

**HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL  
"OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA".  
HOLGUIN.**

## **DESNUTRICION ENERGETICA NUTRIMENTAL EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS.**

*Dra. Kenia Morales Rosales<sup>1</sup>, Dr. Rodrigo E. Mallo Cerdón<sup>2</sup>, Dra. Lisett Selva Suárez<sup>3</sup>, Dr. Osvaldo Segura Sardiñas<sup>4</sup>, Dra. Lisette Dorzán Rodríguez<sup>5</sup>, Dra. Malvis Nordet Torres<sup>6</sup>.*

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio en el Hospital Pediátrico Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", de la provincia de Holguín, durante el periodo de tiempo que comprendió el primer semestre de 2004 con el objetivo de describir el comportamiento de la desnutrición energética nutrimental (DEN) en pacientes menores de 15 años ingresados en este centro docente-asistencial. Se encontró que la DEN es una afección que se presenta con frecuencia sobre todo en los menores de un año, del sexo femenino, de forma leve, con presencia de anemia. Se emiten conclusiones y recomendaciones.

**Palabras clave:** **DESNUTRICION PROTEICO-ENERGETICA; NUTRICION DEL NIÑO.**

### **INTRODUCCION**

El estado nutricional es el resultado de un grupo de factores interactuantes: la disponibilidad y accesibilidad de alimentos, los hábitos de consumo y las enfermedades que pueden interferir en cualquier momento del proceso que transcurre desde la ingestión del alimento hasta su digestión y absorción. Dicho de

---

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Pediatría.*

<sup>3</sup> *Especialista de II Grado en Nutrición. Profesor Auxiliar.*

<sup>4</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Bioestadística. Instructor.*

<sup>5</sup> *Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.*

<sup>6</sup> *Especialista de I Grado en MGI.*

otra manera, en los trastornos nutricionales están presentes factores socioeconómicos, culturales y biológicos.

La alimentación durante la niñez tiene un extraordinario interés por el rápido crecimiento y desarrollo en esta etapa; una alimentación inadecuada, no sólo conduce a trastornos de la nutrición a corto o mediano plazo, como: desnutrición proteico-energética, afecciones carenciales específicas de vitaminas y minerales, sino que pueden ser causas de afecciones que repercuten en la adolescencia y la adultez.<sup>1</sup>

La nutrición constituye la base del desarrollo y de la reproducción de los seres vivos, por lo que cualquier actividad puede ser obstaculizada si la alimentación es insuficiente.<sup>2</sup>

Para satisfacer las necesidades nutricionales de los seres humanos es necesario producir alimentos en cantidad y calidad adecuada, comercializarlos y transportarlos, garantizando una adecuada accesibilidad. La ingestión suficiente de energía y nutrientes mediante una dieta variada contribuye a alcanzar un adecuado estado de salud y favorece el desarrollo intelectual del hombre.<sup>2</sup>

En la Cumbre Mundial de Alimentación, celebrada en Roma en 1998, se planteó que el 20 % de la población de los países subdesarrollados (840 millones de personas) están subalimentados y que los problemas nutricionales de los niños constituyen la razón de más de la mitad de las muertes infantiles en estos países.<sup>3</sup>

La nutrición en América Latina ha sufrido un deterioro apreciable debido fundamentalmente a las diferencias estructurales interregionales, las acciones socioeconómicas, culturales, de estilo de vida, ecología y clima; además, por el proceso de urbanización que repercute en los hábitos de vida y en la alimentación de la población del continente. En casi todos estos países del área persisten altas tasas de desnutrición que afectan significativamente el desarrollo físico, funcional, social e intelectual de los niños.<sup>4</sup>

Entre los países latinoamericanos, Costa Rica, Chile y Cuba son los que presentan indicadores de salud más favorables. En Cuba, la disponibilidad de alimentos presentó un aumento paulatino desde 1960 a 1989. La energía aumentó en el 11% y las proteínas en el 33% y sus porcentajes de adecuación estaban dentro de límites normales.<sup>5-7</sup>

