

**Prevalencia de la desnutrición crónica infantil en la comunidad de Pasa, Tungurahua.
Prevalence of chronic childhood malnutrition in the community of Pasa, Tungurahua**

Alexandra Acurio Ruiz *, Recalde Navarrete Ricardo **

*Universidad Técnica de Ambato, Medicina. Ambato, Ecuador. jacurio9973@uta.edu.ec. ORCID:
<https://orcid.org/0009-0007-8571-0333>

**Universidad Técnica de Ambato, Medicina. Ambato, Ecuador. Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines- GRAAL. Barcelona, España, nodo Ecuador. rj.recalde@uta.edu.ec , ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5896-605X>

jacurio9973@uta.edu.ec

Recibido: 5 de mayo del 2025

Revisado: 17 de julio del 2025

Aceptado: 20 de septiembre del 2025

Resumen.

Introducción: La desnutrición crónica infantil (DCI) es un problema de salud pública global (22%) y en América Latina afecta el crecimiento y desarrollo a más de 12 millones de niños menores de cinco años. Según la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2022–2023, la prevalencia de DCI fue del 17,5%, alcanzando un 27% en la provincia de Tungurahua-Ecuador. Objetivo: Determinar la prevalencia de los niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica infantil y sus factores asociados. Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en una comunidad altoandina del Ecuador. Se utilizaron datos secundarios de una base elaborada por un proyecto académico local, recopilados entre septiembre de 2024 y febrero de 2025. Se incluyeron variables antropométricas, demográficas, socioeconómicas y alimentarias. Resultados: De una muestra de 29 niños indígenas menores de 5 años se encontró que el 27,6% presentó DCI y el 31,0% en riesgo de desarrollarla. Al aplicar las pruebas estadísticas no se hallaron asociaciones significativas entre estado nutricional y variables como sexo, número de comidas, etnia o dieta autodeclarada. Conclusiones: A pesar de ser una muestra pequeña y los resultados no se puede inferir a otras poblaciones, si nos alertan que en la comunidad estudiada la prevalencia encontrada es más alta que las reportadas a nivel global y en ENDI; y los determinantes del estado nutricional fueron multifactoriales.

Palabras clave: malnutrición, preescolar, conducta alimentaria, salud pública.

Abstract

Introduction: Chronic child malnutrition (CCM) is a global public health issue (22%) and affects the growth and development of more than 12 million children under the age of five in Latin America. According to the 2022–2023 National Child Malnutrition Survey (ENDI), the prevalence of CCM was 17.5%, reaching 27% in the province of Tungurahua, Ecuador. Objective: To determine the prevalence of chronic child malnutrition in children under five years of age and its associated factors. Methods: An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted in a high Andean community of Ecuador. Secondary data from a local academic project were used, collected between September 2024 and February 2025. Anthropometric, demographic, socioeconomic, and dietary variables were included. Results: In a sample of 29 indigenous children under the age of five, 27.6% were found to have CCM and 31.0% were at risk of developing it. Statistical tests showed no significant associations between nutritional status and variables such as sex, number of meals, ethnicity, or self-reported diet. Conclusions: Although the sample size was small and the results cannot be generalized to other populations, they raise concern as the prevalence found in the studied community is higher than those reported globally and in ENDI. Furthermore, the determinants of nutritional status were multifactorial.

Keywords: growth disorders, preschool, feeding behavior, public health.

Introducción.

La desnutrición crónica infantil (DCI) constituye uno de los principales problemas de salud pública global, afectando de forma crítica el crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años; la etapa que comprende desde la gestación hasta los dos años de vida conocida como los primeros 1000 días, así como el período de la primera infancia (de los 2 a los 5 años), se reconoce como una ventana de oportunidad crucial para establecer las bases del desarrollo físico, cognitivo e inmunológico (1,2).

La comprensión de la desnutrición infantil requiere una aproximación integral al concepto de malnutrición, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades fisiológicas del organismo para crecer y funcionar adecuadamente (3). Este término engloba tanto la desnutrición asociada a deficiencias nutricionales como la sobrenutrición, vinculada al consumo excesivo de energía y nutrientes, que puede resultar en sobrepeso y obesidad (3,4).

