



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS”
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA
EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD
PUEBLO NUEVO DE ENERO A JUNIO 2016”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR: MARÍA DE LAS NIEVES CANCINO YANAYAYE

ASESOR: LIC. OLINDA OSCCO TORRES

ICA – PERÚ

2016

DEDICADO A:

Dios, por darme vida y permitirme llegar con las fuerzas necesarias y no desmayar ante los problemas que se presentan. A mis padres, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, en los momentos difíciles.

AGRADEZCO A:

Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. Agradezco a mi asesora, por brindarme su apoyo en todo momento. A los docentes, que durante todos estos años de estudio, aportaron de una u otra manera con un granito de arena para mi formación profesional.

RESUMEN

La desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. El distrito de Pueblo Nuevo presenta 8.7 % (15 casos) de desnutrición crónica en el periodo de enero a junio del 2016, dicho indicador lo sitúa por encima del porcentaje de desnutrición crónica de Ica (8.6%).

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Centro de salud Pueblo Nuevo de enero a junio 2016.

Material y métodos: El estudio se realizó en 56 niños, distribuidos en dos grupos iguales 28 con desnutrición crónica y 28 con normo peso, el diseño es un estudio observacional, transversal, retrospectiva y descriptivo.

Conclusiones: Los episodios de infección respiratoria aguda de 6 a más se presenta con mayor frecuencia en los desnutridos. El episodio de enfermedad diarreica aguda de 3 a más se presenta con mayor frecuencia en los niños desnutridos. Los niños desnutridos son los que con mayor frecuencia tienen vacunaciones incompletas. Los niños desnutridos son los que con mayor frecuencia tienen controles de crecimiento y desarrollo incompletos. El saneamiento domiciliario inadecuado es más frecuente en los niños desnutridos. Los niños desnutridos son los que con mayor frecuencia tienen madre con grado de instrucción analfabeta y primaria. Los niños desnutridos son más frecuentes en las edades de 1,2 y 3 años.

PALABRAS CLAVE: Factor riesgo, desnutrición menores 5 años.

ABSTRACT

Child malnutrition has been classified by UNICEF as a silent emergency: generates very harmful effects occurring throughout the life of the person, and that are not detected immediately. Pueblo Nuevo district has 8.7% (15 cases) of chronic malnutrition in the period from January to June 2016; this indicator places it above the rate of chronic malnutrition in Ica (8.6%).

Objective: To determine the risk factors associated with chronic malnutrition in children under 5 Health Center Pueblo Nuevo from January to June 2016.

Methods: The study was conducted on 56 children, divided into two equal groups 28 with chronic malnutrition and 28 with normoweight, design is an observational, cross-sectional, retrospective, descriptive study.

Conclusions: Episodes of acute respiratory infection 6 more occurs most frequently in malnourished. The episode of acute diarrheal disease 3 more occurs most frequently in malnourished children. Malnourished children are the ones who most often have incomplete vaccinations. Malnourished children are the ones who most often have incomplete controls growth and development. Inadequate household sanitation is more frequent in malnourished children. Malnourished children are the ones who most often have mothers with grade instruction and illiterate. Malnourished children are more common at ages 1,2 and 3 years.

KEY WORDS: Risk factor, malnutrition under 5 years.

ÌNDICE	Pág
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÌNDICE	vi
ÌNDICE DE TABLAS	viii
ÌNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÌTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Limitaciones de la investigación	14
1.3. Formulación del problema	15
1.3.1. Problema general	15
1.3.2. Problemas específicos	15
1.4. Objetivos de la investigación	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
1.5. Justificación del estudio	16
CAPÌTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	18
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos	38
2.4. Hipótesis	43
2.5. Variables	43
2.5.1. Definición conceptual de la variable	43
2.5.2. Definición operacional de la variable	43
2.5.3. Operacionalización de la variable	44
CAPÌTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	46
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	46
3.3. Población y muestra	46

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	47
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)	
-Matriz de consistencia	78
-Modelos de instrumento	78

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN EDAD DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO NUEVO	50
TABLA N° 2	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN SEXO DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO NUEVO	51
TABLA N° 3	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN NÚMERO DE EPISODIOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	52
TABLA N° 4	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN NÚMERO DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	53
TABLA N° 5	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN NÚMERO DE VACUNAS	54
TABLA N° 6	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN NÚMERO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	55
TABLA N° 7	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN SANEAMIENTO DOMICILIARIO	56
TABLA N° 8	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	57
TABLA N° 9	ESTADO NUTRICIONAL Y NÚMERO DE EPISODIOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	58
TABLA N° 10	ESTADO NUTRICIONAL Y NÚMERO DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	59
TABLA N° 11	ESTADO NUTRICIONAL Y VACUNACIONES	60
TABLA N° 12	ESTADO NUTRICIONAL Y CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	61
TABLA N° 13	ESTADO NUTRICIONAL Y SANEAMIENTO DOMICILIARIO	62
TABLA N° 14	ESTADO NUTRICIONAL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	63
TABLA N° 15	ESTADO NUTRICIONAL Y EDAD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN EDAD DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO NUEVO	50
GRÁFICO N°2	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN SEXO DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO NUEVO	51
GRÁFICO N°3	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN EPISODIOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	52
GRÁFICO N°4	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN EPISODIOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	53
GRÁFICO N°5	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN VACUNACIONES	54
GRÁFICO N°6	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	55
GRÁFICO N°7	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN DOMICILIO CON SANEAMIENTO BÁSICO	56
GRÁFICO N°8	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	57
GRÁFICO N°9	ESTADO NUTRICIONAL Y EPISODIOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	58
GRÁFICO N°10	ESTADO NUTRICIONAL Y EPISODIOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	59
GRÁFICO N°11	ESTADO NUTRICIONAL Y VACUNACIONES	60
GRÁFICO N°12	ESTADO NUTRICIONAL Y CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	61
GRÁFICO N°13	ESTADO NUTRICIONAL Y DOMICILIO CON SANEAMIENTO BÁSICO	62
GRÁFICO N°14	ESTADO NUTRICIONAL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	63
GRÁFICO N° 15	ESTADO NUTRICIONAL Y EDAD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	64

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufren de este mal.

Reconociendo los altos costos sociales y económicos que genera la desnutrición, se han desarrollado, desde hace varios años, políticas públicas que intentan reducirla y/o erradicarla, sin embargo estos esfuerzos no han sido suficientes. A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza.

La desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato.

La primera señal es el bajo peso seguido por la baja altura, sin embargo ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina directa o indirectamente por un pobre estado nutricional. La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años de edad.

En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esta etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Hay que considerar, además, que dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes pueden no tener los recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada.

Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes. El cuerpo humano le dá prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo, destinándole más recursos

energéticos a la primera cuando las sustancias alimentarias que recibe no son suficientes.

Además, el sistema inmunológico se vé debilitado por una mala nutrición por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las infecciones respiratorias.

El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, en un primer momento y más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

A nivel mundial son 146 millones de niños menores de cinco años con desnutrición, 78 millones son de Asia Meridional (53.4%), 22 millones son de Asia Oriental y las islas del Pacífico (15%), 17 millones son de África Occidental y Central (11.6%), 16 millones son de África Oriental y Meridional (10.9%), 8 millones son de Oriente Medio y África del Norte (5.5%), 4 millones viven en América Latina y el Caribe (2.7%), 1 millón en Europa Central y del Este (0.7%).

A nivel nacional según el patrón (OMS), la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años ha disminuido de 28.5% en el 2007 a 18.1% en el 2012, observándose una disminución en 9,1 puntos porcentuales a nivel nacional, cifra con la que el Perú ha alcanzado, y superado los objetivos de desarrollo del milenio, que para el año 2015 era llegar a 18.5%. Esta situación nos coloca por debajo de países como Guatemala (48%), Honduras (29.4%), Haití (28.5%), Bolivia (27.1%), Nicaragua (21.7%), Bélize (21.6%), El Salvador (19.2%), Panamá (19.1%) y Guyana (18.2%) en el ámbito de América Latina.⁽¹⁾

A nivel departamental los mayores índices de desnutrición crónica entre los niños menores de 5 años se registran en Huancavelica con (42.4 %), Cajamarca (35.6 %), Apurímac y Huánuco ambas con (29 %) y Ayacucho con (28 %). Los menores niveles de desnutrición crónica infantil se dan en Arequipa con (8.7%), el departamento de Lima y la provincia constitucional del Callao con (5.1%), Moquegua con (4.1%), y Tacna con (2.9 %).⁽²⁾

A nivel de la región Ica, la desnutrición crónica afecta al 6.7% de la población infantil, esta situación nos ubica por debajo de regiones como Huancavelica, Huánuco representan los más altos porcentajes de

desnutrición crónica a nivel nacional, colocándonos en una situación aceptable en cuanto a disminución de desnutrición crónica en los últimos cinco años. ⁽³⁾

La infancia es un periodo clave en la vida de una persona y de igual manera de suma importancia una alimentación completa para el desarrollo y crecimiento del organismo, considerando que la alimentación y la nutrición son procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales, una alimentación correcta durante la edad escolar permitirá al niño crecer con salud, pues los problemas de malnutrición en los escolares describen una condición patológica, consecuencia del desequilibrio del estado nutricional y puede referirse a un déficit en ingesta de nutrientes, a un estado de sobre nutrición o una alteración en la utilización de estos nutrientes en el organismo.

Es por esto que el estado nutricional, es un indicador importante del nivel de salud y de la calidad de vida así como el grado de satisfacción de sus necesidades básicas: el empleo, la educación, el ingreso, la salud y la calidad de la vida de las personas; que repercuten considerablemente sobre el funcionamiento integral del niño y posteriormente en su estado adulto. ⁽⁴⁾

El distrito de Pueblo Nuevo presenta 8.7 % (15 casos) de desnutrición crónica en el periodo de enero a junio del 2016, dicho indicador lo sitúa por encima del porcentaje de desnutrición crónica de Ica (8.6%). ⁽⁵⁾

1.2. Limitaciones de la investigación

Para el desarrollo del estudio se presentaron dificultades en la obtención de la muestra pues existieron algunas familias que se encontraban lejos del Centro de salud que requería tomar un tiempo para llegar a ellos, finalmente existieron familias que mostraron cierta desconfianza en la investigadora que requería demorarse un poco más para explicar los alcances de la investigación.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Centro de Salud Pueblo Nuevo de enero a junio 2016?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Son las enfermedades infecciosas respiratorias un factor de riesgo para la desnutrición crónica en niños menores de 5 años?
- ¿Son las enfermedades infecciosas diarreicas un factor de riesgo para la desnutrición crónica en niños menores de 5 años?
- ¿Es el número de vacunaciones un factor de riesgo para la desnutrición crónica en niños menores de 5 años?
- ¿Es el número de evaluaciones de crecimiento y desarrollo un factor de riesgo para la desnutrición crónica en niños menores de 5 años?
- ¿Es la calidad de servicios de agua y saneamiento un factor de riesgo para la desnutrición crónica en niños menores de 5 años?
- ¿Es la educación de la madre un factor de riesgo para la desnutrición crónica en niños menores de 5 años?
- ¿Es la edad un factor de riesgo para la desnutrición crónica en niños menores de 5 años?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- ✓ Determinar los factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Centro de Salud Pueblo Nuevo de enero a junio 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Cuantificar los episodios de enfermedades infecciosas respiratorias en niños menores de 5 años.
- ✓ Cuantificar los episodios de enfermedades infecciosas diarreicas en niños menores de 5 años.
- ✓ Verificar el cumplimiento de la vacunación en niños menores de 5 años.

- ✓ Evaluar el cumplimiento del seguimiento de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años.
- ✓ Conocer la disposición de los servicios de agua y saneamiento en los hogares de los niños menores de 5 años.
- ✓ Indicar la educación de la madre de niños menores de 5 años.
- ✓ Indicar la edad de los niños menores de 5 años

1.5. Justificación del estudio

La presente investigación busca entender la multicausalidad de la desnutrición crónica que afecta a los niños menores de cinco años del Centro de Salud Pueblo Nuevo, importante es entender que la desnutrición crónica infantil es un indicador del desarrollo de un país, motivo por el cual se ha reconocido a la nutrición como un pilar básico para el desarrollo social y económico es decir, la desnutrición crónica no se traduce solo en un problema de salud, sino también en una limitante para el desarrollo del país.

En el Perú, una de las principales amenazas en los niños menores de cinco años es la desnutrición crónica, cuyas consecuencias se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida. Las consecuencias de una deficiente alimentación además de inhibir el desarrollo cognitivo y físico de los menores, afectan también su potencial productivo futuro, comprometiendo la situación económica y social de la persona, la familia, la comunidad y el país.

Es importante resaltar el rol investigador del Profesional de Enfermería y su influencia en la Salud pública de la población del ámbito de la investigación, entendemos que es indispensable el conocimiento de la multicausalidad de la desnutrición crónica en las niñas y niños menores de cinco años del Centro de Salud Pueblo Nuevo, la cual delimita las acciones y/o actividades a tomar a corto, mediano y largo plazo y así poder revertir la problemática de los infantes. Tenemos la firme convicción que la presente investigación no solo contribuye a la reducción de la desnutrición crónica, siendo una línea basal de la situación actual de la población en estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio INTERNACIONALES

Coronado Z. (2014). En su estudio **“Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años en el Puesto de Salud del Valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala durante los meses de julio 2012 a febrero 2013”** 2014 cuyo trabajo de investigación concluye: la diarrea, infecciones respiratorias, parasitismo intestinal y anemia son las patologías que más afectan a los niños menores de 5 años en Guatemala y son factores causales del déficit de nutrición en niños ya que cada crisis de dichas enfermedades afecta su crecimiento y desarrollo. Además de los factores mencionados, el nivel socioeconómico bajo y el nivel cultural de los padres de los niños también son influyentes. La pobreza y como consecuencia la desnutrición, es otro problema que afecta la salud y desarrollo de los niños. Niños de familias pobres reciben menos atención médica y a veces ni siquiera vacunas básicas, su talla corporal es baja y la mayoría padece desnutrición. La mayoría de las madres según resultados el 52% son analfabetas y un 40% de ellas solo llegan a nivel primario y un 4% cursan básico. Los factores causales asociados a la desnutrición identificados en el estudio son el analfabetismo, nivel cultural de las madres, estado civil, edad que la madre tenía al casarse o unirse, la forma de cocinar los alimentos así mismo el desconocimiento de cocinar dietas nutritivas, el ambiente familiar y social del niño. También influye el estado económico, la mayoría se encuentra en un nivel regular, lo que hace muchas veces no llena los requisitos de Seguridad Alimentaria y Nutricional de los miembros de la familia .⁽⁶⁾

Iracema A. (2013). En su estudio **“Representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil en la aldea San José Nacahuil, San Pedro Ayampuc - Guatemala”** 2013 cuyo trabajo de investigación concluye: en este estudio se construyó la representación social que tenían las madres sobre la alimentación infantil, basada en la experiencia

materna. Las madres mencionaron que los niños bien alimentados son aquellos que están saludables, corren, juegan, se ven robustos, son alegres y fuertes. En cuanto a la edad, más de 80% de cuidadores y cuidadoras se encontraron entre las edades de 21 a 45 años, considerándose en edad fértil y 17% se encontraron dentro de lo que se considera período de adolescencia, es decir, de 15 a 20 años. Al interrogarse sobre la escolaridad, el 16.4% refirió no haber cursado ninguna preparación académica. Sumando los porcentajes de los que no tienen ninguna escolaridad más los que no han completado la primaria podemos ver que más del 40% de la población tiene una nula o muy baja escolaridad. El mayor porcentaje 65.7 % de los entrevistados y entrevistadas refirió que sí acudía de manera voluntaria al servicio de salud del Ministerio de Salud Pública para monitoreo de crecimiento de los y las niñas bajo su cuidado. Un alto porcentaje de niños 82.1% recibieron lactancia materna exclusiva contra un 17.9% que refirió no recibir lactancia materna de forma exclusiva, es decir recibió algún tipo de fórmula maternizada durante sus primeros meses de vida, acompañada o no de leche materna. ⁽⁷⁾