En estudio consultado se ha abordado la relación entre alimentación, nutrición y aprendizaje y ha demostrado que el hambre a corto plazo afecta la función cognitiva de los escolares.<sup>8</sup>

Constituye una premisa fundamental de nuestro sistema de salud proteger el desarrollo físico y mental de todos los niños. La tensión intelectual generada por la complejidad gradual de los programas docentes, el creciente flujo de información, así

como la práctica de ejercicios físicos y deportes hacen que la alimentación en el escolar requiera de una atención especial.<sup>9</sup>

Los programas de educación nutricional han seguido una evolución paralela a los de educación sanitaria porque constituyen un aspecto monográfico de ella; los hábitos alimentarios correctos son la expresión más significativa de la educación nutricional llevada a la práctica.<sup>10</sup>

Motivados por la repercusión que tiene una alimentación inadecuada en la niñez y en conocer el comportamiento de la desnutrición energética nutrimental (DEN) y sus factores de riesgo en niños, se realiza este estudio, con el fin de describir el comportamiento de la DEN en pacientes menores de 15 años, ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial, y algunos factores de riesgo posiblemente asociados.

Se identifica el comportamiento de la DEN según peso, índice peso/edad, sexo, gravedad de la DEN y valores subnormales de hemoglobina, así como con criterios de riesgo y variables clínicas seleccionadas. Todo ello, convencidos de que una adecuada nutrición representa un buen estado de salud del niño y su favorable adaptación psicosocial en la comunidad.

## **METODO**

### **I - Generalidades.**

Se realizó un estudio descriptivo en niños menores de 15 años ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, en el primer semestre de 2003, con la finalidad de describir el comportamiento de la DEN en estos pacientes.

### **II - Consideraciones éticas necesarias.**

Previa información detallada a los padres y niños sobre el objetivo del estudio y los métodos a utilizar se les solicitó su consentimiento y colaboración para participar en la investigación (anexo I).

### **III - Universo y muestra del estudio**

El universo lo constituyeron todos los pacientes hospitalizados en el momento de la investigación que cumplieran los siguientes criterios:

- ✍ Pacientes con edades entre 30 días y menores de 15 años.
- ✍ Con más de 72 horas de estadía hospitalaria.
- ✍ Pesaje
- ✍ Consentimiento familiar para que el niño participe en el estudio

Teniendo en cuenta los niños ingresados en el primer semestre de 2003, para la selección de la muestra, se hicieron tres levantamientos, en momentos diferentes, y

se incluyó en los mismos a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Los momentos para la recogida de la información se escogieron aleatoriamente del total de días que abarcó el primer semestre, por medio de muestreo aleatorio simple (MSA).

#### **IV- Definición y operacionalización de las variables**

Para el primer objetivo se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

✍️ **Peso:** Se expresa en kilogramos

Las mediciones del peso en el menor de un año se realizaron en una balanza de contrapeso; se garantizaron las condiciones mínimas de iluminación y privacidad. Los instrumentos fueron previamente certificados y se utilizó el método recomendado por el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos de Cuba.<sup>11</sup>

Para la toma de peso en el niño, se utilizó una pesa de pie marca PTM Tehinica, tipo M-130. El niño se colocó en el centro de la plataforma, en posición de atención, con el cuerpo erecto, los hombros relajados, los brazos colocados a los lados del cuerpo, las piernas y los talones unidos, la punta de los pies separadas en un ángulo aproximado de 45 grados, y la cabeza colocada en el plano de Frankfort, luego de lo cual se procedió a la lectura.

- **Edad del paciente:** Se consideró la edad decimal que se calculó según el método establecido. Para ello se recogieron la fecha de nacimiento y de medición en día / mes / año.<sup>12</sup>

- Teniendo en cuenta la variable peso y edad, se comporta el índice peso para la edad: Es un índice global del estado de nutrición, refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica.<sup>13</sup> Su principal ventaja es que no requiere de la medición de la talla y tiene la desventaja de que no permite distinguir entre un niño desnutrido con talla adecuada o alta y un niño bien nutrido u obeso pero con talla baja; es un indicador valioso en niños menores de un año.

