la edad restando a la edad cronológica del niño el número de semanas que le faltaban para cumplir 40 al nacer. No se corrigió la edad del niño de término con antecedentes de ser pequeño para la edad gestacional (1).

Los antecedentes de peso y edad gestacional al nacer, se obtuvieron de los registros de la maternidad del Hospital Sótero del Río, los cuales se basan en el examen físico que efectúa rutinariamente el médico neonatólogo y, en algunos casos, en el examen neurológico. Sin embargo, esta infor-

mación no se pudo obtener para algunos niños nacidos en otras áreas.

Para medir la respuesta al tratamiento recuperacional, se comparó a los niños atendidos solo en los Consultorios Periféricos con los que estaban en control en el Consultorio de Nutrición Infantil y habían tenido un período de control efectivo de un mínimo de tres meses en él. Se consideró positiva la respuesta al tratamiento cuando hubo mejoría en el estado nutricional, medido por un cambio de grado sin exigir, necesariamente, llegar al peso normal para la edad. Para la recuperación en los Consultorios Periféricos se tomó la información de una investigación previa, en ese mismo grupo de niños, efectuada con metodología similar y durante igual período (2).

Resultados

En el período de seis meses analizado se encontró 102 menores de dos años con DCP de III grado y 388 menores de un año con DCP de II grado, lo que corresponde al 21 y 79% respectivamente. De este total, 425 niños tenían control ambulatorio en los Consultorios Periféricos y/o en el Consultorio de Nutrición Infantil. Un 13,2% de ellos, encontrados en el hospital, no estaban controlados como desnutridos graves. En el cuadro 1 se presenta la distribución de estos niños según el nivel de atención.

Respecto de la etiología de la desnutrición, se constató desnutrición secundaria en el 11% de los niños, y en la gran mayoría (89%) era causa primaria. Las causas de desnutrición secundaria más relevantes fueron genitopatías, daño neurológico grave (parálisis cerebral), cardiopatías congénitas y enfermedad celíaca. Otras, menos frecuentes, fueron malformaciones del aparato digestivo, genitourinario y endocrinopatías (hipotiroidismo).

Se observó que la precisión en la catalo-

CUADRO 1—Distribución de niños desnutridos graves según el nivel de atención y estado nutricional. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, 1980.

Nivel de atención	DCP III < 2 años		DCP II < 1 año		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consultorios Periféricos	36	7	250	51	286	58
Consultorio Periférico más Consultorio de Nutrición Infantil	8	1,5	20	4	28	6
Consultorio de Nutrición Infantil	3	1	24	5	27	6
CONIN	8	1,5	12	2	20	4
Hospital ^a	47	10	82	17	129	26
Total	102	21,0	388	79	490	100

^a En los niños en tratamiento ambulatorio que se hospitalizaron, se asignó este como nivel de atención por ser de mayor complejidad.

gación del estado nutritivo era mejor en el Consultorio de Nutrición Infantil que en los Consultorios Periféricos (cuadro 2). Es necesario señalar que en los niños mal evaluados el error principal fue asignarles un estado nutricional más deteriorado de lo real. En los Consultorios Periféricos esta situación fue aún más evidente. Esta falla en la catalogación del estado nutricional se observó principalmente en los niños con bajo peso al nacer, para los cuales no se tienen normas claras.

El 90% de los niños se catalogaron al nacer según el peso y la edad gestacional

CUADRO 2—Calidad de la evaluación del estado nutricional en niños desnutridos graves en control ambulatorio. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, 1980.

Calidad de la evaluación del estado nutricional	Nivel de atención			
	Consultorio de Nutrición Infantil		Consultorio Periférico	
	Nº	%	Nº	%
Correcta	78	89	235	71
Incorrecta:	10	11	96	29
Sobrestimación ^a	(3)	(3)	(5)	(2)
Subestimación ^b	(7)	(8)	(91)	(27)
Total	88	100	331	100

^a Estado nutricional real peor que el consignado en la ficha.

^b Estado nutricional real mejor al registrado en la ficha.