Soria A, Vaca A. (2012). En su estudio **“Factores determinantes de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años en la Provincia de Cotopaxi” Quito-Ecuador 2012** cuyo trabajo de investigación concluye: el Ecuador está dividido en cuatro regiones (Costa, Sierra, Amazonía, Insular) de las cuales la región Sierra presenta el 32.6% de desnutrición crónica, mientras que en la Sierra rural es donde alcanza un índice de 43.6% esta región se encuentra conformada por 11 provincias de las cuales en Cotopaxi y Chimborazo se concentran las más altas tasas de desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años con un 43% y 52% respectivamente, ya que son provincias con alta concentración de población indígena en donde el índice de desnutrición crónica alcanza el 50.5%. Existe una serie de factores que podrían estar asociados causalmente con la desnutrición crónica, lactancia materna, nivel de educación de todos los miembros del hogar, ocupación de los miembros del hogar, salud materna, control del niño sano, alimentación

complementaria como los diferentes gastos que tienen los hogares tanto alimenticios como no alimenticios.⁽⁸⁾

Sánchez M. (2011). En su estudio **“La desnutrición infantil de que manera incide en el desarrollo físico de los niños del jardín de infantes amiguitos de la parroquia San Andrés del Cantón Píllaro durante el periodo Enero – Marzo 2011.”** Ambato-Ecuador 2011 cuyo trabajo de investigación concluye: La falta de vitaminas en los alimentos como es la vitamina C, vitamina B12 y la vitamina A, trae múltiples consecuencias en el rendimiento escolar, es decir escasa atención por parte de los niños, poca energía para la realización de las actividades. Otra causa de la desnutrición infantil es la no alimentación con leche materna ya que garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo con la madre, trae como consecuencia las bajas defensas en el niño presentando alergias, enfermedades de la piel, desnutrición. El bajo consumo de alimentos también juega un papel muy importante en la desnutrición infantil, esto se puede dar debido que en los hogares no existe una persona que esté pendiente de la alimentación de los niños, esto ocurre porque hoy en día el padre y la madre de familia trabajan. Esto puede traer como efecto en los niños un limitado desarrollo físico como es el poco crecimiento, es decir su tamaño, el desarrollo es igual al tamaño y complejidad, la maduración tiene que ver con lo psicobiológico, el aprendizaje incluye aquellos cambios en la estructuras anatómicas y en las funciones psicológicas que resulta del ejercicio y las actividades del niño, el crecimiento físico se refiere a la altura y peso del niño.⁽⁹⁾

NACIONALES

Mariños C. (2014). En su estudio **“Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú”** 2014 cuyo trabajo de investigación concluye: en el Perú para el año 2013, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años es de 17.5%, 11 puntos porcentuales menos que hace 6 años (28.5%). Sin embargo, existen diferencias a nivel de las regiones que van de 2.9% a 42.4%. La prevalencia de desnutrición crónica es ligeramente mayor en varones

(18.5%) en comparación con la prevalencia en mujeres (16.5%). En el modelo explicativo de la desnutrición crónica en menores de 5 años para el nivel nacional se han identificado tres determinantes de riesgo: pobreza extrema, bajo peso al nacer y nivel educativo de la madre, y tres determinantes que implican protección: control prenatal completo en el primer trimestre, ingerir hierro durante la gestación y parto en establecimiento de salud. Respecto a los determinantes que implican el aumento del riesgo de desnutrición crónica podemos decir que el riesgo de desnutrición crónica es tres veces mayor en los niños que viven en extrema pobreza en comparación con los niños que no viven en extrema pobreza, es casi dos veces mayor en los niños que nacen con bajo peso en comparación con los niños que nacen con un peso normal y es el doble en los niños cuyas madres no tuvieron educación en comparación con aquellos niños que tuvieron una madre con educación. En cuanto a los determinantes que implican protección podemos decir que el riesgo de desnutrición crónica es 60% menor en un niño que nace en un establecimiento de salud en comparación con un niño que nace fuera de un establecimiento de salud, es 40% menor en un niño cuya madre tomó suplementos con hierro en comparación con un niño cuya madre no tomó hierro durante el embarazo y es 30% menor en un niño cuya madre tuvo al menos un control prenatal en comparación con un niño cuya madre no tuvo ningún control prenatal durante el embarazo.⁽¹⁰⁾

Salcedo S. (2012). En su estudio **“Desnutrición Infantil en el Perú”** 2014 cuyo trabajo de investigación concluye: la tasa de desnutrición crónica infantil para niños menores de 5 años fué de 10% al 2012. Existe una relación entre la población pobre y la población pobre extrema con la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, siendo la tasa de 38.8% de desnutrición crónica en la población con pobreza extrema y 20.1 % de desnutrición crónica en la población pobre. A nivel regional, la sierra presenta el mayor porcentaje acumulado de desnutrición, siendo el departamento de Huancavelica el que registra la mayor tasa de desnutrición crónica infantil con 54.2% en menores de 5 años, seguida por las regiones de Ayacucho y Apurímac con similares porcentajes.⁽¹¹⁾

Gutiérrez W. (2011). En su estudio **“La desnutrición en la niñez en el Perú: factores condicionantes y tendencias”** 2011 cuyo trabajo de investigación concluye: las principales causas con fuerte asociación a la desnutrición crónica incluyen la falta de control prenatal en la madre, el tener cuatro o más hijos vivos, que representa cuatro veces más la probabilidad de tener una niña o niño desnutrido, el bajo peso al nacer, que aumenta en dos veces el riesgo de desnutrición, el nivel de instrucción de la madre, el analfabetismo o primaria incompleta aumentan cuatro y dos veces más el riesgo de desnutrición respectivamente, la carencia de servicios higiénicos que incrementa en tres veces más la probabilidad de desnutrición de la niña o niño, el hecho que la niña o niño sea cuidado por una mujer mayor de 40 años, la cual duplica el riesgo de desnutrición, el tener viviendas con piso de tierra que incrementa el riesgo en un 65%, debido probablemente a que el niño está más propenso a adquirir infecciones, y la presencia de enfermedad diarreica aguda, la cual se asocia con un incremento del 30% en el riesgo de desnutrición.⁽¹²⁾

REGIONALES

Según el **“Informe del estado nutricional del niño menor de cinco años 2015 de la Red de Salud Ica”** (2015). cuyo trabajo de investigación concluye: la desnutrición crónica afecta al 9.3% de niños menores de cinco años en la región de Ica, según el patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica a la vez que los distritos con mayor porcentaje de desnutrición crónica son: Salas Guadalupe 15.8%, San José de los Molinos 12.0%, Pachacútec 11.0%, Los Aquijes 9.6% y Ocucaje 9.2%, mientras que los distritos que presentan menor porcentaje de desnutrición crónica son los distritos de San Juan Bautista 6.4%, Tate 6.4%, Santiago 7.5% y Parcona 7.8%.⁽¹³⁾

Según Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2011). En su estudio **“Ica Situacional Nutricional”** 2011 cuyo trabajo de investigación concluye: en Ica la desnutrición crónica en niños menores de 5 años que acceden a los establecimientos de salud de la región, muestra una tendencia estable en el último año. Alrededor de 1 de cada 10 niños en la región han presentado retardo en el crecimiento. La desnutrición global

presenta también una evolución estacionaria en los últimos 4 años, y afectó a 1 de cada 50 niños. La desnutrición aguda igualmente se mantiene invariable en este periodo de tiempo, y se presentó igualmente en 1 de cada 50 niños. El sobrepeso mantuvo un discreto aumento y la obesidad ha retornado a su cifra habitual en el periodo, el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se presentó en casi 1 de cada 7 de los niños que acuden a los Establecimientos de Salud de la región.⁽¹⁴⁾

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La situación de la desnutrición en el Perú

El Perú se encuentra en el puesto 21 de 25 países, lo que lo coloca entre los de mayor prevalencia de desnutrición crónica de la región, solo mejor que Bolivia, Ecuador, Honduras y Guatemala.

Igualmente, amplia es la brecha cuando se considera el nivel de educación de la madre, 58 de cada 100 niños con madres sin educación son desnutridos crónicos, mientras que esta relación baja a 8 niños cuando la madre tiene educación superior. Así mismo, si la madre es anémica la prevalencia de desnutrición crónica del niño es el doble que cuando no lo es, y mayor es también la prevalencia entre niños que nacen en una familia numerosa.

2.2.2. Principales lineamientos de política

La desnutrición es un fenómeno multidimensional, razón por la cual las políticas dirigidas a combatirla deben ser multisectoriales.

Es necesario garantizar los cuatro factores mencionados en la primera sección: una vivienda segura, hecha con material noble y acceso a servicios de agua y desagüe, una adecuada atención de la salud del niño, con disponibilidad garantizada para acceder y financiar las intervenciones necesarias (seguros de salud), un cuidador preparado con buenas prácticas de alimentación, salud e higiene, y una comunidad saludable, con programas sociales e infraestructura económica y social que hagan posible el alivio de la situación de los más pobres.

Sin embargo, recientemente se han diseñado programas que la consideran como un problema multisectorial y, por lo mismo, involucran

a diversos actores públicos, como el Ministerio de Salud, de Educación, de la Mujer, entre otros, y que además, requieren de la coordinación entre los distintos niveles de gobierno.

2.2.3. Desnutrición

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgada o presentar carencia de vitaminas y/o minerales.

2.2.3.1. Epidemiología

Ésta condición patológica se diferencia de otros tipos de enfermedad porque es producida por el déficit de nutrientes (alimentos y líquidos) necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones vitales del cuerpo. Pertenece al conjunto de problemas causados por la malnutrición y se diferencia de la sobre nutrición porque ésta consiste en problemas causados por exceso de vitaminas y minerales como el sobrepeso y la obesidad.

La desnutrición, además de consumir las reservas musculares y grasas del cuerpo, retrasa el crecimiento y afecta de manera considerable el sistema inmunológico, razón por la cual puede resultar en otras patologías. ⁽¹⁵⁾

2.2.3.2. Clasificación de la desnutrición

• Según su etiología

Primaria: Se presenta cuando el aporte de nutrientes es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza.

Secundaria: Cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrientes. Generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, problemas crónicos como diarrea persistente.

Mixta: Se presenta cuando coexisten las dos causas anteriores el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección y tiene como sustrato

metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrientes y la necesidad no satisfecha de los mismos.

- **Según su duración**

Aguda: Se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y detención del crecimiento. Cuando el niño es atendido adecuadamente y oportunamente éste se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.

Crónica: Cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estatura baja para su edad.

- **Según su intensidad**

Leve: Es cuando la cantidad y variedad de nutrientes que el niño recibe son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida o no ganancia de peso.

Moderada: Cuando la falta de nutrientes se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento y mayor facilidad para contraer infecciones.

Severa: Cuando la carencia acentuada de alimentos continúa asociada a padecimientos infecciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado que pone al niño en grave peligro de muerte.⁽¹⁶⁾

- **Según clasificación clínica**

Marasmo:

Llamada también desnutrición proteico-calórica. Una gran carencia de calorías y proteínas es lo que lleva este tipo de desnutrición, el marasmo se presenta generalmente en niños menores de un año, debido a que la madre ya no los alimenta al seno ni les proporciona una dieta apropiada.

Características del Marasmo:

- ✓ Disminución de la talla.
- ✓ No hay grasa subcutánea.
- ✓ Parecen ancianos en miniatura.
- ✓ Están particularmente expuestos a enfermedades infecciosas.
- ✓ Su índice de mortalidad es elevado.

Kwashiorkor:

También se le conoce con el nombre energético proteico, el cual se presenta en niños en edad preescolar con una carencia notable de proteínas y con un aporte más o menos adecuado de energía. Se presenta en la primera infancia entre 1 a 3 años de edad.

Características del Kwashiorkor:

- ✓ Los músculos se hacen débiles y pierden su tono.
- ✓ Crecimiento inadecuado.
- ✓ El pelo suele ser escaso, fino y pierde su elasticidad.
- ✓ La anemia puede ser severa.
- ✓ El índice de mortalidad de los niños es elevado. ⁽¹⁷⁾

2.2.3.3. Diagnóstico

- ❖ Obteniendo una buena anamnesis
- ❖ Exámen físico completo

Métodos de laboratorio

- ❖ **Albúmina plasmática:** es un indicador de compromiso de proteínas viscerales, ya sea por falta de aportes, exceso de pérdidas, o alteración de la velocidad de síntesis.
- ❖ **Prealbúmina:** por su vida media más corta (3 días) es un indicador más sensible de cambios agudos en el balance proteico.
- ❖ **Perfil bioquímico, gases y electrolitos plasmáticos:** permiten evaluar el estado metabólico, función hepática y renal.
- ❖ **Hemograma, saturación de transferrina, ferritina:** evaluación de déficit de hierro y vitamina B12. ⁽¹⁸⁾

Antropometría

Es una técnica sencilla que se utiliza para valorar el estado nutricional mediante el peso, talla, longitud de extremidades, circunferencias y pliegues cutáneos. La clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de cinco años, se realizará en base a la comparación de indicadores: como peso para la edad (P/E), longitud/estatura para la edad (T/E), peso para la longitud/estatura (P/T).

Clasificación del estado nutricional del niño (a) T/E

TALLA PARA LA EDAD	CLASIFICACIÓN
< a la talla correspondiente a -3DE	Talla baja severa
> a la talla correspondiente a -3DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2 DE	Talla alta

2.2.3.4. Indicadores Antropométricos

- a) **Peso para la talla:** Es un indicador de crecimiento actual, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado, detecta la desnutrición aguda y el sobrepeso.
- b) **Talla para la edad:** Es un indicador del crecimiento detecta la desnutrición crónica .Al restringirse la alimentación, la velocidad del crecimiento, tanto el peso como la talla disminuyen, el peso puede recuperarse rápidamente al reanudarse una buena alimentación, pero la talla es lenta de recuperar.
- c) **Peso para la edad:** Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global permite diferenciar entre un niño adelgazado o de baja estatura o casos combinados de adelgazamiento y retardo en el crecimiento. ⁽¹⁹⁾

2.2.4. Factores de riesgo asociados

a) Infecciones respiratorias agudas

Los niños pueden presentar entre seis y ocho infecciones respiratorias al año. En los menores de dos años, estas infecciones es una de las causas más frecuentes de hospitalización, originando numerosas consultas médicas tanto a nivel de atención primaria como de los servicios de urgencias hospitalarias.

La participación de la madre durante todo el proceso de atención del niño, desde el momento en que se inicia el episodio de infección respiratoria aguda es fundamental. Esta participación debe basarse en decisiones acertadas respecto al manejo correcto del padecimiento y con ello evitar las complicaciones como la desnutrición por una mayor demanda energética y problemas con la alimentación del niño que por su condición de enfermo se vé alterada, en algunos casos puede llevarle a la muerte a su hijo. Para este fin, la participación del personal de salud es muy importante.

Este propósito se logrará, modificando la forma en que se otorga la consulta, a fin de que cada oportunidad sea aprovechada y concluida con un acto educativo que logre modificar favorablemente los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres.

Los agentes etiológicos que con mayor frecuencia se asocian a las infecciones del tracto respiratorio en el niño son: los dos tipos de virus respiratorio sincitial (VRS A-B), el grupo de los rinovirus (RVs), los cuatro tipos de parainfluenzavirus (PIV 1-4), los virus de la gripe A, B y C, y el grupo de los adenovirus.⁽²⁰⁾

b) Enfermedades diarreicas agudas

La deposición que se realiza 3 o más veces al día de heces sueltas o líquidas, suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos.