- **Sexo:** Femenino y masculino.

- **Gravedad de la desnutrición, según peso para la edad:**

<b>Porcentaje de adecuación de la Mediana</b>	<b>Denominación</b>
<b>75 - 89 %</b>	<b>Delgado o desnutrido leve</b>
<b>60 - 74 %</b>	<b>Desnutrido moderado</b>
<b>&lt; 60 %</b>	<b>Desnutrido grave</b>

Cálculo del porcentaje de la mediana: Se toma el valor real del peso (kg), se divide por el valor de la mediana o percentil 50 de peso de los niños de la misma edad y sexo de la población utilizada como referencia, y el resultado se multiplica por 100.<sup>13</sup>

- Valores subnormales de hemoglobina: Se recogió expresada en gramos/litro y se utilizaron los puntos de corte según edad, recomendados por la OMS a partir del cual existe una alta probabilidad de que exista anemia:

- Niños entre 6 meses y 6 años <110 g/L
- Niños entre 6 y 14 años < 120 g/L

Se utilizó el método de cianometahemoglobina

Para cumplir el segundo objetivo se tuvieron en consideración las siguientes variables:

- Variables referidas a datos socioeconómicos:
- Edad de la madre: Se recogió en años cumplidos, según último cumpleaños.
- Escolaridad de la madre y el padre: Se recogió según nivel de enseñanza terminada
- Estabilidad de la pareja: Con pareja estable y sin pareja estable.
- Ocupación del padre: Ocupado o desocupado.
- Total de integrantes del núcleo familiar: Se recogió el número de personas que integran el núcleo familiar.
- Total de personas que aportan económicamente

A partir de las variables socioeconómicas se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de riesgo:

- Edad de la madre: Menor de 20 años
- Escolaridad de la madre y el padre: Menor de 9no grado.
- Estabilidad de la pareja: Sin pareja estable,
- Ocupación del padre: Desocupado
- Aporte económico menor del 40%: Proporción entre el total de personas que aportan económicamente/ total de integrantes del núcleo familiar.

VARIABLES REFERIDAS A DATOS CLÍNICOS: Se recogió como: Sí o No, según refiriera el familiar al cuidado del niño

- Enfermedades crónicas: fibrosis quística, diabetes mellitus, asma bronquial, cardiopatía congénita, cáncer.
- Diarreas persistentes
- Alergia alimentaria
- Infección: respiratoria, digestiva, genitourinaria.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

El organismo obtiene la energía y los substratos necesarios para el normal desenvolvimiento de las funciones biológicas a través de los nutrientes contenidos en los alimentos. Ellos deben garantizar el pleno desarrollo de las potencialidades genéticas del individuo, la reparación y la renovación hística, el crecimiento y la maduración, en fin, la conservación de la vida. Cuando se establece un desequilibrio, por no corresponderse las necesidades y los aportes de energía y nutrientes al organismo, que impiden que la realización de estas funciones se garantice de forma óptima, se dice que existe un estado de mala nutrición que, cuando implica un balance nutricional negativo (de energía o nutrientes, o ambos), se habla de mala nutrición por defecto.<sup>12</sup>

El porcentaje total de desnutridos (Tabla 1) en nuestro estudio fue de 14,2 %, de una muestra de 70 pacientes; el grupo etáreo de menores de un año fue el que alcanzó un mayor porcentaje (18,7%), lo que no se diferencia del resto de los grupos, con la excepción del grupo de 5 a 9 años (5%).

Se debe enfatizar que el primer año de vida postnatal se caracteriza por el rápido incremento de la masa corporal, el cambio proporcional de sus componentes, el rápido desarrollo esquelético y el activo y complejo proceso de maduración. Al finalizar el primer año, el bebé ha triplicado su peso corporal, la composición corporal será muy diferente a la del recién nacido, y es proporcionalmente mayor el peso corporal en grasa.