La OMS define la desnutrición infantil como un estado de déficit proteico-calórico prolongado, producto de una ingesta insuficiente de macronutrientes y micronutrientes esenciales. Esta condición altera el metabolismo corporal, comprometiendo el crecimiento y aumentando el riesgo de enfermedades infecciosas, morbilidad y mortalidad infantil (5,6).

La desnutrición infantil puede manifestarse en dos formas: aguda y crónica. La desnutrición aguda se caracteriza reducción en la ganancia de peso, sin embargo, la velocidad de crecimiento se encuentra dentro de rangos normales; es decir un peso bajo en relación con la talla (P/T): moderada -2 y -3 desviaciones estándar (DE) y severa menores -3 DE. Por otro lado, la desnutrición crónica (DC) se desarrolla de forma progresiva y sostenida, reflejándose en una estatura (T) menor a la adecuada para la edad (E) del niño. Es decir, disminución de la relación T/E (DC -2 y -3; DCS menor -3), mientras que el IMC puede estar en rangos normales. Está asociada a deficiencias nutricionales persistentes y es difícil de revertir, afectando el crecimiento y desarrollo a largo plazo (1).

Se estima que 22% de los niños en el mundo presentan DCI, con mayor prevalencia en regiones de pobreza estructural (3,4,5,9). En América Latina y el Caribe con un 12%, equivalente a más de 12 millones de menores (6,7,8,9).

En el ámbito nacional, los datos son igualmente preocupantes: en México, la ENSANUT 2020–2023 reporta 13.9% de baja talla en menores de cinco años con mayor incidencia en zonas rurales (16.9%) en comparación con áreas urbanas (12.8%) (10). En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública reportea una prevalencia de DCI es del 17.5% (11,12), con disparidades significativas según el territorio. En Tungurahua, la tasa asciende al 27%, muy por encima de la media nacional (11,13).

Estos indicadores reflejan que la DCI en Ecuador está influenciada por un conjunto de factores interrelacionados que incluyen las condiciones socioeconómicas del hogar, el nivel educativo y edad materna, el bajo peso al nacer y la interrupción temprana de la lactancia materna (14).

Ecuador ha implementado estrategias intersectoriales como “Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil” (15), programas de alimentación escolar fortificada (17,18) y proyectos del Programa Mundial de Alimentos (2023) con resultados positivos en entornos rurales (19). No obstante, los avances son insuficientes para revertir la tendencia.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de los niños menores de cinco años que presentan desnutrición crónica infantil de una Institución Educativa de Pasa en la provincia de Tungurahua y analizar los factores asociados para establecer recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio dirigidas a prevenir la desnutrición infantil.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal para determinar la prevalencia de DCI y factores asociados. El diseño transversal permitió caracterizar el estado nutricional de los niños en un momento específico, a partir de variables clínicas,

socioeconómicas y ambientales, sin intervención directa (1).

Población y muestra

La población estuvo conformada por niños de una institución educativa de Pasa (Tungurahua) con registros completos. Se incluyeron menores de hasta 5 años, excluyendo registros incompletos. La muestra final fue de 29 niños de un total de 40, seleccionados por tener información completa en la base de datos.

Fuentes y técnicas de recolección de datos

Los datos provinieron del proyecto “4.2.- Promoción en salud y prevención de desnutrición

en grupos vulnerables de niños y adolescentes de la Unidad Educativa de Pasa, Provincia de Tungurahua” recolectados por la Universidad Técnica de Ambato (UTA), entre septiembre 2024 y febrero 2025 y sistematizados en Excel 2019.

Procesamiento y análisis de datos

La base fue depurada y se calcularon indicadores como Z-score talla/edad ($DCI = Z < -2 DE$). Se aplicaron estadísticas descriptivas (medias, frecuencias, porcentajes) e inferenciales, con nivel de significancia del 5%, reportando valores de p cuando correspondió.