La mayoría de las muertes por estas enfermedades suceden debido a una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños

malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de padecer estas afecciones potencialmente mortales.

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad de la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminada. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo, que produce desnutrición en un niño por dificultar su alimentación que si es frecuente, puede comprometer seriamente la salud y nutrición del niño incluso provocarle la muerte.

En países en desarrollo, los niños menores de cinco años sufren de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

Etiología

Los agentes infecciosos son la causa más común de gastroenteritis aguda. Los virus, principalmente especies de rotavirus, son responsables del 70 al 80% de casos de diarrea infecciosa.

Promoción de la salud

- Suministro, calidad de agua, sanidad e higiene reducen la morbilidad por enfermedades diarreicas.
- Niños que son alimentados exclusivamente al seno materno por 6 meses experimentan menor morbilidad por infecciones gastrointestinales.
- Mejorar los sistemas de cloración doméstica, el almacenamiento seguro de agua potable y asegurar la eliminación apropiada de excretas a través de letrinas y red de drenaje, promover el lavado de manos con agua y jabón.

Para realizar la evaluación nutricional se tuvo en cuenta la clasificación del estado nutricional según estándares de la (OMS):

- ❖ De +2 a -2: nutrición normal
- ❖ Debajo de -2 a -3: desnutrición aguda moderada
- ❖ Debajo de - 3: desnutrición aguda severa⁽²¹⁾

c) Control de crecimiento y desarrollo

Para acompañarlos en el proceso de crecimiento de sus niños y demostrarles que la mejor forma de invertir en el futuro de la familia es a través de acciones de prevención que permitan mejorar las habilidades y el desarrollo de los más pequeños. Éstas apuestan a fortalecer la comunicación, uniendo grupos etéreos similares para mejorar la atención infantil en los establecimientos de salud a través de una actividad central y sub-actividades grupales, al igual que encuentros individuales. El modelo de gestión de control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, implementa una oferta individual y una colectiva, incluye al padre y se centra en el desarrollo de habilidades de crianza, cuidado y protección de los niños y niñas.

Crecimiento

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.

Desarrollo

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social.

Control de Crecimiento y Desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermero, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando

su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.⁽²²⁾

Periodicidad del control de Crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años

Esquema de Periodicidad del control de Crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años		
Grupo etáreo	Controles	Edad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida
<12 meses	11	1 m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m y 11m.
1 año	6	1a ,1a 2m, 1a4m, 1a6m, 1a8m, 1a10m.
2 años	4	2a ,2a 3m, 2a6m, 2a9m
3 años	4	3a ,3a 3m, 3a6m, 3a9m
4 años	4	4a ,4a 3m, 4a6m, 4a9m

d) Bajo peso al nacer

Está asociado con mayor riesgo de muerte fetal y neonatal durante los primeros años de vida, así como de padecer retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia.

El bajo peso del recién nacido es un indicador de malnutrición y del estado de salud de la madre. Los bebés que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos, y es de 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3.000 y 3.499 gramos.

Para el año 2012, en América Latina el índice de bajo peso al nacer se ubica en 8.6%, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 8.0% en Norte América y 15% en Honduras. El 85% de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo

peso al nacer (≤ 2.499 gramos), las causas más comunes son los nacimientos pre término y la restricción en el crecimiento fetal.⁽²³⁾

e) Vacunas básicas completas para su edad.

La cobertura de las vacunas contra el rotavirus (contra la diarrea) en niñas y niños menores de 12 meses se elevó en 2,7 puntos porcentuales, al alcanzar 80.9% en el 2013. Según lugar de residencia, en el área urbana se concentró el 80.4% y en la rural 82.2%.

Aumenta la cobertura de vacunas contra la neumonía y otras enfermedades lo que previene y disminuye la incidencia de enfermedades prevalentes en menores de 5 años favoreciendo un mejor desarrollo de ellos libres de enfermedades.

Mientras que la cobertura de vacunas contra la neumonía y otras enfermedades en menores de 12 meses de edad subió en 2,7 puntos porcentuales, al concentrar el 82.2%. En el área urbana, éste porcentaje fué de 82.0% y en el área rural 82.7%.

Siete de cada 10 niñas y niños menores de 12 meses recibieron sus vacunas básicas completas.

La vacuna, es la suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad.⁽²⁴⁾

Actividad regular: Vacunación del niño (a) menor de 5 años

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
	Recién nacido	BCG HVB
	2 meses	1 ^o dosis Pentavalente 1 ^o dosis Antipolio inactivada inyectable (IPV)

Niños menores de 1 año		1 ^o dosis contra retrovirus 1 ^o dosis Antineumocócica
	4 meses	2 ^o dosis Pentavalente 2 ^o dosis Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2 ^o dosis contra retrovirus 2 ^o dosis Antineumocócica
	6 meses	3 ^o dosis de Pentavalente Dosis única Antipolio
Niño desde los 7 a 23 meses	A partir de los 7 meses	1 ^o dosis Influenza
	Al mes de la primera dosis de influenza	2 ^o dosis Influenza
Niño de 1 año	12 meses	1 ^o dosis SPR 3 ^o dosis Antineumocócica

Niño de 1 año	De 1 a 1 año 11 meses 29 días que no fué vacunado previamente	Dos dosis Antineumocócica
Niño de 15 meses	15 meses de edad	Una dosis de vacuna Antiamarílica
Niño de 18 meses	18 meses de edad	1º refuerzo de vacuna DPT 1º refuerzo Antipolio (APO) 2º dosis de SPR
Niños de 2 ,3 y 4 años con Comorbilidad	2 ,3 ,4 años 11 meses y 29 días	Una dosis influenza Una dosis Antineumocócica
Niños de 4 años	4 años hasta 4 años 11 meses 29 días	2º refuerzo DPT 2º refuerzo Antipolio oral

f) Higiene y saneamiento deficiente

Un saneamiento y unas prácticas de higiene deficiente, así como agua potable insalubre, crean las condiciones perfectas para el desarrollo de diferentes enfermedades infecciosas vinculadas con la desnutrición. Los patógenos encontrados en las heces humanas y animales se ingieren accidentalmente cuando una persona toca su boca o toma agua y alimentos contaminados.

Se considera que los hogares tienen saneamiento básico cuando poseen servicio higiénico conectado a red pública dentro o fuera de la vivienda, letrina ventilada, pozo séptico o pozo ciego.

A nivel nacional más de ocho de cada diez hogares (88.3%) cuentan con saneamiento básico, destacando el incremento de 13,3 puntos en el área rural (de 61% a 74.3%).

Esta ingestión de patógenos a través de la ruta “fecal-oral” conduce a la diarrea, a parásitos intestinales. Estas infecciones redundan en una pobre absorción de nutrientes en el cuerpo y, por tanto, en un empeoramiento de la desnutrición.⁽²⁵⁾

2.2.5. Alimentación complementaria

De acuerdo a los lineamientos de nutrición Materno infantil, la edad a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que vá de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye la alta prevalencia de malnutrición en los niños menores de 5 años de todo el mundo.

A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente, entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente, entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna, y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años de edad.

Combinación de alimentos

El niño (a) a partir de los seis meses de edad ya puede empezar a comer toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua, trigo, avena, harina, maíz, etc. Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, alverjitas verdes. Dentro de los tubérculos papa, camote, yuca. Complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro. Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, manzanilla junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas.⁽²⁶⁾

2.2.6. Alimentos recomendados

- ✓ **Cereales:** arroz, avena, cebada, maíz, trigo, sus derivados (harinas y productos elaborados con ellas: fideos, pan, galletas) y legumbres secas (alverjas, garbanzos, lentejas): son fuente principal de hidratos de carbono y de fibra.
- ✓ **Verduras y frutas:** son fuente principal de vitaminas (C, A), de fibra y de minerales (como potasio, magnesio, etc.).
- ✓ **Leche, yogurt y queso:** aportan proteínas de alto valor y son fuente principal de calcio y vitaminas (A y D).
- ✓ **Carnes y huevos:** aportan las mejores proteínas y son fuente principal de hierro. Éste grupo incluye a todas las carnes (de animales, aves de crianza, pescados) y a los huevos de todas las aves. Además, incluye las vísceras, hígado, mondongo y corazón.

- ✓ **Aceites, frutas secas, semillas y grasas:** son fuente principal de energía y de vitamina E. Los aceites (junto con las frutas secas y las semillas) son indispensables para la vida.
- ✓ **Azúcar y dulces:** dan energía y son agradables por su sabor, pero no ofrecen sustancias nutritivas indispensables. Se consideran alimentos complementarios, es decir que completan al resto.
- ✓ El agua una sustancia indispensable para el organismo, es fuente de minerales esenciales (como calcio y magnesio) .⁽²⁷⁾

2.2.7. Intervenciones de enfermería en la prevención de la desnutrición

Fase de prevención

Educación a la embarazada sobre:

- a. Importancia de la lactancia materna.
- b. Alimentación del niño según guía de educación nutricional.
- c. Administrar micronutrientes durante el embarazo y la lactancia.
- d. Visitas domiciliarias tomando en cuenta el riesgo nutricional.
- e. Vacunación según edad y esquema.
- f. Monitoreo y control de peso.

Fase de curación

- a. Determinar el estado nutricional del niño (a) al nacer.
- b. Promover lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los primeros 6 meses.
- c. Brindar educación nutricional con énfasis en alimentación del niño según edad.
- d. Determinar el desarrollo psicomotor.
- e. Vigilancia del estado nutricional.
- f. Realizar visita domiciliaria de acuerdo al riesgo nutricional.
- g. Verificar esquema de inmunizaciones.

Fase de rehabilitación

Educación a la madre y al grupo familiar sobre:

- a. Importancia de la alimentación nutricional.
- b. Estimulación del desarrollo psicomotor del niño.
- c. Importancia de inmunizaciones.
- d. Visita domiciliaria para seguimiento.
- e. Monitoreo mensual del peso.
- f. Demostración de preparación de alimentos.⁽²⁸⁾

2.2.8. Teorías de enfermería

La desnutrición infantil obedece a múltiples factores siendo uno de ellos la pobre intervención de enfermería sobre la alimentación del niño en lo referente a la concientización y capacitación sobre la preparación de alimentos balanceados acorde con los requerimientos del niño, así como un seguimiento sobre el estado nutricional del niño de una manera periódica y responsable, por lo que la teoría de enfermería que aporta en la solución de este problema es la propuesta por Callista Roy que es promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas: persona, cuidados de enfermería, salud y entorno.

Actualmente no solo sirve “hacer bien las cosas y repetirlas tantas veces como se repita una misma situación”, hoy cada acción de cuidados requiere reflexión, identificar el problema, elegir la mejor intervención entre las posibles, llevar a cabo las actividades más pertinentes, reflexionar sobre todo el proceso realizado y buscar mejoras para explicar e intervenir en las nuevas situaciones que puedan producirse.⁽²⁹⁾

2.3. Definición de términos básicos

Factor de riesgo

Variable modificable asociada a determinada enfermedad.

Malnutrición

Aquella alimentación totalmente inadecuada para la salud de un ser vivo como consecuencia de la falta de equilibrio o variedad que presenta.

Desnutrición

Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.

Desnutrición Aguda

Se manifiesta en una deficiencia de peso con respecto a la talla (P/T), clínicamente puede presentarse con una delgadez extrema producto de la pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambre o enfermedad.

Desnutrición Crónica

Se manifiesta en un retardo de la talla con respecto a la edad (T/E), suele estar asociada a situaciones de pobreza y trae consecuencias en el individuo tales como dificultades de aprendizaje y menor desempeño económico.

Desnutrición Global

Se define como una deficiencia de peso por edad, es decir la combinatoria de las dos primeras ($P/T \times T/E = P/E$) y se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio.

Antropometría

Se refiere a la medición de las proporciones del cuerpo humano, en cuanto a tamaño y composición corporal.

Longitud/talla para la edad: Es un indicador de crecimiento que relaciona la longitud o talla de un niño o niña para la edad.

Peso bajo para la talla: Indica peso bajo con relación a la talla (P/T), sin tener en cuenta la edad.

Peso para la longitud/talla: Un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud (para menores de dos años) o con talla (para niños y niñas de dos años de edad o mayores).

Nutriente: Es una sustancia química que está dentro de los alimentos indispensables para la salud y actividad del organismo y es aprovechado y absorbido después de haber comido y digerido el alimento.

Alimentación Complementaria

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta.

Lactancia Materna

Es considerada el alimento ideal e insustituible, es la fuente de todos los nutrientes y otros numerosos componentes que el recién nacido necesita para su óptimo crecimiento y desarrollo.

Infecciones respiratorias agudas

Son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se convierten en Neumonía.

Enfermedad diarreica aguda

Es una enfermedad infecciosa producida por virus, bacterias, hongos o parásitos, que afecta principalmente a niños menores de cinco años.

Crecimiento

Es el proceso mediante el cual los seres humanos aumentan su tamaño y se desarrollan hasta alcanzar la forma y la fisiología propia de su estado de madurez.

Desarrollo

Efecto combinado de los cambios en tamaño y complejidad o en composición, así como de los cambios resultantes de la maduración y del aprendizaje.

Control de Crecimiento y Desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la

niña y el niño, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades.

Vacunas

Cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos.

Bajo peso al nacer

El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500 gramos) en el momento de nacer.

Prevalencia

Es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad.

Mortalidad Infantil

Es una variable demográfica que indica el número de niños menores de un año de edad fallecidos a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

Pobreza

Es la situación o condición socioeconómica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida.

Vitamina C

Se necesita para el crecimiento y reparación de tejidos en todas las partes del cuerpo.

Vitamina A

Ayuda a la formación y al mantenimiento de dientes, tejidos blandos y óseos, membranas mucosas y piel sana, se almacena en el hígado.

Vitamina B12

Ayuda a la formación de glóbulos rojos en la sangre y al mantenimiento del sistema nervioso central.

Control prenatal

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Hierro

Es un mineral que se encuentra en cada célula del cuerpo. Se considera un mineral esencial debido a que se necesita para producir hemoglobina, una parte de las células sanguíneas.

Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso, al igual que la obesidad se caracteriza por el aumento del peso corporal y se acompaña a una acumulación de grasa en el cuerpo.

Vitaminas

Son sustancias químicas no sintetizables por el organismo, presentes en pequeñas cantidades en los alimentos y son indispensables para la vida, la salud, la actividad física y cotidiana.

Absorción

Proceso por el cual los nutrientes contenidos en los alimentos aportados por la dieta pasan del aparato digestivo al torrente sanguíneo.

Deshidratación

Ocurre cuando se pierde más líquido que se ingiere, y el cuerpo no tiene suficiente agua y otros líquidos para llevar a cabo sus funciones normales.

Sobre nutrición

Es una forma de malnutrición en la cual se consumen nutrientes de forma excesiva en relación a las cantidades necesarias para el crecimiento normal, el desarrollo y el metabolismo.