Estos cambios son el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. Si unido a esto, en el primer año de vida no se realizan prácticas alimentarias adecuadas, capaces de cubrir las necesidades de energías y nutrientes, no se previenen procesos infecciosos, principalmente gastrointestinales, no se garantizará el normal crecimiento y desarrollo, y los resultados coincidirán con nuestro estudio.<sup>13</sup>

Entre los elementos que podrían explicar el bajo porcentaje en el grupo etáreo de 1 a 5 años, se puede señalar que, en esta edad, el crecimiento se encuentra en etapa de

meseta, y el déficit en la alimentación afecta más a los niños que se encuentran en etapas de mayor velocidad de crecimiento (1 a 4 años); además, estos niños asisten a escuelas primarias, en las que se les ofrecen dos meriendas diarias de alimentos fortificados, con alto valor nutritivo.

El resultado obtenido respecto a la clasificación como desnutrido según el sexo, (Tabla 2) fue mayor en el femenino, con 29,1%. No se encontró en la literatura revisada la relación entre sexo y desnutrición.

Cuando en la literatura se tratan de explicar las diferencias entre sexo, se basan, generalmente, en el enfoque de género, mediante el cual se brinda mayor protección al varón debido a que éste formará parte de la fuerza productiva y por razones culturales. En nuestro país esto no sucede, ya que todos los niños y niñas tienen iguales derechos, y tanto la familia como la sociedad los cuida y protege por igual.

Los datos individuales obtenidos se agrupan en categorías de adecuación de peso para la edad que se utiliza para diferenciar los niños con crecimiento físico normal de los niños con problemas de retardo en el crecimiento. Según la gravedad de la desnutrición, (Tabla 3) encontramos que el mayor porcentaje correspondió a desnutridos leves (80%). Este dato es interesante, pues se pueden llevar a cabo intervenciones para modificar los factores de riesgo, como educación para la salud y, en particular, la educación nutricional, teniendo en cuenta todos los aspectos que abarca la atención del desnutrido, incluyendo el tratamiento y la rehabilitación.<sup>14</sup>

La deficiencia de hierro es una enfermedad sistémica, cuya manifestación más sobresaliente y conocida es la anemia. Constituye la carencia nutricional más extendida en el mundo y afecta poblaciones tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo. A pesar de conocerse en detalle los métodos para su prevención, los progresos en los medios para su detección y las implicaciones que tiene para la salud, esta afección continúa exhibiendo una alta prevalencia, sobre todo en niños menores de cinco años y adolescentes.

En Cuba, la deficiencia de hierro es el estado carencial más frecuente. Diversos estudios han demostrado que su prevalencia alcanza hasta el 50 % de los menores de 5 años, aunque en el 70 % de los casos la anemia es de carácter leve.<sup>15</sup>

Por la rápida velocidad de crecimiento de la masa corporal y eritrocitaria, el hierro del organismo deberá aumentar con rapidez. Por esta razón, la prevalencia de su carencia es mayor después de los tres meses de edad (antes, en los de pretérmino), al agotarse los depósitos neonatales si el aporte de nutrientes en la alimentación no es suficiente.

Nuestro estudio coincide con lo antes expuesto al comportarse la anemia (Tabla 4) en un mayor porcentaje en el grupo de edades entre 1 y 4 años (52,9 %); no fue así en los pacientes desnutridos, en los que se comportó en el 28,6% en menores de un año.

Resultados similares encontraron Velázquez Pérez y Larramendy Pita<sup>16</sup>; no obstante, la consideraron como consecuencia y no causa de la desnutrición; además, se ha señalado como parte del cuadro clínico de la desnutrición. No descartamos la carencia de hierro sin anemia, para lo cual se deben utilizar otros indicadores.

La DEN es el resultado de una privación no sólo alimentaria, sino social, donde interactúan factores psicológicos y sociales que repercuten sobre el desarrollo normal del individuo, al impedir la plena manifestación de sus potencialidades genéticas. Entre los factores de riesgo nutricional en niños pequeños están los relacionados con los padres, con el medio familiar y con el medio ambiente en general.