Tabla 1 Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Categorías / Valores
Edad	Tiempo de vida del niño desde el nacimiento.	Edad registrada en la historia clínica.	Cuantitativa	Razón	En meses o años (según el caso).
Sexo	Condición biológica del niño (masculino o femenino).	Registrado en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Masculino / Femenino
Peso	Masa corporal del niño.	Peso registrado en kilogramos.	Cuantitativa	Razón	Valor numérico en kg.
Talla	Longitud del cuerpo del niño.	Talla registrada en centímetros.	Cuantitativa	Razón	Valor numérico en cm.
Estado nutricional	Estado físico relacionado con la disponibilidad de nutrientes adecuados.	Se determina mediante el indicador talla/edad Z-score (según OMS).	Cualitativa	Ordinal	Normal ($\geq -2 DE$) / Desnutrición crónica ($< -2 DE$)

Etnia	Pertenencia del niño a un grupo étnico determinado.	Registrado en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Indígena / Mestizo / Otro
Número de comidas al día	Cantidad de veces que el niño consume alimentos en un día.	Reportado por la madre/cuidador y registrado en la historia clínica.	Cuantitativa	Razón	1 / 2 / 3 / 4 o más
Tipo de alimentación	Forma o patrón alimenticio del niño.	Clasificada según lo registrado en historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Lactancia materna exclusiva / Mixta / Complementaria / Familiar

Fuente: Elaboración propia

Consideraciones éticas

Este proyecto se encuentra anclado a uno de mayor alcance que ha sido desarrollado por la Dirección de Vinculación con la Sociedad de la Universidad Técnica de Ambato (DIVISO), mismo ente que autoriza el uso de información del proyecto 4.2. “Promoción en salud y prevención de desnutrición en grupos vulnerables de niños y adolescentes de la Unidad Educativa Pasa, Provincia de Tungurahua” en el documento Oficio Nro. UTA-DIVISO-2025-0023-O. También cuenta con la certificación y acreditación del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Ambato (CEISH-UTA) para la toma de datos y la divulgación de resultados, bajo el código COD.071-CEISH-UTA-2025, documentos que reposan en el mismo comité. Los datos fueron anonimizados por la DIVISO para proteger la confidencialidad de los participantes. La investigación se realizó conforme a la normativa nacional (Art. 26), que garantiza el derecho de los niños a la alimentación, salud, educación y condiciones de vida adecuadas.

Resultados

Análisis demográfico y antropométrico

En la Tabla 2, evidencia que se incluyó un total de 29 niños, de los cuales 17 (58.6%) fueron varones y 12 (41.4%) mujeres, con una ligera predominancia masculina. La edad promedio fue de 4.48 años, correspondiente al grupo preescolar. En las mediciones antropométricas, la talla varió entre 91 y 122 cm, con un promedio de 101.82 cm y mediana de 100 cm, mientras que el peso osciló entre 13.5 y 25 kg, con promedio de 18.08 kg y mediana de 18 kg. Estos datos evidencian una población homogénea y representativa del grupo etario, adecuada para el análisis del estudio.

Tabla 2 Análisis demográfico y antropométrico en niños menores de cinco años

Variable	Total (n=29)	Varones (n=17)	Mujeres (n=12)
Sexo	29 (100%)	17 (58.6%)	12 (41.4%)
Edad (años)	Promedio: 4.48	–	–
Talla (cm)	Rango: 91–122	Prom: 101.82	Mediana: 100
Peso (kg)	Rango: 13.5–25	Prom: 18.08	Mediana: 18

Nota: Proyecto “4.2.- Promoción en salud y prevención de desnutrición en grupos vulnerables

de niños y adolescentes de la Unidad Educativa de Pasa, Provincia de Tungurahua” de la UTA

Fuente: Elaboración Propia

Prevalencia de DCI

En la Tabla 3, se muestra que 12 niños (41.4%) presentaron un peso adecuado ($Z=0$), mientras que 16 (55.1%) mostraron algún grado de déficit ponderal: 9 en $Z=-1$ (31%), 6 en $Z=-2$ (20.7%) y 1 en $Z=-3$ (3.4%). Solo un niño (3.4%) presentó $Z=+2$, correspondiente a sobrepeso leve. El Gráfico 1 confirma esta distribución: 12 niños (41.4%) fueron clasificados como normales, 9 (31%) en riesgo de DCI, y 8 (27.6%) con DC establecida. Existe una correspondencia clara entre los puntajes Z negativos y las categorías de riesgo o DCI. En conjunto, el 58.6% de los niños presenta riesgo o presencia de DC, lo que constituye un hallazgo epidemiológico significativo que justifica intervenciones nutricionales y de salud pública.