2.4. Hipótesis

No aplica

2.5. Variables

V.Dependiente: Estado nutricional del niño menor de 5 años

V.Independiente: Factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años

2.5.1. Definición conceptual de la variable

- Enfermedades infecciosas respiratorias: Episodios de infecciones respiratorias virales o bacterianas que presenta el infante.
- Enfermedades infecciosas diarreicas: Episodios de enfermedades diarreicas agudas que presenta el infante.
- Número de vacunaciones: Grado de cumplimiento del calendario de vacunación por parte del infante.
- Número de evaluaciones de Crecimiento y desarrollo: Grado de cumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo del infante.
- Calidad de servicios de agua y saneamiento: Calidad de servicios de agua y desagüe y servicios higiénicos de que goza el infante.
- Educación de la madre: Grado de instrucción de la madre.
- Edad del niño : Años cumplidos

2.5.2. Definición operacional de la variable

- Enfermedades infecciosas respiratorias: Variable categórica que será medida en escala dicotómica.
- Enfermedades infecciosas diarreicas: Variable categórica que será medida en escala dicotómica.
- Número de vacunaciones: Variable categórica que será medida en escala dicotómica.
- Número de evaluaciones de Crecimiento y desarrollo: Variable categórica que será medida en escala dicotómica.
- Calidad de servicios de agua y saneamiento: Variable categórica que será medida en escala dicotómica.
- Educación de la madre: Variable categórica que será medida en escala politómica ordinal.
- Edad del niño: Variable numérica que será medida en escala ordinal.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
Estado nutricional del niño menor de 5 años	Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	V. categórica que será medida en escala dicotómica	-Peso -Edad	-Desnutrido -Normal	Ficha de datos	Historia clínica
			-Enfermedades infecciosas respiratorias	-Más de 6 episodios anuales -Menos de 6 episodios anuales	Ficha de datos	Historia clínica
Factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica	Variable modificable asociada a determinada enfermedad.	V. categórica que será medida en escala dicotómica	-Enfermedades infecciosas diarreicas	-Más de 2 episodios anuales -Menos o igual a 2 episodios anuales	Ficha de datos	Madre
			-Número de vacunaciones	-Vacunas incompletas -Vacunas completas	Ficha de datos	Tarjeta de vacunación
			-Número de evaluaciones de Crecimiento y Desarrollo	-CRED incompleto -CRED completo	Ficha de datos	Tarjeta de CRED
			-Calidad de servicios de agua y saneamiento	-Inadecuado -Adecuado	Ficha de datos	Madre
			-Educación de la madre	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Superior	Ficha de datos	Madre
			-Edad del niño	-1 año, 2 años, 3 años y 4 años	Ficha de datos	Madre

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Transversal: Se recogió la información en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, con el propósito de describir las variables, para realizar el análisis de la información.

Descriptiva: Porque se consideró una variable con la finalidad de asociarlos.

Retrospectiva: Porque el efecto ya estuvo presente y los datos que motivaron la desnutrición pertenecen al pasado.

Observacional: Porque el investigador no intervino en las variables.

Nivel de Investigación: descriptiva

Método: Inductivo

3.2. Descripción del ámbito de la investigación

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo del distrito de Pueblo Nuevo.

3.3. Población y muestra

Población

La población estuvo constituida por los niños menores de 5 años que acudieron atenderse en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo durante enero a junio del 2016 que son 98 niñas y niños menores de cinco años.

Muestra

$$n = \frac{Z^2 p^* q * N}{E^2 (N-1) + Z^2 * p^* q} = \frac{1.96^2 0.1 * 0.9 * 98}{0.05^2 (98-1) + 1.96^2 * 0.1 * 0.9} = \frac{33.8}{0.6} = 56$$

N= 98 Población

Z= 1.96 valor de "Z" en la distribución normal al 95% de confianza

E= 0.05 error muestral

$p= 0.1$ prevalencia de desnutrición crónica

$q= 0.9$ $1-p$

$n= 56$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños con historias clínicas completas

Madres que brinden información requerida.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños con historias clínicas incompletas.

Madres que no brinden información requerida.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Técnica

Documental pues se recurrió a registros estadísticos como es la historia clínica y los datos que faltan fueron completados con la información que brindó la madre.

Instrumento

Es una ficha de recolección de datos Ad Hoc

3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos

Para la recolección de los datos de las niñas y niños menores de cinco años se recogió la información del Sistema Informático del Estado Nutricional de niños menores de cinco años (SIEN) del área de estadística del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, todos ellos necesarios y que permitieron el procesamiento de la información. Luego de obtener la información sobre la ubicación del hogar en la jurisdicción del Centro de Salud de Pueblo Nuevo se realizó la encuesta de la madre del niño menor de cinco años con desnutrición crónica para su consolidación.

El procesamiento de datos se realizó mediante una base de datos, se elaboró tablas estadísticas de una y dos entradas, las que se transportaron al software Microsoft Office Excel 2016 para su interpretación y elaboración definitiva, la redacción del informe final de la investigación se realizó en el procesador de textos Microsoft Office Word 2016.

Para el procesamiento de datos de peso y talla el software informático del (SIEN) contrastó los datos de Talla/edad con el patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las cuales están basadas en un estudio que involucró a niños de países africanos, europeos y latinoamericanos, dando un acercamiento más exacto a nuestra realidad, cuya aplicación permitió unificar criterios. La clasificación del estado nutricional se realizó en un rango de -3 a +3 Desviación Estándar (DE) y se procesaron según los patrones de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde los datos de T/E se ubiquen entre -2 a -3 (DE) se clasificarán como niños o niñas con desnutrición crónica.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLAS DESCRIPTIVAS

TABLA Nº 1

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN EDAD

EDAD EN AÑOS	Nº	PORCENTAJE
1 año	18	32.1%
2 años	18	32.1%
3 años	6	10.7%
4 años	14	25.0%
Total	56	100.0%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa una mayor frecuencia de niños entre 1 y 2 años de edad que presenta el (32.1%) cada grupo, seguido de 4 años de edad que presenta el (25.0%) y niños de 3 años de edad que presenta el (10.7%) que obedece al criterio de selección con que se tomó la muestra.

GRÁFICO N° 01

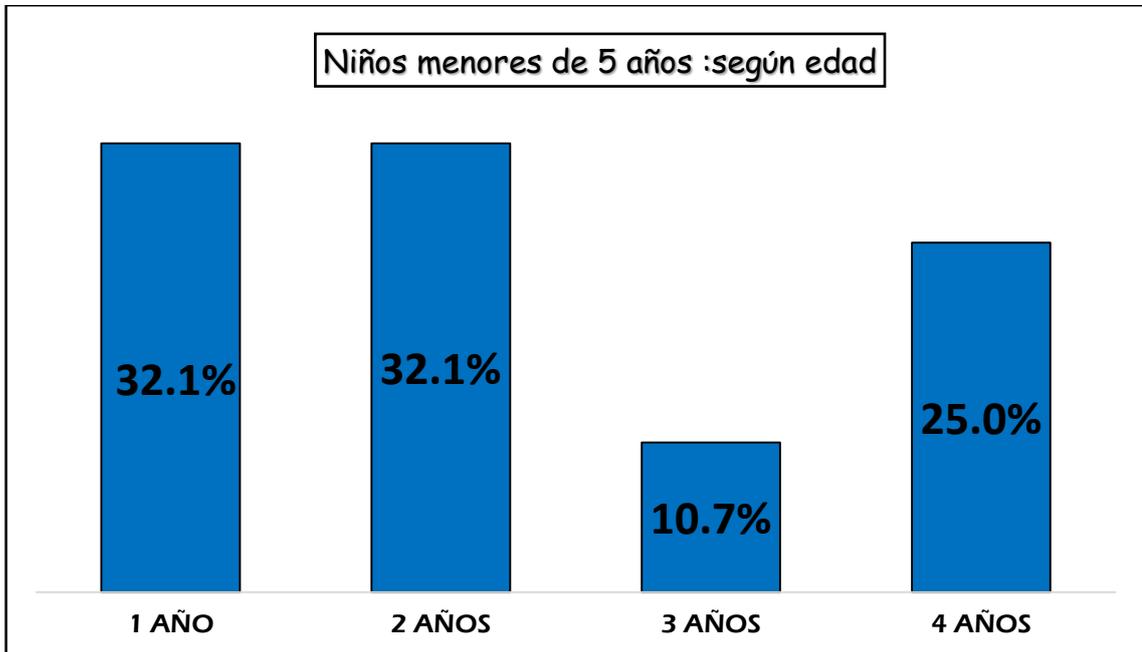


TABLA N° 2

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN SEXO

SEXO	N°	PORCENTAJE
Femenino	31	55.4%
Masculino	25	44.6%
Total	56	100.0%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa una mayor frecuencia de sexo femenino que presenta el (55.4%), mientras que el sexo masculino presenta el (44.6%), similares a los porcentajes que presenta la población de Ica.

GRÁFICO Nº 02

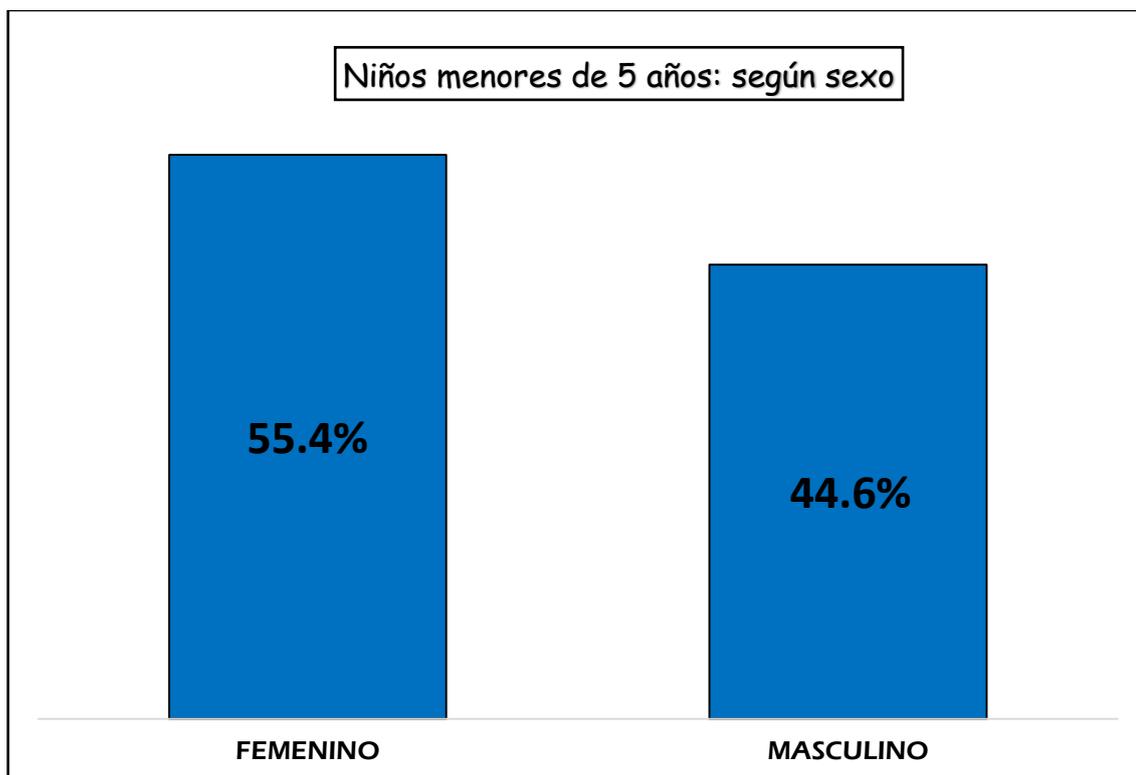


TABLA Nº 3

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN NÚMERO DE EPISODIOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Nº DE EPISODIOS DE IRA	Nº	PORCENTAJE
De 6 a más episodios	17	30.4%
Menos de 6 episodios	39	69.6%
Total	56	100.0%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa que el (69.6%) presentó menos de 6 episodios de infección respiratoria aguda, mientras que el (30.4%) de los niños presentó de 6 a más episodios de infección respiratoria aguda, lo que los pone en condición de vulnerabilidad para desnutrición crónica.

GRÁFICO Nº 03

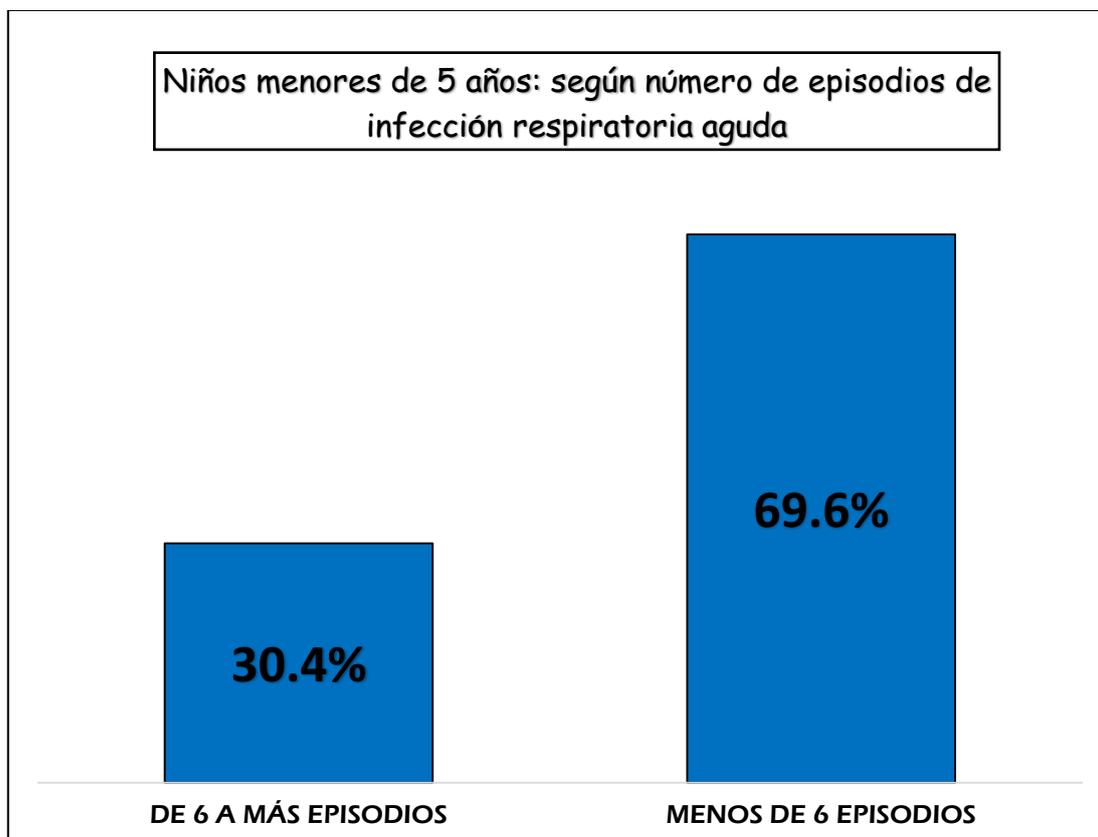


TABLA Nº 4
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN NÚMERO DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA ANUALES

Nº DE EPISODIOS DE EDA	Nº	PORCENTAJE
Más de 2 episodios	24	42.9%
De 2 episodios a menos	32	57.1%
Total	56	100.0%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa que el (57.1%) presentó de 2 episodios a menos de enfermedad diarreica aguda, mientras que el (42.9%) de niños presentó más de 2 episodios de enfermedad diarreica aguda, condición desfavorable para este grupo de niños que están en riesgo de desnutrición crónica.