Para los criterios de riesgo (Tabla 5), nuestro estudio coincide con mayor porcentaje de niños desnutridos en los que la madre y el padre tienen baja escolaridad (50%). Se considera que el nivel de educación se relaciona directamente con la salud, porque ayuda a elegir estilos de vida más sanos, permite comprender mejor la relación entre el comportamiento y la salud.

El aporte económico menor del 40% apareció en el 60%, lo cual es llamativo, pues cuanto menor sea el ingreso monetario, tanto menor será el poder adquisitivo y la disponibilidad de recursos, no sólo para la alimentación, sino también para las condiciones higiénico-sanitarias, lo cual lleva implícito un mayor riesgo de adquirir enfermedades infectocontagiosas en un niño, que por lo general, está rodeado por un medio familiar y social adverso.

Cuando se imbrican factores primarios y secundarios, como se observa con frecuencia en pacientes de nivel socio cultural bajo que, además, sufren de una enfermedad de base, se dice que la desnutrición es de causa mixta.<sup>12</sup>

En el presente trabajo se encontraron factores de riesgo biológicos (Tabla 6), como enfermedades crónicas en el 40% seguidas de las infecciones respiratorias (30%); al indagar encontramos que éstas son un hecho frecuente y ello hace que los niños no puedan mantener un ritmo de crecimiento y desarrollo eficiente, lo que trae aparejado que ingresen en servicios que están lejos de igualarse a sus hogares, con hábitos diferentes a sus costumbres.

Podemos concluir sobre las enfermedades crónicas que el gasto energético que ocasiona la enfermedad de base, más los trastornos de absorción y utilización de nutrientes, sumado a la recurrencia de infecciones, hacen más vulnerables a los niños a la desnutrición y más difícil su recuperación.

Las diarreas persistentes se encontraron en el 10%. En la literatura revisada existe asociación frecuente de enfermedad diarreica y desnutrición<sup>16</sup>, lo que demuestra la existencia de interacción entre desnutrición, infección y disminución de la inmunidad. Se ha comprobado que en el desnutrido existe un verdadero sinergismo asociado a las

diarreas, el cual crea un círculo vicioso, donde la presencia de éstas agrava más la desnutrición y viceversa.

## **CONCLUSIONES**

1. La DEN es una afección que se presenta con frecuencia importante, sobre todo en menores de un año, en el sexo femenino, de forma leve, con presencia de anemia.
2. Como criterios de riesgo para la DEN resulta importante señalar el aporte económico menor de 40%, la escolaridad de los padres menor de noveno grado, las enfermedades crónicas y las infecciones.

## **RECOMENDACIONES**

1. Continuar desarrollando esta investigación incluyendo un mayor número de pacientes, en un período de tiempo más prolongado.
2. Profundizar en el manejo del paciente desnutrido a partir de su seguimiento en la Atención Primaria de Salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Torres Acosta R, Selva Suárez L, Toro Sad P del, Escobar Guillén L, Alimentación del lactante y valoración del estado nutricional. En: Nutrición y Salud del Niño. Ediciones Holguín; 1991.
2. Alberti M. Alimentación Humana. Manuales UTEHA 1996; 178 (1-2):2-3.
3. Nogales A. El futuro de la alimentación infantil. Rev Ped Atención Primaria 1999; 1 (1):113-122.
4. Consideraciones generales sobre la situación nutricional de América Latina. En: La alimentación del niño menor de seis años en América Latina: Bases para el desarrollo de guías de alimentación. Venezuela: Ediciones Cavendes, 1994:9-12.
5. Porrata C, Jiménez S, Monterrey P, Padrón M, Gámez A I. Subprograma Nutrición y Afecciones No Transmisibles. Propósitos, Objetivos y Metas. 2000-2010 Propuesta. La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos; 2000.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Instrucción a los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología sobre la vigilancia alimentaria y nutricional de alerta-acción. Ciudad de la Habana: MINSAP, 1998.
7. Oficina Nacional de Estadística. Comportamiento del consumo per cápita de alimentos de la provincia años 1988, 1997 y 1998. Holguín: Delegación Territorial de Estadística; 1999.