Tabla 3 Prevalencia de DCI en niños menores de cinco años

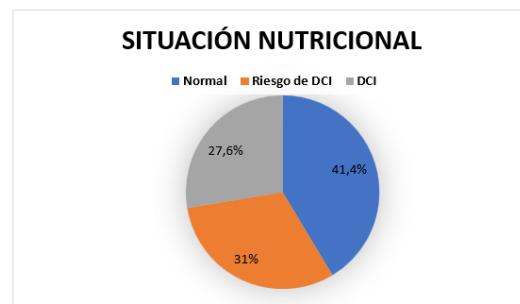
Categoría	Frecuencia	% aproximado
Curva de peso (puntaje Z)		
$Z = 0$	12	41.4%
$Z = -1$	9	31.0%
$Z = -2$	6	20.7%
$Z = -3$	1	3.4%
$Z = +1$	0	0%
$Z = +2$	1	3.4%
$Z = +3$	0	0%
Estado nutricional		
Normal	12	41.4%
En riesgo de DCI	9	31.0%

DCI	8	27.6%
-----	---	-------

Nota: Proyecto “4.2.- Promoción en salud y prevención de desnutrición en grupos vulnerables de niños y adolescentes de la Unidad Educativa de Pasa, Provincia de Tungurahua” de la UTA

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 1 Prevalencia de DCI en niños menores de cinco años



Nota: Proyecto “4.2.- Promoción en salud y prevención de desnutrición en grupos vulnerables de niños y adolescentes de la Unidad Educativa de Pasa, Provincia de Tungurahua” de la UTA

Fuente: Elaboración Propia

La Tabla 4 presenta un análisis integral del estado nutricional de los 29 niños según variables como dieta, etnia, sexo y número de comidas.

- Dieta: De los 12 niños con peso normal, 9 (31%) tienen una dieta adecuada. En el grupo en riesgo, 6 de 9 niños (20.7%) también presentan dieta adecuada. Entre los 7 con DCI, 5 (17.2%) tienen dieta adecuada, al igual que el único caso de DCS (3.4%). Esto indica que, si bien una dieta adecuada se asocia con mejor estado nutricional, no es el único factor determinante.
- Etnia: La mayoría son mestizos (24), entre los cuales se concentran todos los casos de riesgo nutricional, DCI y DCS. Solo 5 niños son indígenas, todos con peso normal, lo que sugiere

una subrepresentación o posible diferencia en acceso o distribución poblacional.

- Sexo: Los varones predominan en la categoría de peso normal (27.6%), mientras que las niñas tienen mayor presencia en el grupo con DCI (13.8%), lo que plantea posibles diferencias de género en el estado nutricional.
- Número de comidas: El consumo de 5 comidas diarias es más frecuente entre los niños con peso normal (20.7%), mientras que quienes presentan DCS o riesgo consumen mayormente solo 3 comidas al día, lo cual sugiere que la frecuencia alimentaria es un factor asociado al estado nutricional.

En el cual se refleja que la dieta adecuada tiende a relacionarse con un mejor estado nutricional, aunque no garantiza protección total frente a la desnutrición, lo que implica la necesidad de evaluar otros factores como calidad alimentaria, entorno familiar y condiciones de salud. La mayor prevalencia de desnutrición en la población mestiza y entre las niñas sugiere la necesidad de intervenciones con enfoque étnico y de género. Finalmente, la frecuencia de comidas parece tener un impacto relevante, lo que destaca la importancia de promover no solo la calidad sino también la regularidad en la alimentación infantil.