GRÁFICO Nº 04

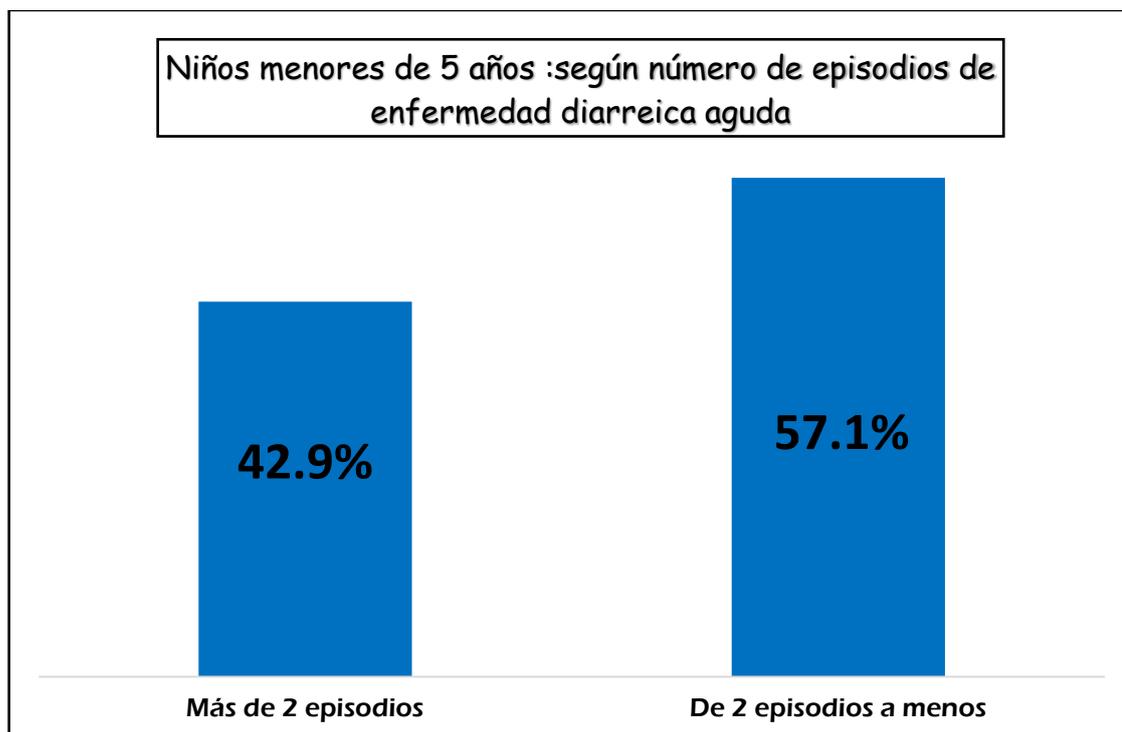


TABLA Nº 5

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN NÚMERO DE VACUNAS

VACUNAS	Nº	PORCENTAJE
Incompletas	10	17.9%
Completas	46	82.1%
Total	56	100.0%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa el (82.1%) de niños tienen vacunaciones completas y el (17.9%) de niños presentan vacunaciones incompletas, que pone en riesgo a éste grupo de presentar enfermedades prevalentes de la primera infancia que redundaría en el estado nutricional del niño.

GRÁFICO Nº 05

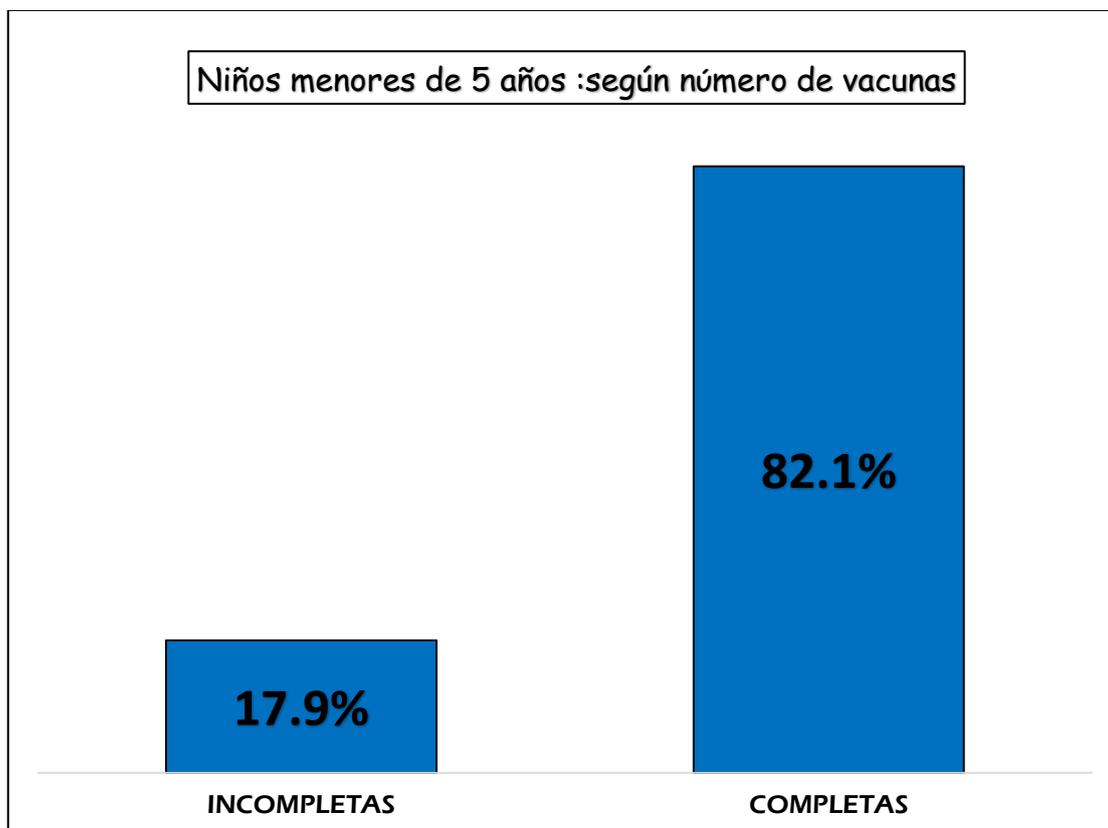


TABLA Nº 6

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN NÚMERO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CRED	Nº	PORCENTAJE
Incompleto	24	42.9%
Completo	32	57.1%
Total	56	100.0%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa que el (57.1%) tienen controles de crecimiento y desarrollo completos, mientras que el (42.9%) de niños presentan control de crecimiento y desarrollo incompletos condición grave pues los padres se encuentran con menor información de la importancia del desarrollo adecuado que debe tener su niño, así mismo el diagnóstico del mal estado nutricional se realizaría tardíamente.

GRÁFICO N° 06

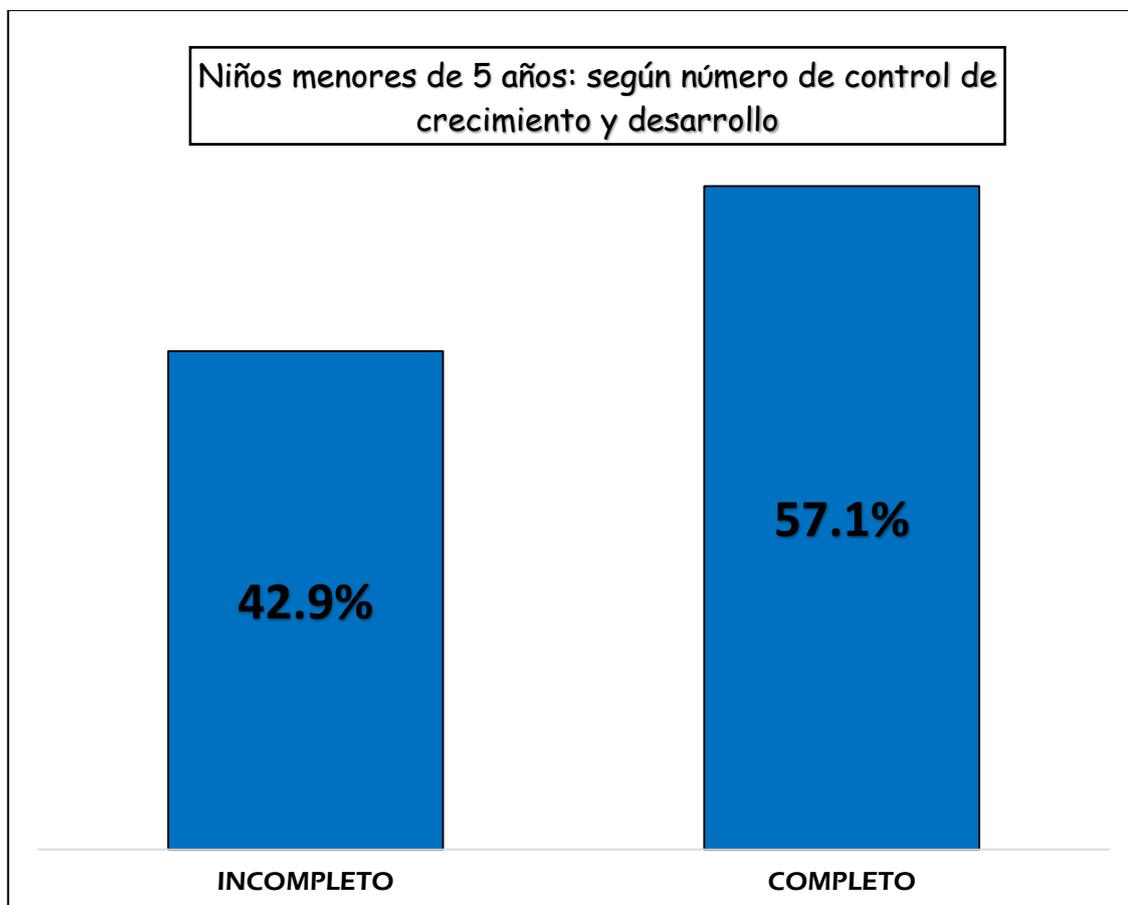


TABLA N° 7

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN SANEAMIENTO DOMICILIARIO

SANEAMIENTO DOMICILIARIO	N°	PORCENTAJE
Inadecuado	39	69.6%
Adecuado	17	30.4%
Total	56	100.0%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa que el (69.6%) de los niños viven en domicilios con saneamiento domiciliario inadecuado, lo que facilita la proliferación de vectores que transmiten enfermedades infecciosas que desnutren al niño al dificultar su alimentación adecuada, mientras que el (30.4%) de niños que viven en domicilios con saneamiento básico adecuado.

GRÁFICO Nº 07

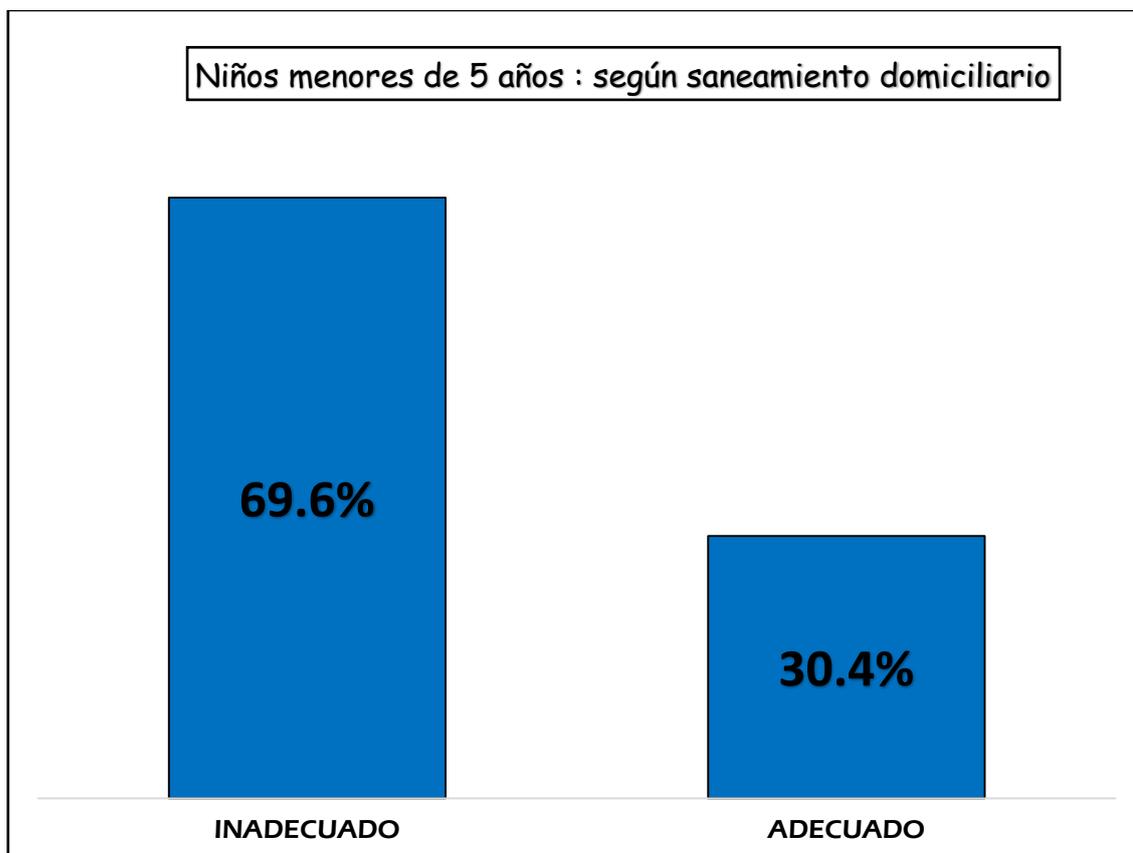


TABLA Nº 8

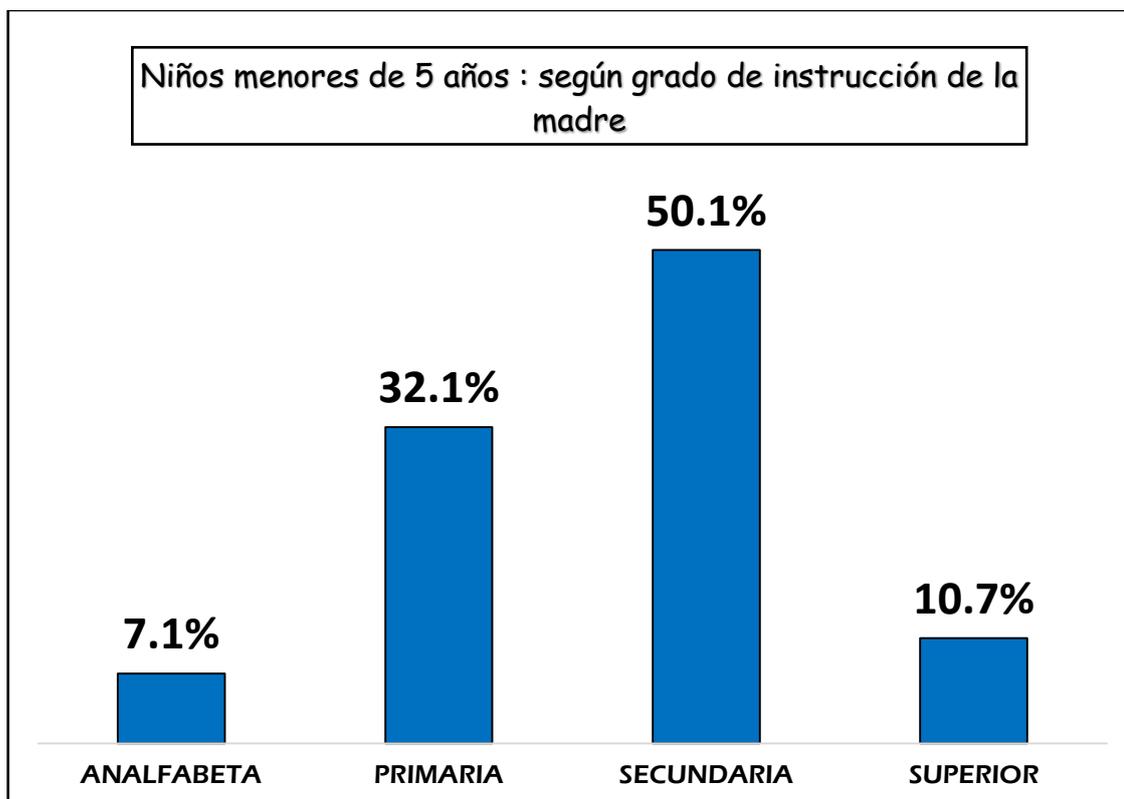
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	Nº	PORCENTAJE
Analfabeta	4	7.1%
Primaria	18	32.1%
Secundaria	28	50.1%
Superior	6	10.7%
Total	56	100.0%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa que el (50.1%) de los niños tienen madre con grado de instrucción secundaria, el (32.1%) madre con grado de instrucción primaria, mientras que el (10.7%) superior y el (7.12%) analfabeta, estando éste último en mayor riesgo de presentar desnutrición.