(cuadro 3). Del total, 25,5% tenían antecedente de prematuridad y/o malnutrición fetal, lo que resalta la relevancia de este factor en la desnutrición caloricoproteica grave del lactante. En el Consultorio de Nutrición Infantil y en el Hospital Sótero del Río, la proporción de niños prematuros y/o pequeños para la edad gestacional fue superior a la observada en los Consultorios Periféricos, lo que sin duda tiene relación con la mayor labilidad de estos menores, por lo que se refirieron a niveles de atención de mayor complejidad.

La respuesta de los niños al tratamiento recuperacional, al comparar los niños controlados en los Consultorios Periféricos con los niños tratados en el Consultorio de Nutrición Infantil, fue significativamente mejor ($p < 0,001$) en este último, tanto en los niños con desnutrición de III grado como de II grado. Un 73% de los menores tuvo mejoría con la atención centralizada, en comparación con el 31% en los Consultorios Periféricos (cuadro 4).

De los niños desnutridos graves que fueron hospitalizados durante el período en estudio, 67% no experimentó cambios en su estado nutritivo; solo 5% tuvo mejoría, y 21% presentó deterioro. Esto se debe, sin duda, a la patología que mo-

CUADRO 3—Distribución de niños desnutridos graves según catalogación del recién nacido y nivel de atención. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, 1980.

Catalogación del recién nacido	Nivel de atención			Total (%)
	Consultorios Periféricos (%)	Consultorio de Nutrición Infantil (%)	Hospital (%)	
RNT AEG ^a	68,6	60,0	57,4	64,5
RNPT AEG ^b	10,1	16,3	14,7	12,1
RNT PEG ^c	10,8	12,7	11,6	11,3
RNPT PEG ^d	1,7	5,5	1,6	2,1
Sin información	8,8	5,5	14,7	10,0

^a Nacido a término con peso adecuado para la edad gestacional.

^b Prematuro con peso adecuado para la edad gestacional.

^c Nacido a término con bajo peso para la edad gestacional.

^d Prematuro con bajo peso para la edad gestacional.

tivó la hospitalización, a causa de fallas en el manejo nutricional, o por patología intercurrente adquirida en el hospital. El promedio de estancia de los niños hospitalizados fue de 47 días (rango 2-152).

Discusión

De los menores de seis años controlados por el servicio de salud oficial 14,2% estaban desnutridos en 1980, si bien se observó una tendencia decreciente en la tasa de prevalencia en relación con los años precedentes, sobre todo en la desnutrición moderada y grave (cuadro 5).

El área en que se efectuó el estudio abarca comunas urbanas (La Florida, La

Granja, Puente Alto) densamente pobladas, y también algunas rurales, con una población total de aproximadamente 550 000 habitantes, lo que significa 1/20 de la población del país.

En los 10 Consultorios Periféricos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, había 47 352 menores de seis años en control de salud en 1980, lo que representa 77,5% de la población infantil asignada a ellos y, aproximadamente, 66% del total de niños de esa edad.

La etiología más frecuente de la desnutrición infantil es la primaria por bajo aporte de nutrientes, lo que se asocia a factores económicos, culturales, sociales, demográficos, de saneamiento ambiental, y otros, que conforman el contexto de la

CUADRO 4—Influencia de la hospitalización en el estado nutricional de niños desnutridos graves. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, 1980.

Estado nutricional (variación)	Niños	
	Nº	%
Sin modificación	86	67
Mejoría	7	5
Empeoramiento	27	21
Datos incompletos	9	7
Total	129	100

CUADRO 5—Prevalencia de desnutrición infantil. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, 1977-1980.

Grado de desnutrición	Prevalencia (%)			
	1977	1978	1979	1980
Grado I	12,6	15,9	13,9	12,6
Grado II	3,2	2,4	1,6	1,5
Grado III	0,4	0,4	0,2	0,1
Total	16,2	18,7	15,7	14,2

Fuente: Ministerio de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Departamento de Programa de las Personas.

miseria. Por ello la solución de este grave problema medicosocial se une a la lucha por superar el subdesarrollo.

No obstante lo anterior, acciones propias del sector salud han tenido y tienen impacto en la disminución de la incidencia y prevalencia de la desnutrición, lo que a su vez ha influido en el descenso de los índices de mortalidad infantil (3). Deben resaltarse aquí los programas existentes de distribución de alimentos (leche y otros) y de planificación familiar. La protección específica que otorga el programa de alimentación complementaria es, sin duda, relevante (4), pues permite y facilita, además, un alto acceso de la población materno-infantil a los establecimientos de salud, principalmente para la supervisión y control del embarazo, la lactancia y del niño sano (5).