Tabla 4 Análisis multifactorial de DCI en niños menores de cinco años

		Tipo de dieta			
Curva peso	Adecuada	Inadecuada	Total	% Adecuada	% Inadecuada
Normal	9	3	12	31.0%	10.3%
Riesgo DCI	6	3	9	20.7%	10.3%
DCI	5	2	7	17.2%	6.9%
DCS	1	0	1	3.4%	0.0%
Tipo de dieta					
Etnia	Adecuada	Inadecuada	Total	% Adecuada	% Inadecuada
Indígena	3	2	5	10.3%	6.9%
Mestizo	18	6	24	62.1%	20.7%
Etnia					
Curva peso	Indígena	Mestizo	Total	% Indígena	% Mestizo
Normal	5	7	12	17.2%	24.1%
Riesgo DCI	0	9	9	0.0%	31.0%
DCI	0	7	7	0.0%	24.1%
DCS	0	1	1	0.0%	3.4%
Sexo					
Curva peso	Masculino	Femenino	Total	% Masculino	% Femenino
Normal	8	4	12	27.6%	13.8%
Riesgo DCI	5	4	9	17.2%	13.8%
DCI	3	4	7	10.3%	13.8%
DCS	1	0	1	3.4%	0.0%

Curva peso	Número de comidas						
	3	4	5	Total	3%	4%	5%
Normal	4	2	6	12	13.8%	6.9%	20.7%
Riesgo DCI	5	2	2	9	17.2%	6.9%	6.9%
DCI	1	4	2	7	3.4%	13.8%	6.9%
DCS	1	0	0	1	3.4%	0.0%	0.0%

Nota: Proyecto “4.2.- Promoción en salud y prevención de desnutrición en grupos vulnerables de niños y adolescentes de la Unidad Educativa de Pasa, Provincia de Tungurahua” de la UTA

Fuente: Elaboración Propia

Discusion

Los resultados del estudio revelan un panorama nutricional preocupante en la población infantil evaluada, compuesta principalmente por niños en edad preescolar (edad media: 4.48 años) y con ligera predominancia masculina (58.6%). Aunque la distribución por sexo es equilibrada, se observan diferencias en los patrones nutricionales entre varones y niñas. Un 58.6% de los participantes presentó algún grado de afectación nutricional: 27.6% con DCI y 31.0% en riesgo de desarrollarla, superando los criterios de la OMS para considerar esta situación como un problema de salud pública (20).

Caballero, en el 2021, menciona que la proporción de niños con afectación nutricional en esta muestra es alarmantemente elevada, comparando con Paraguay (8.8%), Guatemala (54%) y Argentina (41%). Asimismo, Urrutia et al., en 2021, y Medina et al., en 2020, señalan que la pobreza no siempre se traduce linealmente en desnutrición, lo que resalta el carácter multifactorial de este problema, influenciado por la calidad de la dieta, el acceso a servicios de salud, la educación nutricional y las desigualdades estructurales.

En el contexto europeo, Martínez Costa et al. evaluaron la desnutrición en niños hospitalizados en España, encontrando prevalencias variables de desnutrición aguda (4% a 29%) y crónica (hasta un 17%). En situaciones de alto riesgo nutricional, como en presencia de tumores sólidos, las cifras pueden superar el 50%. El estudio DHOSPE, desarrollado por la SEGHNP en 2013, reportó una prevalencia de desnutrición aguda moderada o grave del 7.8% (29).

En contraste, datos provenientes de Estados Unidos reflejan un perfil epidemiológico menos grave. Según Larson et al. (2020) la prevalencia de desnutrición leve fue de 10.9%, moderada del 2.0% y severa del 0.4%. La mayoría de los niños (89.8% entre 6 y 13 años) no presentaron signos de desnutrición. Este escenario, más favorable que el de Latinoamérica, se explica parcialmente por la presencia de programas sociales robustos y políticas de seguridad alimentaria, donde los factores determinantes incluyen inseguridad alimentaria intermitente, enfermedades crónicas y condiciones específicas, no siempre asociadas directamente a la pobreza estructural (30).