GRÁFICO Nº 08



TABLAS CRUZADAS

TABLA Nº 9

ESTADO NUTRICIONAL Y NÚMERO DE EPISODIOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

EPISODIOS DE IRA	DESNUTRIDO		NORMAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 6 a más episodios	12	42.9%	5	17.9%	17	30.4%
Menos de 6 episodios	16	57.1%	23	82.1%	39	69.6%
Total	28	100%	28	100%	56	100%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa una mayor proporción de niños desnutridos en el grupo de los que presentaron 6 a más episodios de infección respiratoria aguda (42.9%) en relación a los normales (17.9%).

GRÁFICO Nº 09

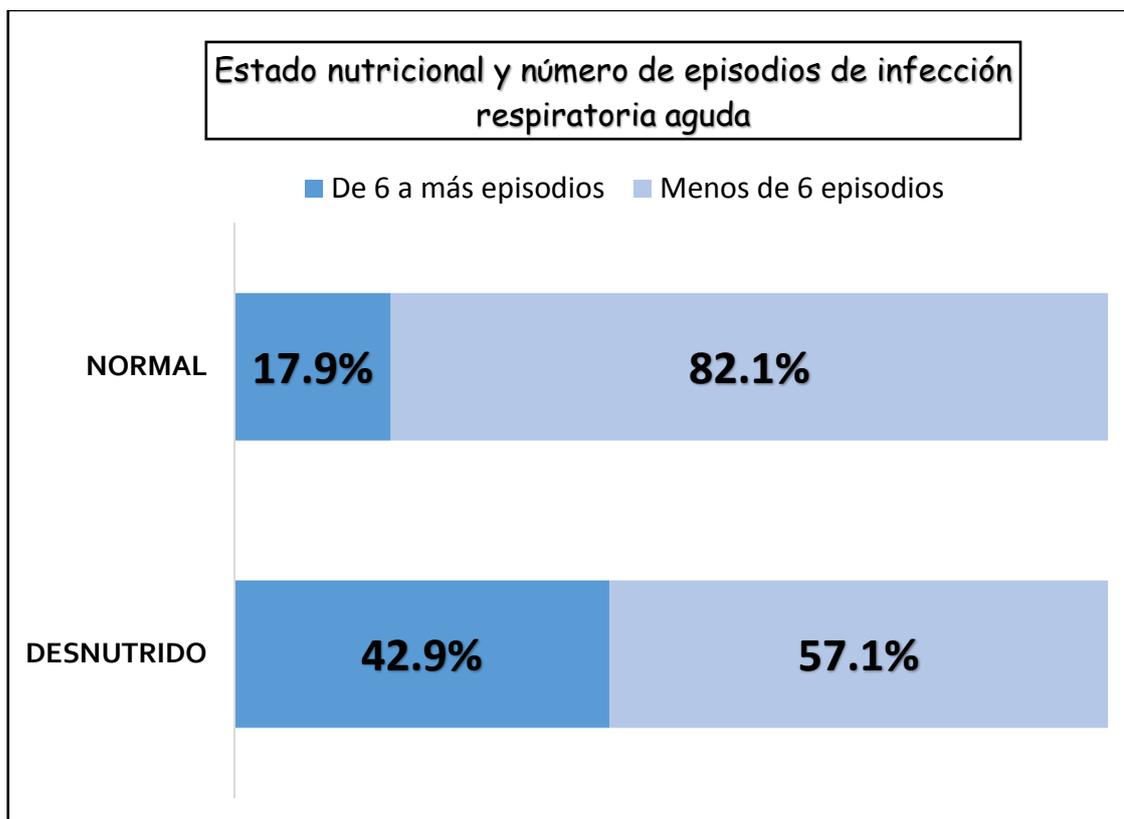


TABLA Nº 10

ESTADO NUTRICIONAL Y NÚMERO DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

EPISODIOS DE EDA	DESNUTRIDO		NORMAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 3 a más episodios	16	57.1%	8	28.6%	24	42.9%
De 2 a menos episodios	12	42.9%	20	71.4%	32	57.1%
Total	28	100%	28	100%	56	100%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa una mayor proporción de niños desnutridos que presentaron 3 a más episodios de enfermedad diarreica aguda (57.1%) en relación a los normales (28.6%).

GRÁFICO Nº 10

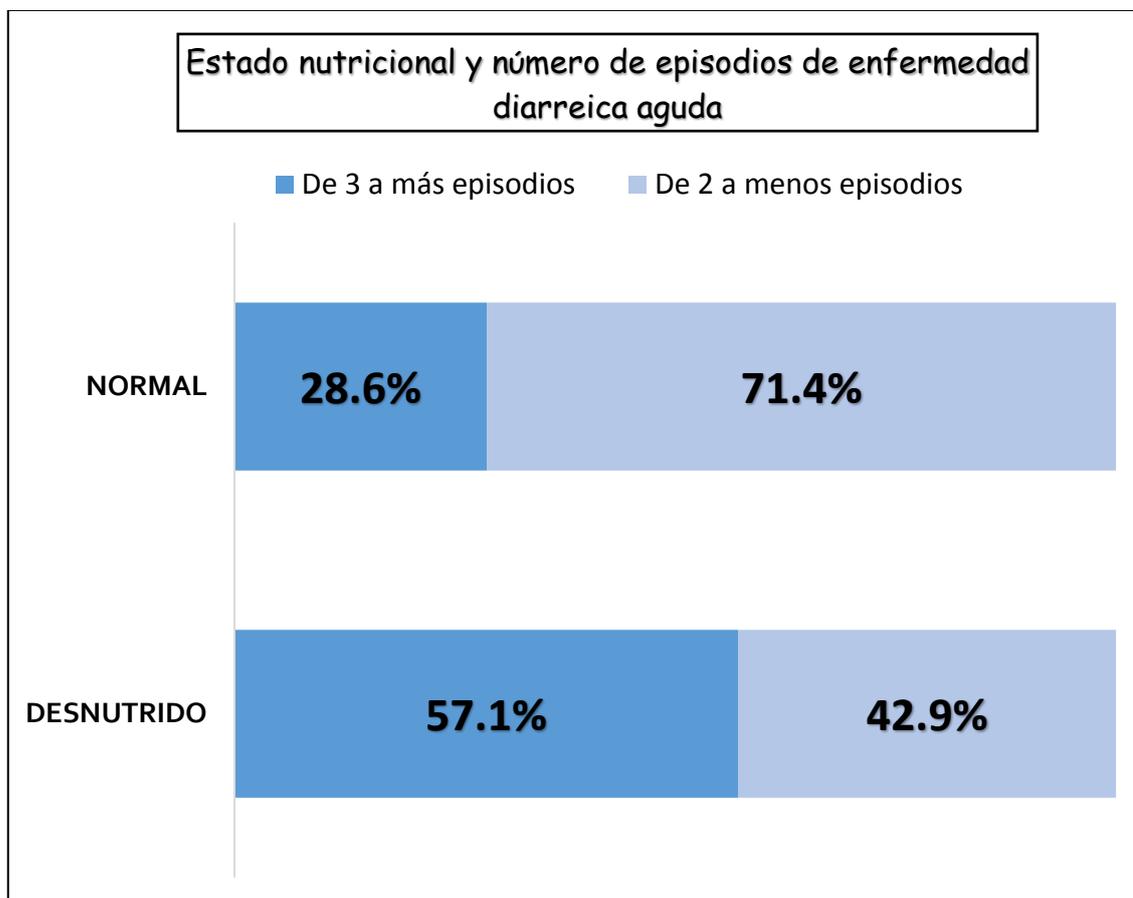


TABLA Nº 11

ESTADO NUTRICIONAL Y VACUNACIONES

VACUNACIONES	DESNUTRIDO		NORMAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Incompletas	8	28.6%	2	7.1%	10	17.9%
Completas	20	71.4%	26	92.9%	46	82.1%
Total	28	100%	28	100%	56	100%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa que existe mayor proporción de niños desnutridos en el grupo que presentó vacunaciones incompletas (28.6%), mientras que en los normales son el (7.1%) de este mismo grupo.

GRÁFICO N° 11

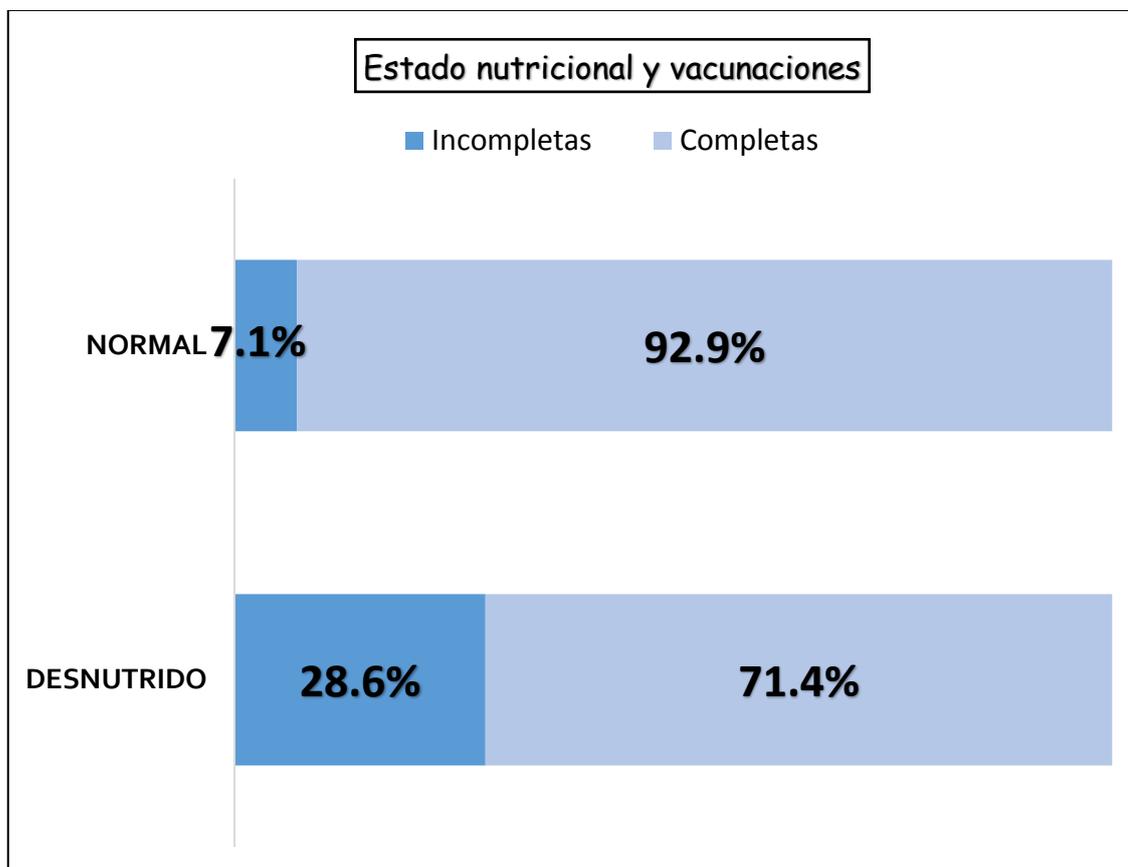


TABLA N° 12
ESTADO NUTRICIONAL Y CONTROLES DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO

Controles de Crecimiento y Desarrollo	DESNUTRIDO		NORMAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Incompleto	14	50.0%	10	35.7%	24	42.9%
Completo	14	50.0%	18	64.3%	32	57.1%
Total	28	100%	28	100%	56	100%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa una mayor proporción de niños desnutridos en el grupo que presentó controles de crecimiento y desarrollo incompletos (50%), mientras que en los normales son el (35.7%) de este mismo grupo.

GRÁFICO N° 12

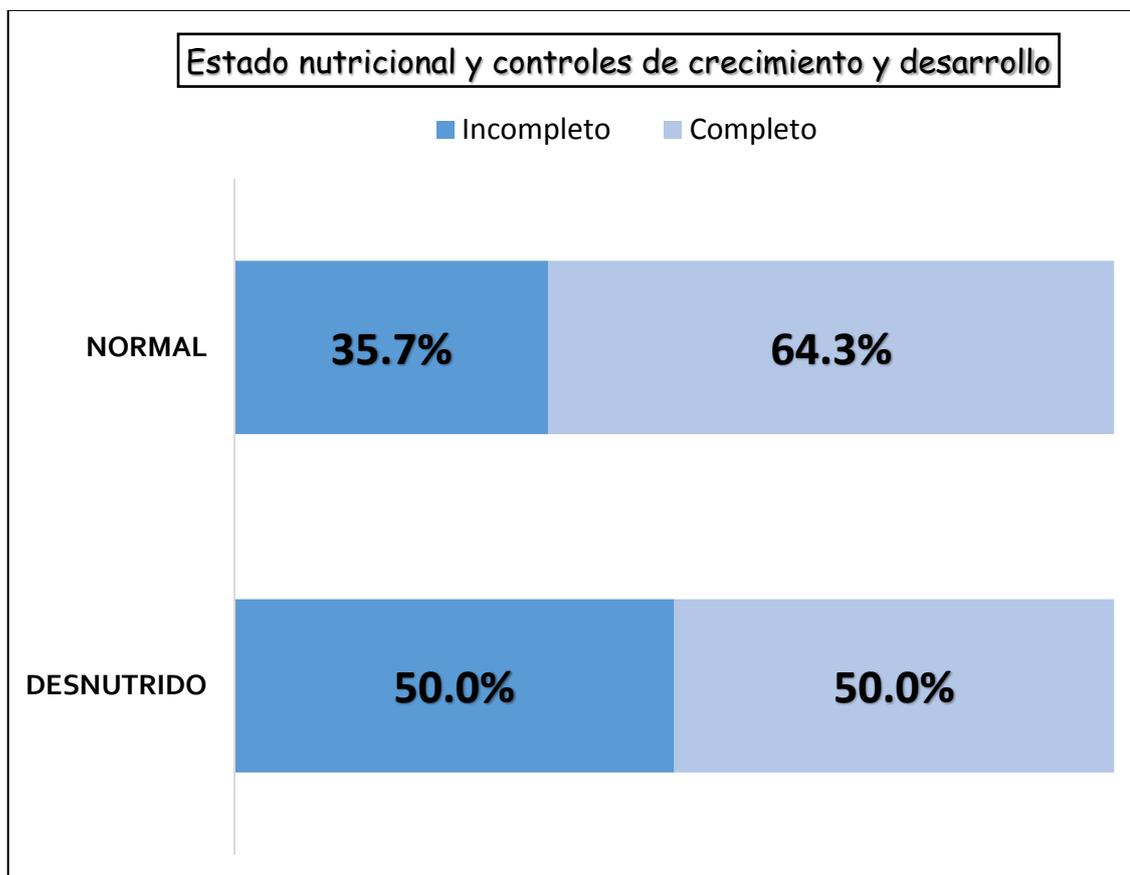


TABLA N° 13

ESTADO NUTRICIONAL Y SANEAMIENTO DOMICILIARIO

Saneamiento Domiciliario	DESNUTRIDO		NORMAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Inadecuado	24	85.7%	15	53.6%	39	69.6%
Adecuado	4	14.3%	13	46.4%	17	30.4%
Total	28	100%	28	100%	56	100%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa en relación al saneamiento domiciliario, se observa que existe mayor proporción de niños desnutridos en el grupo de los que viven en domicilios con saneamiento básico inadecuado (85.7%) en comparación a los normales que son el (53.6%).