Por otra parte, el descenso en el índice de natalidad ha hecho que disminuya la población infantil expuesta al riesgo de desnutrición y muerte, ya que el programa se lleva a cabo, de manera preferencial, en estratos socioeconómicos bajos, con familias numerosas. A esto se añaden programas de educación en salud, dirigidos sobre todo a la prevención y el control de las enfermedades infecciosas, al fomento de la lactancia materna y a las inmunizaciones.

Los índices de natalidad y mortalidad infantil en Chile (6) y en el Area Sur Oriente han disminuido en los últimos 10 años, y puede apreciarse cierto paralelismo en la caída de la mortalidad infantil con respecto a la disminución de la natalidad, excepto para el período inicial del decenio (cuadro 6).

El programa de control de la desnutrición infantil se ha perfeccionado gradualmente en el Area Sur Oriente. En los Consultorios Periféricos se centran las acciones de prevención y tratamiento precoz de esta patología; existe, además, un consultorio especializado en nutrición infantil adosado al Hospital Sótero del Río que atiende en

CUADRO 6—Índices de natalidad y mortalidad infantil en Chile y Area Sur Oriente de Santiago, 1970-1980.

Años	Natalidad ^a		Mortalidad infantil ^b	
	Chile	Area Sur Oriente	Chile	Area Sur Oriente
1970	27,9	27,6	79,3	66,3
1971	28,7	29,2	70,5	58,4
1972	28,7	28,0	71,1	54,2
1973	28,1	26,6	65,2	53,4
1974	26,7	25,9	63,3	40,7
1975	25,2	22,6	55,4	41,2
1976	23,9	20,8	54,0	36,4
1977	22,8	18,9	47,5	33,8
1978	22,1	19,1	38,7	25,8
1979	22,3	19,9	36,3	22,9
1980	22,8	22,2	31,8	21,2

^a Por 1 000 habitantes.

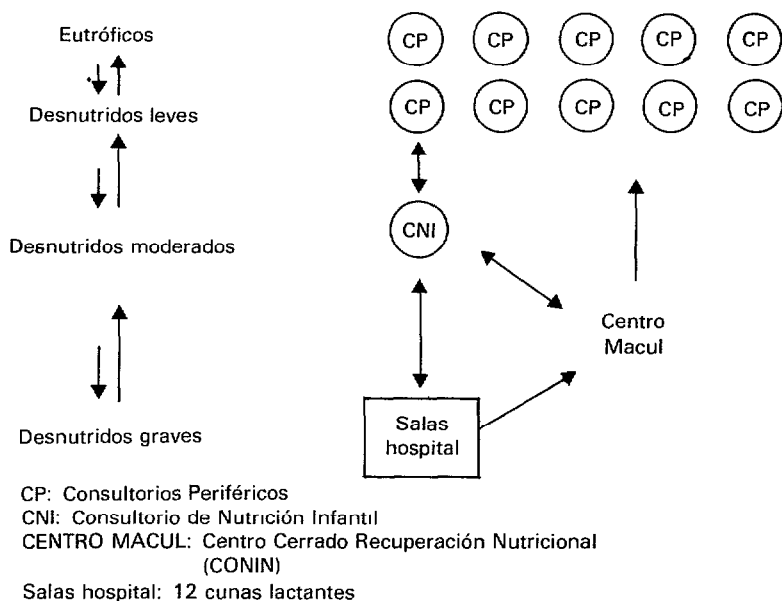
^b Por 1 000 nacidos vivos.

forma ambulatoria a los niños con desnutrición grave y, finalmente, están las salas de hospitalización para niños desnutridos avanzados y/o complicados. A lo anterior, se agrega el Centro Cerrado de Recuperación Nutricional Macul, dependiente de una corporación privada con apoyo estatal (CONIN), al que se derivan los niños no susceptibles de recuperación ambulatoria (figura 1).