Rachen et al., en su estudio de 2023, menciona que en Colombia los principales factores de riesgo asociados a la desnutrición infantil son la pobreza (55.5%) y el desempleo (51.4%), destacando el peso de los determinantes estructurales. Por su parte, Urrutia et al., en 2021, señalan que en Perú predominan condicionantes biomédicos como la anemia y enfermedades preexistentes, especialmente en niños y adultos mayores. Asimismo, Rivera et al., en 2024, y Fernández et al., en 2022, mencionan que en México y Cuba las dinámicas familiares como familias numerosas y bajo peso al nacer constituyen factores clave, con impactos del 17.6% y 26.67%, respectivamente.

Kreider et al., en 2009, y Guan et al., en 2022, mencionan que en Estados Unidos, los bajos índices de desnutrición infantil se asocian a programas nutricionales como SNAP y WIC, los cuales han demostrado reducir el riesgo de bajo peso e inseguridad alimentaria y mejorar la calidad dietética, mientras que Kenney et al., en 2020, y Crespo-Bellido et al., en 2024, mencionan que políticas como la Healthy Hunger-Free Kids Act y las intervenciones digitales han promovido hábitos

alimentarios saludables y mejorado los indicadores de nutrición.

Impacto de la desnutrición en la salud de los niños

López et al en el 2020 mencionan que la malnutrición infantil aumenta la susceptibilidad a enfermedades infecciosas, y que los niños con deficiencia nutricional tienen hasta un 30 % más de probabilidades de desarrollar infecciones recurrentes debido a una respuesta inmune disminuida, lo que agrava su estado de salud y retrasa la recuperación nutricional, de igual manera, Kalu et al en el 2021 reportaron que niños con DCI presentan tasas más altas de hospitalización por enfermedades respiratorias y gastrointestinales en comparación con aquellos con estado nutricional adecuado, lo que evidencia la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo integral de la desnutrición infantil.

Impacto de la desnutrición en el rendimiento educativo de los niños

La DCI produce alteraciones en las secuencias normales de maduración cerebral y en la formación de los circuitos neuronales esenciales. Como consecuencia, se ve comprometido el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje, generando limitaciones que pueden tener repercusiones duraderas en el rendimiento académico infantil. Zerga et al, en el 2022 reportó que la insuficiencia ponderal asociada a esta condición puede reducir hasta en un 68% el desempeño escolar de los niños. Ekholuenetale et al, por su parte, indicó que los niños con DCI mostraron una reducción del 7% en el desarrollo cognitivo óptimo en comparación con aquellos que no presentan retraso en el crecimiento, después de ajustar por factores de confusión.

Implicaciones para la política y la práctica

Existe una necesidad urgente de fortalecer políticas públicas contra la desnutrición infantil, sobre todo en comunidades vulnerables. Se propone un enfoque multisectorial con programas de alimentación escolar, controles nutricionales, educación alimentaria, herramientas digitales y carnets nutricionales, integrando salud, educación y políticas alimentarias para mejorar el entorno socioeconómico.

Conclusión

La presente investigación determinó que la prevalencia de DCI en la población estudiada, perteneciente a una Institución Educativa del cantón Pasa (provincia de Tungurahua), alcanza el 27.6%, a lo que se suma un 31.0% de niños en riesgo de desarrollarla. En conjunto, un alarmante 58.6% de los menores evaluados presentan algún grado de afectación nutricional, cifra que no solo supera el umbral del 15% establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para catalogar esta condición como un problema de salud pública, sino que también excede las tasas reportadas en la mayoría de los países latinoamericanos, incluidos aquellos con contextos críticos como Guatemala (54%).

El análisis de estado nutricional evidenció que, si bien el 41.4% de los niños se encuentra dentro de parámetros adecuados de peso para la edad, la mayoría se ubica en categorías de riesgo nutricional o DCI, posicionando a esta población como una prioridad para estrategias de intervención en salud pública.

El número de comidas diarias, el sexo y la dieta autodeclarada no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la condición nutricional ($p > 0.05$) lo que sugiere que la desnutrición corresponde a una interacción compleja de determinantes biológicos, dietéticos, sociales y ambientales, más allá de la simple frecuencia alimentaria.