GRÁFICO N° 13

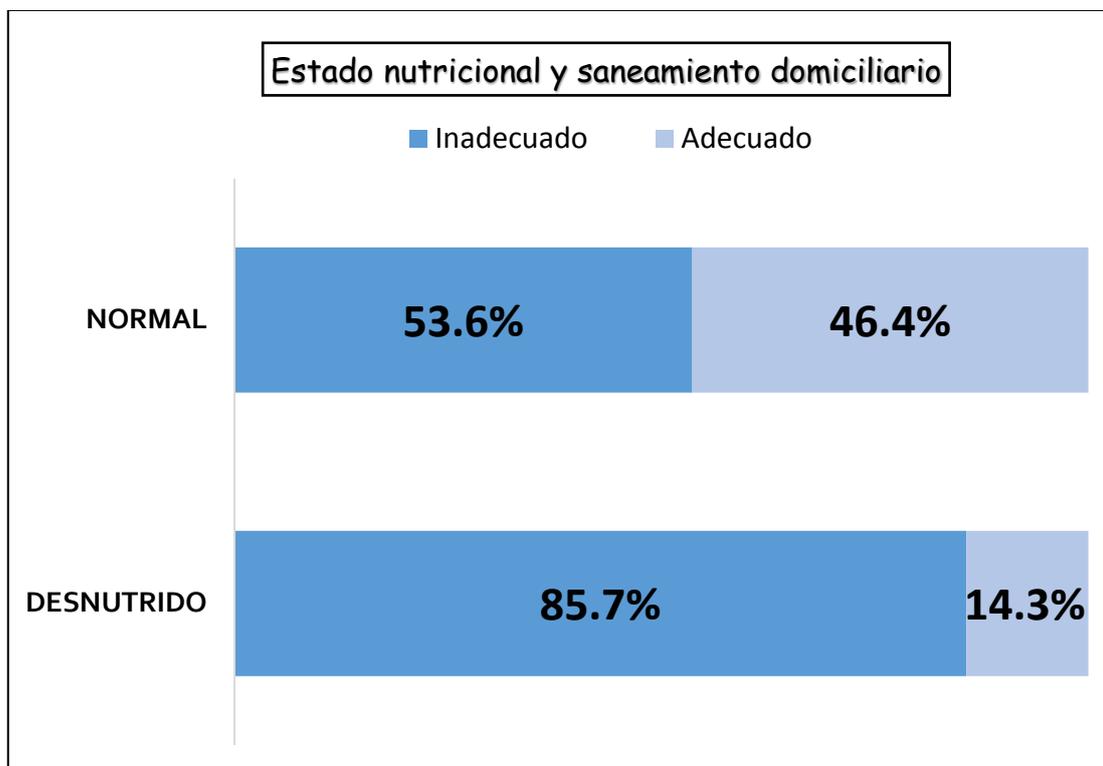


TABLA N° 14

ESTADO NUTRICIONAL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

Grado de Instrucción de la madre	DESNUTRIDO		NORMAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	3	10.7%	1	3.6%	4	7.1%
Primaria	13	46.4%	5	17.9%	18	32.1%
Secundaria	10	35.7%	18	64.3%	28	50.1%
Superior	2	7.1%	4	14.3%	6	10.7%
Total	28	100%	28	100%	56	100%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa que los niños que tienen madres con grado de instrucción analfabeta y primaria tienen más posibilidades de estar desnutridos (53.6%) que si tuvieran madres con grado de instrucción secundaria y superior (25%).

GRÁFICO N° 14

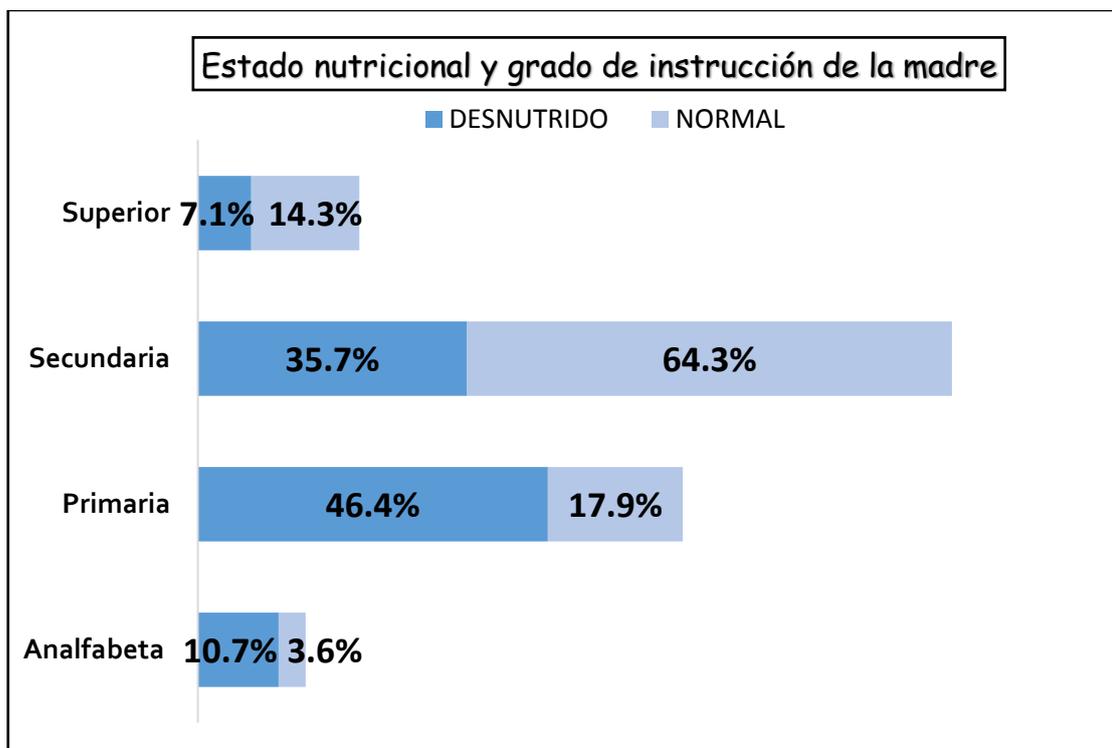


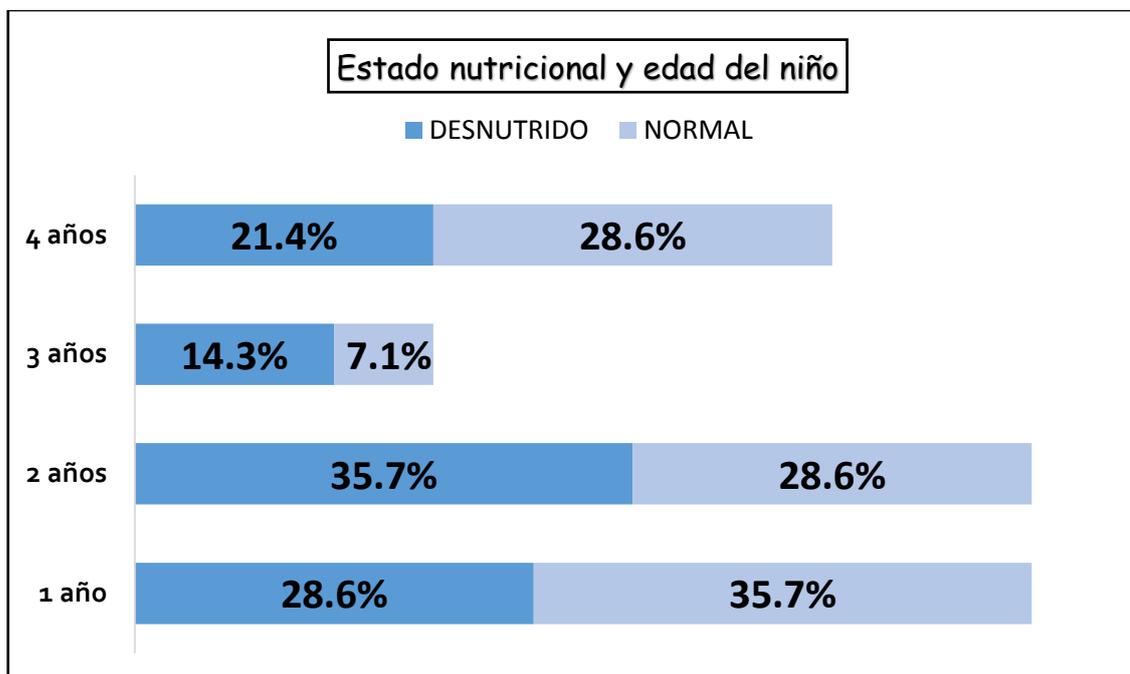
TABLA N° 15
ESTADO NUTRICIONAL Y EDAD DEL NIÑO

Edad	DESNUTRIDO		NORMAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 año	8	28.6%	10	35.7%	18	32.1%
2 años	10	35.7%	8	28.6%	18	32.1%
3 años	4	14.3%	2	7.1%	6	10.7%
4 años	6	21.4%	8	28.6%	14	25.1%
Total	28	100%	28	100%	56	100%

Fuente: Cs. Pueblo Nuevo

Interpretación: En la tabla se observa que los niños de 2 años de edad presentan un porcentaje de (35.7%), de 3 años (14.3%) son los que presentan frecuentemente desnutrición en comparación de los que están normales, mientras que la desnutrición es menos frecuente en las edades de 1 que presenta el (28.6%) y 4 años (21.4%) respectivamente.

GRÁFICO N° 15



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la tabla N° 01 se encontró que la mayoría de niños evaluados fueron de 4 años, seguido de los que tenían 1 y 2 años, y en menor frecuencia los que tenían 3 años ello debido a que los niños fueron seleccionados por criterios de estado nutricional.

En la tabla N° 02 se muestra que en su mayoría 55.4% eran de sexo femenino que guarda relación con la distribución demográfica de la ciudad de Ica.

En la tabla N° 03 el 30.4% de los niños presentaron episodios de infección respiratoria aguda en un número de 6 a más episodios en un año lo que pondría en riesgo a desnutrirse.

En la tabla N° 04 el 42.9% de niños presentó episodios de enfermedad diarreica aguda de 3 a más que se con número que afectaría la normal nutrición del niño, es un porcentaje bastante alto que estaría en relación a las normas básicas de saneamiento y cuidado en la preparación de alimentos.

En la tabla N° 05 respecto a las vacunaciones existe un 17.9% de niños desprotegidos lo que pone en mayor riesgo de presentar enfermedades que afectarían su nutrición y desarrollo.

En la tabla N° 06 existe un 42.9% de niños que tienen sus controles de crecimiento y desarrollo incompletos lo que estaría demostrando que la cobertura en este programa es bajo, conociendo además que un buen control en número y calidad estaría garantizando un niño en mejores condiciones nutricionales.

En la tabla N° 07 el saneamiento básico domiciliario solo se presentó adecuado en el 30.4% de los niños, mientras que el 69.6% están viviendo en ambientes insalubres que expone a múltiples enfermedades que en su conjunto afectaría severamente su nutrición, crecimiento y desarrollo.

En la tabla N° 08 el 50.1% de los niños tienen madre con grado de instrucción secundaria, el 32.1% tienen madre con grado de instrucción primaria, mientras que el 10.7% superior y el 7.12% analfabeta, estando este último en mayor riesgo de presentar desnutrición, debido a que la gran responsabilidad de la nutrición del niño recae en la madre.

Para determinar la relación entre los factores de riesgo y el estado nutricional se realizó las tablas cruzadas:

En la tabla N° 09 se determinó que una mayor proporción de episodios de infecciones respiratorias agudas en los niños que son desnutridos (42.9%) que en los normales (17.9%), lo que indicaría que al presentar infecciones respiratorias agudas pone en riesgo de afectar el estado nutricional y en éste rubro tenemos el 30.4% de los niños de Pueblo Nuevo.

En la tabla N° 10 al evaluar los episodios de enfermedad diarreica aguda y su relación con el estado nutricional se encontró una mayor proporción de desnutridos en aquellos niños que presentaron más de 2 episodios de enfermedad diarreica aguda (57.1%) que en los normales (28.6%) lo que indicaría que es un factor que pone en riesgo de desnutrirse pues en cada episodio el niño deja de nutrirse y está en un estado de pérdida de calorías con riesgo en muchos casos de muerte según la gravedad de la enfermedad. Este factor está en relación al estado de salubridad en que vive el niño, así como al cuidado de higiene que tienen los alimentos, en este sentido el 42.9% de los niños de Pueblo Nuevo estarían en riesgo.

En la tabla N° 11 las vacunas como sustancias que protegen a los niños de presentar ciertas enfermedades que dificultan la normal nutrición del niño, encontramos que el porcentaje de niños desnutridos es mayor en aquellos niños que tienen sus vacunas incompletas (28.6%) que en los que tienen vacunas completas (7.1%) por lo que es fundamental que los niños se encuentren vacunados, y en este rubro tenemos el 17.9% de niños de Pueblo Nuevo que estarían en riesgo de presentar enfermedades que son evitadas por las vacunas.

En la tabla N° 12 un factor a tener en cuenta son los controles de crecimiento y desarrollo como medio de identificar precózmamente alteraciones en el estado nutricional del niño lo que afectaría el crecimiento y desarrollo de los mismos, en este sentido se encontró que el 50% de niños desnutridos no tuvieron un control completo de crecimiento y desarrollo en el programa llevado por el Centro de salud de Pueblo Nuevo, este porcentaje es mayor que en los niños normales que solo el 35.7% de ellos tuvieron controles incompletos de

crecimiento y desarrollo. El 42.9% de los niños de Pueblo Nuevo se encuentran con controles de crecimiento y desarrollo incompletos. Soria A, Vaca A. (2012)⁽⁶⁾ en Ecuador identifica al control del niño sano como factor de riesgo para desnutrición infantil siempre y cuando no cuente con el número adecuado de controles.

En la tabla N° 13 el saneamiento básico en los domicilios es un factor importante analizar pues de ello depende mucho de las enfermedades sobre todo las diarreicas de diferente rigen, así se encontró que la desnutrición es más frecuente en aquellos niños que viven en domicilios con saneamiento básico inadecuado (85.7%) mientras que el (53.6%) de niños normales proceden de viviendas que tienen un saneamiento básico inadecuado. Y en este sentido el 69.6% de niños del Pueblo Nuevo estarían en riesgo pues proceden de domicilios con saneamiento básico inadecuado. Salcedo S. (2012)⁽⁹⁾ identifica a la pobreza como factor de riesgo para la desnutrición infantil, sabiendo que la pobreza está asociado a bajos niveles de saneamiento domiciliario.

En la tabla N° 14 en relación de niños que tienen madres con grado de instrucción analfabeta y primaria como grupos de riesgo se encontró que son los que están en riesgo de desnutrirse, pues la frecuencia de niños desnutridos es mayor en este grupo de niños (10.7% y 46.4%) en comparación de los normales (3.6% y 17.9%) respectivamente, por lo que el nivel de instrucción de la madre influye en el estado nutricional del niño, pues en el grupo de niños que tienen madres con nivel de instrucción secundaria y superior el porcentaje de desnutrición es menor comparando con los normo pesos. En este rubro el 39.2% de niños de Pueblo Nuevo proceden de madres con nivel de instrucción analfabeta y primaria. Coronado Z. (2014)⁽⁴⁾, en su estudio en Guatemala también identifica al analfabetismo de la madre como factor asociado a la desnutrición de sus hijos. De igual manera Iracema A. (2013)⁽⁵⁾ también en Guatemala determinó que el nivel instructivo primara se encuentra asociado a la desnutrición de sus hijos. Mariños C. (2014)⁽⁸⁾ en el Perú concluye que el bajo nivel educativo de la madre determina desnutrición infantil. Gutiérrez W. (2011)⁽¹⁰⁾ en Perú concluye que el nivel de instrucción de la madre, el

analfabetismo o primaria incompleta aumentan cuatro y dos veces más el riesgo de desnutrición respectivamente.