El número de niños con desnutrición grave precoz que se encontraron para los seis meses estudiados, es relativamente importante. La información oficial del área para el mismo período, indicaba la existencia de 360 desnutridos de II grado menores de un año y 97 desnutridos de III grado menores de dos años, con un total de 457 niños. La diferencia en relación a los 490 de este estudio se debe, principalmente, al número de niños cuyo estado nutricional empeoró durante la hospitalización.

Una gran proporción de lactantes desnutridos graves se atendieron únicamente en los Consultorios Periféricos, aproximadamente 33% de los desnutridos de III grado y 66% de los menores de un año

FIGURA 1—Atención de niños desnutridos. Servicio de Salud Metropolitano del Area Sur Oriente, Santiago.



con desnutrición de II grado. Si se tiene en cuenta la dificultad que implica la recuperación de estos menores para los equipos de salud y que la minoría de ellos experimentó mejoría después de tres meses de control efectivo a ese nivel, se llega a la conclusión de que debe insistirse en la necesidad de derivar o coordinar el tratamiento de estos niños con centros de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica. Debe tenerse en cuenta, además, el acceso expedito desde el punto de vista geográfico y económico.

Es necesario destacar también la respuesta al tratamiento en el Consultorio de Nutrición Infantil en comparación a la que se observó en los Consultorios Periféricos. En estos la detección de los niños con desnutrición la realiza por lo general la enfermera universitaria, y el tratamiento y control posteriores los efectúa el profesional nutricionista, y el médico sólo interviene para tratamiento de patología asociada. En cambio, en el Consultorio de Nutrición Infantil, se otorga al niño una

atención integral, multiprofesional, y cada vez que acude un menor, este recibe la atención sucesiva de un médico pediatra, una enfermera, una nutricionista y una asistente social. En esta atención se realiza la evaluación del estado nutritivo y del desarrollo psicomotor, estimulación psicomotora, educación nutricional, prescripción dietética individual y tratamiento social, además del diagnóstico y tratamiento de patología intercurrente. Se pretende, además, lograr un cambio de actitud en la madre o persona que cuida al niño, de modo que la recuperación de este se produzca en su propio hogar, con resultados más permanentes.

Esta modalidad de trabajo para la recuperación de lactantes desnutridos graves puede desarrollarse más ampliamente en el país y, tal vez con el tiempo en otros países con una realidad semejante, ya que su costo es bajo (7) y es rara la posibilidad de recaída de estos niños después de seguimientos a mediano plazo (8, 9).

Una opción es hacer que estos menores

ingresen a Centros Cerrados de Recuperación Nutricional, toda vez que muchos de ellos no son susceptibles de tratamiento ambulatorio, por la situación deficitaria que prevalece en el hogar. Si bien la recuperación se logra con menor participación de la madre, lo que interesa sobre todo es evitar la muerte de los niños, para luego reintegrarlos a su medio en las mejores condiciones posibles. Importa aquí, de todas maneras, la educación del grupo familiar y el tratamiento social adecuado, a fin de disminuir las recaídas y prevenir la aparición de casos nuevos en otros niños (10). Así, la detección y tratamiento de niños desnutridos graves puede servir también como un medio para la planificación y el desarrollo de actividades intersectoriales en familias de extrema pobreza (11).

Otro aspecto relevante es la alta incidencia de prematuridad y malnutrición fetal en los niños con desnutrición grave. Mientras en el área del estudio, alrededor de un 10% de los niños presentaba bajo peso al nacer, en el grupo estudiado se constató prematuridad y/o malnutrición fetal en 26%. Aproximadamente la mitad de ellos correspondió a desnutridos intrauterinos en que la patología materna, incluida la nutricional, había sido un factor importante (12). Por otra parte, es indudable que el niño de bajo peso al nacer, con alto riesgo de morbimortalidad infantil (13-15) precisa atención médica especializada y cuidados esmerados en el hogar, lo que puede ser difícil lograr en estratos socioeconómicos bajos.

De lo anterior se deduce la importancia que tiene prevenir el bajo peso al nacer y proporcionar el tratamiento y control adecuados como medio para evitar la desnutrición infantil grave y, por consiguiente, prevenir la mortalidad del lactante y del preescolar. Es necesario definir normas para catalogar el estado nutricional de niños con antecedentes de bajo peso al nacer tomando en cuenta el grado de prematuridad hasta el primero o el segundo año de vida.