Particularmente relevante fue la observación respecto a los niños indígenas, quienes, a pesar de presentar una menor prevalencia de bajo peso en comparación con sus pares mestizos, reportaron una mayor proporción de dieta inadecuada (40% vs. 25%). Esta aparente paradoja podría reflejar diferencias culturales en las prácticas alimentarias, desigualdades en el acceso a alimentos de calidad, o la presencia de factores protectores no contemplados en la encuesta nutricional.

Los resultados de este estudio nos llevan a plantear una serie de recomendaciones y/o estrategias integrales para mejorar la nutrición infantil, incluyendo la implementación de un carnet nutricional codificado por colores (verde: normal, amarillo: riesgo, rojo: DCI), para facilitar la detección temprana y el seguimiento

individualizado del estado nutricional en niños menores de cinco años. Este instrumento puede ser integrado con la historia clínica electrónica en los centros de salud rurales, fortaleciendo la interoperabilidad entre el Ministerio de Salud Pública (MSP) y los servicios educativos, dietas personalizadas basadas en alimentos nativos junto con la cooperación de profesionales en el campo nutricional; y el fortalecimiento de programas de alimentación escolar con énfasis en calidad nutricional. Esta acción puede articularse con Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, que prioriza una alimentación saludable en la primera infancia.

Se recomienda el uso de plataformas digitales que incluyan recetarios con productos nativos de la zona, accesibles para madres y familias de los menores. Asimismo, se plantean cribados nutricionales periódicos y un enfoque multidimensional que combine atención médica y social, abordando enfermedades subyacentes y articulando servicios de salud, educación y apoyo comunitario. Se sugiere además una educación nutricional diferenciada, con participación de la comunidad, y adaptación de programas internacionales como SNAP y WIC al contexto local. Esto permitiría mecanismos de apoyo directo, como transferencias monetarias condicionadas, paquetes alimentarios y asesoría especializada para madres gestantes y lactantes. Dichas medidas pueden articularse con programas nacionales, como el Bono de Desarrollo Humano, vinculado al cumplimiento de controles prenatales y nutricionales infantiles. De esta forma, se fortalece el programa Ecuador Crece Sin Desnutrición, que prioriza el cuidado durante el primer ciclo de vida.

Todas estas acciones deben complementarse con un sistema de monitoreo y evaluación continuo de indicadores nutricionales por los profesionales de salud, mediante la verificación directa de la administración de suplementos vitamínicos que reciben los niños, por parte del esquema para combatir la DCI, a fin de asegurar la eficacia y sostenibilidad de las políticas.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de esta investigación

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Referencias

1. Salehi P, Clark M, Pinzon J, Patil A. Sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Am J Emerg Med [Internet]. 2022 Feb 1;52:267.e1-267.e3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334283/>
2. Puoti G, Bizzi A, Forloni G, Safar JG, Tagliavini F, Gambetti P. Sporadic human prion diseases: molecular insights and diagnosis. Lancet Neurol [Internet]. 2012;11(7):618–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22710755/>
3. Tee B, Geschwind M. Prion Diseases [Internet]. Eighth Edition. Bradley and Daroff's Neurology in Clinical Practice, 2-Volume Set. Elsevier Inc.; 2021. 1430–1451 p. Available from: https://journals.lww.com/continuum/abstract/2015/12000/prion_diseases.11.aspx
4. Ironside J. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [Internet]. Vol. 6, Brain pathology (Zurich, Switzerland). Switzerland; 2009. 379–388 p. Available from: <https://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1209.pdf>
5. Gambetti P, Kong Q, Zou W, Parchi P, Chen SG. Sporadic and familial CJD: classification and characterisation. Br Med Bull [Internet]. 2003 [cited 2025 Feb 25];66:213–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14522861/>
6. Brennecke N, Cali I, Mok TH, Speedy H, Consortium GER, Hosszu LLP, et al. Characterization of Prion Disease Associated with a Two-Octapeptide Repeat Insertion. Viruses [Internet]. 2021 Sep 1;13(9):1794. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8473248/>
7. Gambetti P, Kong Q, Zou W, Parchi P, Chen SG. Sporadic and familial CJD: Classification and characterisation. Br Med Bull [Internet]. 2003;66:213–39. Available from: <https://academic.oup.com/bmb/articleabstract/66/1/213/284818?redirectedFrom=PDF>