8. Organización Mundial de la Salud. Alimentación escolar, salud y nutrición. En: Manual de Alimentación Escolar. Roma; 1999.
9. Gay Rodríguez J, Cabrera Hernández A, Calderín Vázquez M, Rodríguez Suárez A, Romero Iglesia MC, Sánchez Estévez MA. Alimentación y anemia en un grupo de escolares de primaria. Rev Cubana Aliment Nutr 1997;11(1):26-34.
10. López Mendeleo C. El futuro de los programas de educación nutricional. Rev Nutrición Clínica 1998;18(2):6-45.
11. Jordán J R. Peso y talla. En: Desarrollo Humano en Cuba. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1979:101-117.
12. Amador M, Silva LC, Uriburu G, Otaduy M, Valdés F. "Feeding practices and growth in a healthy population of Cuban infants". Food Nutr Bull 1992;14:108-114.
13. Jiménez Acosta S, Gay Rodríguez J. Vigilancia nutricional materno infantil. La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos; 1997.
14. Porrata C, Hernández M, Argüelles M. Recomendaciones nutricionales y guías de alimentación para la población cubana. La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos; 1996.
15. Gay J. Biodisponibilidad del hierro alimentario: evidencias recientes. Rev Cubana Aliment Nutr 1991; 5:126-130.
16. Velázquez Pérez A, Larramendy Pita J, Rubio Batista J. Factores de riesgo de desnutrición proteico-energética en niños menores de 1 año de edad. Rev Cubana Aliment Nutr 1998; 12(2):82-85.

**TABLA 1. GRUPOS DE EDADES.**

<b>GRUPOS DE EDADES</b>	<b>No. DE ENCUESTADOS</b>	<b>DESNUTRIDOS</b>	
		<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>&lt; 1 año</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>18,7</b>
<b>1 - 4 años</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>17,6</b>
<b>5 – 9 años</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>5,0</b>
<b>10 – 14 años</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>17,6</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>14,2</b>

*Fuente: Historia clínica individual.*

**TABLA2. GRAVEDAD DE LA DEN.**

<b>Gravedad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Leve</b>	<b>8</b>	<b>80</b>
<b>Grave</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

*Fuente: Historia clínica individual.*

**TABLA 3. VALORES SUBNORMALES DE HEMOGLOBINA  
SEGUN GRUPOS DE EDADES.**

GRUPOS DE EDADES	(N)	VALORES SUBNORMALES Hb.		DESNUTRIDOS	
		No.	%	No.	%
Menores 1 año	16	7	43.5	2	28.6
1 - 4 años	17	9	52.9	0	0
5 - 9 años	20	6	30.0	0	0
10 - 14 años	17	3	17.6	0	0
<i>Total</i>	70	25	35.7	2	8.0

*Fuente: Historia clínica individual*

**TABLA 4. CRITERIOS DE RIESGO.**

CRITERIOS DE RIESGO ( N = 10 )	DESNUTRIDOS	
	No.	%
Escolaridad de la madre < 9no grado	4	40.0
Escolaridad del padre < 9no grado	3	30.0
Ambos padres con baja escolaridad	2	20.0
Padre desocupado	1	10.0
Aporte económico < 40 %	6	60.0

*Fuente: Historia clínica individual*

**TABLA 5. VARIABLES CLÍNICAS.**

<b>VARIABLES CLÍNICAS ( N = 10)</b>	<b>DESNUTRIDOS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Enfermedades crónicas</b>	<b>4</b>	<b>40.0</b>
<b>Diarreas persistentes</b>	<b>1</b>	<b>10.0</b>
<b>Infecciones</b>	<b>3</b>	<b>30.0</b>

*Fuente: Historia clínica individual*