A lo anterior se agrega la necesidad de elaborar pautas de alimentación especiales para este grupo de niños, que incluyan la prescripción de fórmulas adecuadas, suplementación de hierro y otros oligoelementos dietéticos, vitaminas, etc. Por lo tanto, se plantea la necesidad de definir un subprograma para la atención de estos niños, que asigne claramente los recursos, responsabilidades y objetivos de cada nivel y permita una adecuada coordinación entre ellos.

Una tarea importante en el manejo de estos niños, tanto en el hospital como fuera de él, es la prevención y tratamiento de la patología infecciosa. Como es sabido el niño con desnutrición grave tiene profundas alteraciones inmunitarias, principalmente de su inmunidad celular, lo que favorece una mayor incidencia y gravedad de distintos tipos de infecciones, las que, a su vez, agravan la desnutrición (16). Junto a la aplicación oportuna de inmunizaciones al desnutrido grave, debe de manera rutinaria descartarse toda patología infecciosa subclínica y tratarse rápida y eficazmente cualquier infección. Ello exige la existencia y aplicación de pautas muy precisas para la acción de los equipos de salud.

En este estudio se observó, en general, una desnutrición generada intrahospitalariamente en parte del grupo de niños investigados. Si bien hay aspectos conocidos que explican esta situación, parece necesario profundizar más en la estructura, etiología y factores condicionantes de dicha desnutrición, a fin de corregir las deficiencias que se observan. Son necesarias de inmediato una vigilancia nutricional estricta, la aplicación de normas adecuadas de alimentación y estimulación psicomotora en el niño hospitalizado, así como medidas para perfeccionar el diagnóstico, tratamiento y control de la patología infecciosa, que deben ser la base para mejorar la función del hospital en la patología en estudio.

Resumen

Se estudiaron 490 lactantes que constituyeron el total de niños desnutridos graves diagnosticados en el Area Sur Oriente de Santiago, entre marzo y octubre de 1980. Se evaluó la adecuación del diagnóstico del estado nutricional según los niveles de atención y se encontraron algunas deficiencias por no haberse considerado en forma adecuada el peso y la edad gestacional al nacer. El antecedente de bajo peso al nacer se presentó en 26% de los niños

desnutridos, la mitad de ellos, aproximadamente, de pretérmino y la otra mitad constituida por recién nacidos pequeños para su edad gestacional. La hospitalización apareció como factor de importancia en el agravamiento de la desnutrición primaria en los niños que precisaron internarse. La respuesta al tratamiento ambulatorio de la desnutrición fue significativamente mejor en los lactantes atendidos en el Consultorio de Nutrición Infantil (73%) que en los Consultorios Periféricos (31%). ■

REFERENCIAS

1. Cruise, M. O. A longitudinal study of the growth of low birth weight infants. *Pediatrics* 51:620-628, 1973.
2. Fisberg, M., Alvear, J., Puentes, R. y Uauy, R. Treatment of moderate and severe malnutrition at the primary health care center. Resumen presentado en el XXII Congreso Brasileño de Pediatría, Recife, 1981.
3. Kaempfer, A. M. y Medina, E. La salud infantil en Chile durante la década del setenta. *Rev Chil Pediatr* 53(5):468-480, 1982.
4. Solimano, G. et al. Programa Nacional de Leche. *Cuad Med Soc* 13(4):10-23, 1972.
5. González, N. e Infante, A. Programas de alimentación complementaria del sector salud en Chile. *Bol Of Sanit Panam* 89(6):563-571, 1980.
6. Chile. Ministerio de Salud. Indicadores Biodemográficos, Chile, 1972-1981. Santiago, 1982.
7. Puentes, R., Isla, E. y Mejías, M. C. Desnutrición calórico proteica severa del lactante. Costo de recuperación con tratamiento ambulatorio. *Rev Chil Pediatr*, 1983. (En prensa.)
8. Puentes, R., Morales, R. e Isla, E. Desnutrición calórico proteica severa del lactante. Evaluación de actividades de recuperación. *Rev Chil Pediatr* 48:193-202, 1977.
9. Puentes, R., Ibañez, S., Isla, E. y Mejías, M. C. Desnutrición proteico calórica severa del lactante. *Bol Med Hosp Infant Mex* 36:701-710, 1979.
10. Riumalló, J. y Monckeberg, F. El Programa de Centros Cerrados de Recuperación Nutricional en Chile. *Rev Chil Nutr* 8:16, 1980. (Resumen.)
11. Monckeberg, F. *Crear para compartir. Compartir para seguir creando*. Santiago, Editorial Andrés Bello, 1980.
12. Osofsky, H. y O'Connell, E. Nutritional factors in pregnancy affecting fetal growth and subsequent infant development. In: Suskind, R. ed. *Pediatric Nutrition*. New York, Raven Press, 1981.
13. Chandra, R. K. Fetal malnutrition and postnatal immunocompetence. *Am J Dis Child* 129:450, 1975.
14. Muñoz, H. et al. Tendencias de la mortalidad perinatal por causas durante los últimos años en Chile. *Rev Chil Pediatr* 6:51-59, 1979.
15. Muñoz, H. et al. Sobrevida intrahospitalaria del recién nacido de 2 000 g o menos. *Rev Chil Pediatr* 49:219-227, 1978.
16. Chandra, R. K. Interaction of nutrition, infection and immune response. *Acta Paedriat Scand* 68:137-144, 1979.