8. Haywood AM. Transmissible spongiform encephalopathies. Epstein FH, editor. N Engl J Med [Internet]. 1997 Dec 18 [cited 2025 Feb 25];337(25):1821–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9400041/>
9. Hermann P, Appleby B, Brandel JP, Caughey B, Collins S, Geschwind MD, et al. Biomarkers and diagnostic guidelines for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Lancet Neurol [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2025 Feb 25];20(3):235–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33609480/>
10. World Health Organization. Cuidados paliativos [Internet]. 2023. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/factsheets/item/palliative-care>
11. Klotz DM, Penfold RS. Low mood, visual hallucinations, and falls - heralding the onset of rapidly progressive probable sporadic Creutzfeldt-Jakob disease in a 73-year old: a case report. J Med Case Rep [Internet]. 2018 May 8 [cited 2025 Feb 25];12(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29734943/>
12. Krasnianski A, Bohling GT, Heinemann U, Varges D, Meissner B, Schulz-Schaeffer WJ, et al. Neuropsychological Symptoms in Sporadic Creutzfeldt-Jakob Disease Patients in Germany. Journal of Alzheimer's Disease [Internet]. 2017 Jul 3;59(1):329–37. Available from: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/JAD-161129>
13. Rabinovici GD, Wang PN, Levin J, Cook L, Pravdin M, Davis J, et al. First symptom in sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Neurology [Internet]. 2006 Jan;66(2):286–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16434680/>
14. Nafría Jiménez B, Garrido Chécoles A, Moreno Izco F. Utilidad clínica de la proteína tau total y la ratio con su fracción fosforilada en el diagnóstico de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Revista de Medicina de Laboratorio, ISSN 2660-7484, ISSN-e 2660-7638, Vol 4, No 1, 2023, págs 4-11 [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 25];4(1):4–11. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8945334&info=resumen&idioma=ENG>
15. World Health Organization. WHO manual for surveillance of human transmissible spongiform encephalopathies including variant Creutzfeldt-Jakob disease. WHO manual for surveillance of human transmissible spongiform encephalopathies [Internet]. 2003;105. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/42656>
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuidados Paliativos Guía Práctica Clínica [Internet]. Quito; 2014. Available from: <http://msp.gob.ec>
17. Comisión Nacional de Bioética en Salud. Voluntad vital anticipada [Internet]. Quito: Ediciones Camilianas; 2016. Available from: <https://www.salud.gob.ec>
18. Daniel ME, Derby MR, Pedro Ruymán BB, Martín RÁ, Alfonso Miguel GH, Martínez-Esquivel D, et al. Continuidad de vínculos, hombres y mujeres en duelo por un ser querido: un análisis secundario. Revista Cuidarte [Internet]. 2023 Nov 29 [cited 2025 Feb 26];14(3). Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3039/2898>
19. García AMA, Vargas-Escobar LM, Arias-Rojas M, Avendaño-Vásquez CJ, Consuegra-Pareja CA. Ansiedad, depresión y calidad de vida en cuidadores de pacientes con cáncer en cuidado paliativo. Revista Cuidarte [Internet]. 2025 Feb 25 [cited 2025 Feb 26];16(1). Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3670/3312>
20. María A, Velasco O. El duelo anticipatorio del anciano como paciente terminal. Revista de Trabajo Social [Internet]. 1998 [cited 2025 Feb 25];1. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/42800>
21. Celaya JV. Duelo anticipado en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias [Internet]. [Barcelona]: Universidad de Barcelona; 2017. Available from: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/461798/JVC_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Alarcón F, Salinas R, Rábano A. Enfermedad de Creutzfeldt Jakob Esporádico: Presentación del Primer Caso Clínico - Patológico

en Ecuador. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2009;18(3). Available from: https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/enfermedad-de-creutzfeldt-jakob-esporadicopresentacion-del-primer-caso-clinico-patologico-en-ecuador/