En la tabla N° 15 se muestra que la desnutrición en niños menores de 5 años es más prevalente en los niños de 2 y 3 años, en comparación con los niños de 1 y 4 años, lo que demuestra que las edades entre 2 y 3 años son vulnerables por su mayor dependencia de la madre, los niños de 1 año probablemente no recibieron una adecuada lactancia materna, y los de 4 años son niños que van dependiendo menos de sus padres en comparación con los niños de menor edad.

CONCLUSIONES

- ✓ Los episodios de infección respiratoria aguda de 6 a más se presenta con mayor frecuencia en los desnutridos.
- ✓ Los episodios de enfermedad diarreica aguda de 3 a más se presenta con mayor frecuencia en los niños desnutridos.
- ✓ Los niños desnutridos son los que con mayor frecuencia tienen vacunaciones incompletas.
- ✓ Los niños desnutridos son los que con mayor frecuencia tienen controles de crecimiento y desarrollo incompletos.
- ✓ El saneamiento domiciliario inadecuado es más frecuente en los niños desnutridos.
- ✓ Los niños desnutridos son los que con mayor frecuencia tienen madre con grado de instrucción analfabeta y primaria.
- ✓ Los niños desnutridos son más frecuentes en las edades de 1,2 y 3 años.

RECOMENDACIONES

1.- Alertar a la población sobre la gravedad de las infecciones respiratorias agudas por lo que hay llevar a su niño al Centro de salud en estadíos tempranos de la enfermedad son importantes para un mejor control de los mismos.

2.- Promover estilos de vida saludables con alimentación higiénica, lavado de manos después de usar los servicios higiénicos y antes de alimentarse, además de controles periódicos de sus niños a fin de tratar adecuadamente enfermedades como parasitosis.

3.- Ampliar la cobertura de vacunaciones a través de visitas domiciliarias, con la estrategia de censar a todos los niños de la comunidad.

4.- Insistir en el control de crecimiento y desarrollo, para ello se debe captar más madres con niños en riesgo de desnutrición.

5.- Enseñar buenas conductas de higiene domiciliario, para ello se debe dar a conocer los lugares donde deben estar los focos infecciosos como letrinas, botaderos y la forma como debe eliminarse los desechos.

6.- Capacitar sobre todo a las madres que tienen niveles de instrucción inferiores a fin de evitar el efecto que podría tener esta deficiencia en la nutrición del niño, enseñándole dietas cómodas, nutritivas e higiénicas.

7.- Reforzar los controles del estado nutricional de los niños de entre 1,2 y 3 años, pues son más vulnerables que los de 4 años tratando de evitar el abandono de sus controles en ninguno de los años, pero con mayor razón en los de 1 ,2 y 3 años.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. Documento técnico Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 – 2016 R.M. - N° 258 - 2014/MINSA. Instituto Nacional de Salud. 2014. Lima. Perú. Pág. 15 Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/directivas/005_Plan_Reducccion.pdf
2. Perú inversión en la infancia .Factor clave para la erradicación de la pobreza. Edición 123.2014. Lima. Perú. Pág.01
3. Oficina de Epidemiología / Unidad de Investigación Epidemiológica y Análisis situacional de salud (ASIS) Análisis Situacional de Salud del Instituto Nacional de Salud del Niño – 2014. Volumen N°14 Edición - 2015
4. Gonzáles Y, Díaz C. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la Ciudad de Cartagena. Universidad de Cartagena. Colombia. Rev. salud pública. 17 (6): 836-847, 2015. Pág.837 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a02.pdf>
5. Reporte del Sistema Informático del Estado Nutricional (SIEN) 2015. Red de Salud de Ica. Ica. Pág.07
6. Coronado Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años en el Puesto de Salud del Valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala durante los meses de julio 2012 a febrero 2013. Universidad Rafael Landivar. Facultad de Ciencias de la Salud. Sep 2014. Pág.25-28-43-54. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>
7. Iracema A. Representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil en la aldea San José Nacahuil, San Pedro Ayampuc-Guatemala. Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Jul 2013. Pág. 22-37-38-39 Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3484.pdf

8. Soria A, Vaca A. Factores determinantes de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años en la Provincia de Cotopaxi". Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Económicas. 2012. Pág.02-05-25. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/445/1/T-UCE-0005-80.pdf>
9. Sánchez M. La desnutrición infantil de que manera incide en el desarrollo físico de los niños del jardín de infantes amiguitos de la parroquia San Andrés del cantón píllaro durante el periodo Enero - Marzo 2011.Universidad Técnica de Ambato.Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.2011. Pág.21-22 Disponible en:
http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4001/1/tp_2011_212.pdf
10. Mariños C, Chaña R, Medina J, Vidal M, Valdez W. Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. Revista Peruana de Epidemiología. Sep 2014. Lima. Perú. Pág.02-03. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677004.pdf>
11. Salcedo S. Desnutrición Infantil en el Perú. Informe de investigación N° 65. Lima. Perú.Sep 2014. Pág.11-12-13. Disponible en:
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3C5AF80C4B3D531205257E2E00645845/\\$FILE/INFINVES65-2014.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3C5AF80C4B3D531205257E2E00645845/$FILE/INFINVES65-2014.pdf)
12. Gutiérrez W. La desnutrición en la niñez en el Perú: factores condicionantes y tendencias.2011. Lima. Perú. Pág.396 Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v28n2/a35v28n2>
13. Red de Salud Ica. Informe del estado nutricional del niño menor de cinco años. Sistema informático de estado nutricional. 2015. Pág.31
14. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Ica- Situación Nutricional. Ica. Pág.01.

Disponible en:

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/ICA.pdf

- 15.** Valle A. Incidencia de la desnutrición en niños menores de 5 años durante el segundo semestre del año 2012 en el subcentro de salud Venezuela, de la parroquia 9 de mayo de la Ciudad Machala.2014. Machala.Ecuador.Pág.09-10-11
- 16.** Basurto M, Mendoza P. La desnutrición infantil y su incidencia en el rendimiento escolar de los niños y niñas del primer año de educación básica, del centro educativo “Dr. Eduardo Villaquirán” de la parroquia Río verde, del Cantón Santo Domingo. Periodo lectivo 2010-2011-2012. Loja. Ecuador. Pág. 09-10
- 17.** Portillo S, Benítez S, Cano R. Prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años inscritos en el programa atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia en las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel y periférica de santa rosa de lima en la unión periodo de 2010 a 2012.Feb 2013. San Miguel. El Salvador. Pág. 33-34
- 18.** Gavilánez M. Manejo materno en desnutrición crónica de niños menores de 5 años del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda.2011-2012. Ambato. Ecuador. Pág.27
- 19.** Ruiz S. Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos a cinco años de edad Puesto de Salud Túpac Amaru Ate Vitarte.2014. Lima. Perú. Pág.41-42-43
- 20.** Calvo R, García I, Casas F. Infecciones respiratorias virales. Centro Nacional de Virología. Majadahonda. 2011.Madrid.España Cap.19 Pág.190
- 21.** Cuevas R, Muñiz V. 2014. Enfermedad diarreica aguda en niños Guatemaltecos menores de 5 años Policlínico universitario “Julián Grimau García”. 2014 Santiago de Cuba. Cuba. Pág.MEDISAN 2014; 18(11):1494-1495.

- 22.** Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. R. M. – N° 990 - 2010/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud. 2011. Lima. Perú. Pág. 16-17-20.
- 23.** Ospina Martínez M. 2016. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Bajo peso al nacer a término. Mar 2016. República de Colombia. Versión 3 Pág.01-03
- 24.** Ministerio de Salud. Norma técnica de salud que establece el Esquema nacional de vacunación. NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03. Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud. 2013. Lima. Perú. Pág.04-16
- 25.** Water A, End Water P. El papel del agua, el saneamiento y la higiene en la lucha contra la desnutrición infantil. Unión europea.2015. Pág. 03
- 26.** Terrones M. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses Centro de Salud Micaela Bastidas 2013.Lima. Perú. Pág.32-35-36-39
- 27.** Casermeiro de Pereson A. Derecho a una alimentación adecuada en la infancia. Serie del Bicentenario 2010-2016. Educa 2015. Derechos reservados por Fundación Universidad Católica Argentina. Pág.05
- 28.** Olmos L. Intervención de enfermería en pacientes con desnutrición infantil grave del Hospital general Latacunga en el periodo Enero a Junio del 2014. Abril del 2015. Ambato.Ecuador.Pág.33-34
- 29.** Morales Valdivia E. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería Revista Científica de Enfermería. 2012. Brasil.Pág.09-10

ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)

- Matriz de consistencia
- Modelos de instrumento

- Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Centro de Salud Pueblo Nuevo de enero a junio 2016?	-Determinar los factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Centro de Salud Pueblo Nuevo de enero a junio 2016	-Cuantificar los episodios de enfermedades infecciosas respiratorias en niños menores de 5 años -Cuantificar los episodios de enfermedades infecciosas diarreicas en niños menores de 5 años -Verificar el cumplimiento de la vacunación en niños menores de 5 años -Evaluar el cumplimiento del seguimiento de Crecimiento y Desarrollo, en niños menores de 5 años -Conocer la disposición de los servicios de agua y saneamiento en los hogares de los niños menores de 5 años -Indicar la educación de la madre de niños menores de 5 años - Indicar la edad de los niños menores de 5 años	V. DEPENDIENTE Estado nutricional del niño menor de 5 años V. INDEPENDIENTE: Factores de riesgo de la desnutrición menores de 5 años	-Peso -Edad -Enfermedades infecciosas respiratorias -Enfermedades infecciosas diarreicas -Número de vacunaciones -Número de evaluaciones de Crecimiento y Desarrollo -Calidad de servicios de agua y saneamiento -Educación de la madre -Edad del niño (a)	-Desnutrido -Normal -Más de 6 episodios anuales -Menos de 6 episodios anuales -Más de 2 episodios anuales -Menos o igual a 2 episodios anuales -Vacunas incompletas -Vacunas completas -CRED incompleto -CRED completo -Inadecuado -Adecuado -Analfabeta, primaria, secundaria, superior -De 1,2,3 y 4 años	Ficha de datos



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Datos generales:

Edad del niño (a)	<input type="text"/>	Peso (Kg.)	<input type="text"/>		
Sexo	<table border="1"><tr><td>M</td><td>F</td></tr></table>	M	F	Talla (mt)	<input type="text"/>
M	F				

1.- Estado nutricional de su niño (a)

- a. Desnutrido crónico b. Normal

2.- ¿Cuántos episodios de enfermedades infecciosas respiratorias tuvo su niño en un año?

- a. Más de 6 episodios anuales
- b. Menos de 6 episodios anuales

3.- ¿Cuántos episodios de enfermedades diarreicas tuvo su niño en un año?

- a. Más de 2 episodios anuales
- b. Menos o igual a 2 episodios anuales

4.- Calendario de vacunación para su edad (verificación de tarjeta)

- a. Vacunas completas
- b. Vacunas incompletas

5.- ¿Cuántas veces acudió con su hijo (a) a Crecimiento y desarrollo?

- a. CRED incompleto
- b. CRED completo

6.- Servicios de agua y saneamiento (Observación)

a. Inadecuado

b. Adecuado

7.- ¿Cuál es el grado de Instrucción de la madre?

a. Analfabeta o primaria

b. Secundaria o superior

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informe: Lic. Luis Carrera Anchante
 1.2 Institución donde labora: Hospital Regional de Ica
 1.3 Nombre del instrumento motivo: Cuestionario
 1.4 Autor del instrumento: Cancina Yana yaye María de las Nieves
 1.5 Título de la investigación: Factores de riesgo asociados a la Desnutrición

Cróica en niños menores de 5 años del C.S. Pueblo Nueva de Eneca a Junio 2016

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		0	6	11	16	61	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1.- CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				X	
2.- OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																				X	
3.- ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación																				X	
4.- ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems																			X		
5.- SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad																				X	
6.- INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados																				X	
7.- CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos																				X	
8.- COHERENCIA	Entre hipótesis dimensiones e indicadores																				X	
9.- METODOLOGIA	Cumple con los lineamientos metodológicos																				X	
10.- PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la ciencia																				X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

2 aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

94.5% //

LUGAR Y FECHA

Ica 26 Julio 2016 //

GORE - ICA
 HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 Lic. Ent. Luis ALBERTO CARRERA ANCHANTE
 C.E.P. N° 20707

DNI 7140751 Teléfono 941914001

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del informe: Lic. Harry Leveau Bartra
 1.2 Institución donde labora: Hospital Regional de Ica
 1.3 Nombre del instrumento motivo: Cuestionario
 1.4 Autor del instrumento: Cansino Yanayaye María de las Nieves
 1.5 Título de la investigación: Factores de riesgo asociados a la Desnutrición

Crónica en niños menores de 5 años del C.S. Pueblo Nuevo de Ene a Junio 2016

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		0	6	11	16	61	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
1.- CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				X	
2.- OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																				X	
3.- ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación																					X
4.- ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems																					X
5.- SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad																					X
6.- INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados																			X		
7.- CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos																					X
8.- COHERENCIA	Entre hipótesis, dimensiones e indicadores																				X	
9.- METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos																					X
10.- PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la ciencia																					X

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

APLICABLE

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

98.5%

LUGAR Y FECHA

25/07/2016

ICA


 Dr. Harry Leveau Bartra Ph. D.
 C.M.P. 7304 RNE 11569
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA
 M.B. y Dr. en Salud Pública
 Ph.D. en Investigación

DNI 21407016 Teléfono #956608888



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del informe: Mg. Norma Pastor Ramírez
 1.2 Institución donde labora: Hospital Regional de Ica
 1.3 Nombre del instrumento motivo: Cuestionario
 1.4 Autor del instrumento: Cancino Yanayaye María de las Nieves
 1.5 Título de la investigación: Factores de riesgo asociados a la Desnutrición

Crónica en niños menores de 5 años del C.S. Pueblo Nuevo de Enero a Junio 2016

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0 5	6 10	11 15	16 20	26 30	31 35	36 40	41 45	46 50	51 55	56 60	61 65	66 70	71 75	76 80	81 85	86 90	91 95	96 100	
1.- CLARIDAD	Esté formulado con lenguaje apropiado																		X		
2.- OBJETIVIDAD	Esté expresado en conductas observables																		X		
3.- ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación																		X		
4.- ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los Items																		X		
5.- SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad																		X		
6.- INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados																		X		
7.- CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos																		X		
8.- COHERENCIA	Entre hipótesis dimensiones e indicadores																		X		
9.- METODOLOGIA	Cumple con los lineamientos metodológicos																		X		
10.- PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la ciencia																		X		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Es Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

LUGAR Y FECHA

JCA 26 Julio 2016

DNI 21427223 Teléfono.....

BORE - ICA
 HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 DR. ENF. NORMA PASTOR RAMIREZ
 SUP. DPTO. PEDIATRIA
 C.E.P. 20684

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del informe:

Chacaliza Navarro Vexy Zeil

1.2 Institución donde labora: C. S. Pueblo Nuevo

1.3 Nombre del instrumento motivo: Cuestionario

1.4 Autor del instrumento: Concino Yanayaye Maria de las Nieves

1.5 Título de la investigación: Factores de riesgo asociados a la Desnutrición

Crónica en niños menores de 5 años del C.S Pueblo Nuevo de Enema a Junio 2016.

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0	6	11	16	61	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
1.- CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
2.- OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																			X	
3.- ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación																			X	
4.- ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems																			X	
5.- SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad																		X		
6.- INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados																		X		
7.- CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos																			X	
8.- COHERENCIA	Entre hipótesis dimensiones e indicadores																	X			
9.- METODOLOGIA	Cumple con los lineamientos metodológicos																			X	
10.- PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la ciencia																			X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Es aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN 93.5 %//

LUGAR Y FECHA 27/07/16//



 Vexy Zeil Chacaliza Navarro
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 C.E.P. 53426

DNI.....41303899..... Teléfono.....934934312.....