Recovery of severely undernourished children in an area of Santiago, Chile (Summary)

From March to October 1980, 490 infants—the total population of children in the

southeast part of Santiago diagnosed as being severely undernourished—were examined.

Nutritional diagnosis was assessed in terms of levels of health care and some deficiencies, caused by the failure to take weight and gestational age at birth properly into account, were found. Low weight at birth was observed in the history of 26% of the undernourished children, approximately half of whom were preterminal and half newborn infants who

were small for their gestational age. Hospitalization itself appeared to be an important factor in worsening primary malnutrition in children who needed to be hospitalized. Response to outpatient treatment for malnutrition was significantly better in infants treated at the Child Nutrition Clinic (73%) at outlying clinics (31%).

Recuperação de bebês desnutridos em estado grave numa zona de Santiago, Chile (Resumo)

Estudaram-se 490 lactentes que constituíram o total de bebês desnutridos, em estado grave, diagnosticados na Área Sul-Oriente de Santiago, entre março e outubro de 1980. Avaliou-se a adequação do diagnóstico do estado nutricional de acordo com os níveis de atendimento e encontraram-se algumas deficiências porque não se tinha considerado de maneira adequada o peso e a idade-gestação ao nascer a criança. O antecedente de peso baixo ao nascer foi registrado em 26% das crianças desnutridas, sendo a metade

aproximadamente de bebês prematuros e a outra metade de recém-nascidos pequenos demais para sua idade gestatória. A hospitalização apareceu como fator de importância no agravamento da desnutrição primária nos bebês que precisaram ser internados. A resposta ao tratamento ambulatorio da desnutrição foi significativamente melhor nos lactentes atendidos no Consultório de Nutrição Infantil (73%) em comparação com os que foram atendidos nos Consultórios Periféricos (31%).

Récupération nutritionnelle d'enfants gravement sous-alimentés d'un quartier de Santiago (Résumé)

Cette étude a porté sur 490 nourissons, chiffre total de la population enfantine qui, de mars à octobre 1980, avait été jugée souffrir de sous-alimentation grave dans le quartier sud-est de Santiago. En évaluant l'exactitude du diagnostic établi sur l'état nutritionnel des patients selon les niveaux de soins de santé, on a décelé certaines déficiences attribuables au fait qu'il n'avait pas été suffisamment tenu compte du poids et de l'âge intra-utérin des sujets à la naissance. Vingt-six pour-cent des enfants sous-alimentés — dont près de la moitié étaient des prématurés et l'autre moitié des

bebês de petite taille pour la durée de leur vie intra-utérine — accusaient insuffisance pondérale à la naissance. Il est également apparu que l'hospitalisation avait sensiblement aggravé la dénutrition primaire chez les enfants qu'il avait fallu traiter. Enfin, on a constaté que le traitement ambulatoire de la sous-alimentation a donné de bien meilleurs résultats pour les nourissons soignés au Ambulatoire de nutrition infantile (73%) que pour ceux qui ont été traités dans les Ambulatoires périphériques (31%).