



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15
AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO
NUEVO 2016”**

TESIS

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

AUTORA:

BACHILLER : SHERLY KATHERIN ROJAS PARIONA

ICA – PERÚ

2017

DEDICADO A:

Mis padres por su apoyo incondicional
y a mi hija que es el motor y mi motivo.

AGRADEZCO A:

La Universidad Alas Peruanas por haberme aceptado se parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.

RESUMEN

Si bien es cierto que los indicadores de Ica son favorables en comparación con otras regiones, sigue siendo necesario disminuir el índice de desnutrición en los niños a niveles europeos, pues son el futuro del País por lo que es necesario que la desnutrición no afecte el desarrollo intelectual de estos niños.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores que influyen en la desnutrición de los menores de 15 años que acuden a la Puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo enero a junio 2016.

Material y métodos: Observacional, analítica, transversal, prospectiva sobre 32 niños desnutridos que fueron comparados con 32 niños normo pesos.

Resultados: La prevalencia de desnutrición en menores de 15 años en la jurisdicción del Puesto de salud San Rafael del distrito de Pueblo Nuevo es de 8 %. Los factores de riesgo para la desnutrición en niños menores de 15 años son: El Nivel socio-económico bajo influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al Puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016. La lactancia materna no exclusiva influye en la desnutrición de menores de 15 años. El grado de instrucción primaria y secundaria de la madre influye en la desnutrición de menores de 15 años. La edad menor de 20 años de la madre influye en la desnutrición de menores de 15 años. El número de diarreas de más de dos episodios en el último año influye en la desnutrición de menores de 15 años. El parasitismo influye en la desnutrición de menores de 15 años. Mientras que el sexo no es un factor de riesgo para desnutrición.

PALABRAS CLAVE: Factores influyen desnutrición menores 15 años.

ABSTRACT

While it is true that indicators of Ica are favorable compared with other regions, it is still necessary to reduce the rate of malnutrition in children at European level, as they are the future of the country so it is necessary that malnutrition does not affect development intellectual of these children.

Objective: To determine the prevalence and factors influencing malnutrition of children under 15 years attending to the medical post San Rafael - Pueblo Nuevo January to June 2016.

Methods: Observational, analytical, transversal, prospective on 32 malnourished children who were compared with 32 children normo pesos.

Results: The prevalence of malnutrition in children under 15 years in the jurisdiction of the Medical Posta San Rafael district of Pueblo Nuevo is 12%. Risk factors for malnutrition in children under 15 years are: The low socioeconomic level influences malnutrition of children under 15 years attending to the medical post San Rafael - Pueblo Nuevo 2016. The non-exclusive breastfeeding influences malnutrition of children under 15 years. The degree of primary and secondary education affects the mother malnutrition of children under 15 years. Age younger than 20 years of the mother influences malnutrition of children under 15 years. The number of diarrhea more than two episodes in the last year influences malnutrition of children under 15 years. Parasitism influences malnutrition of children under 15 years. While sex is not a risk factor for malnutrition.

KEYWORDS: Factors influencing malnutrition under 15 years.

INDICE

	Pàg
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema Principal	15
1.2.2. Problemas Secundarios	15
1.3. Objetivos	16
1.3.1. Objetivos General	16
1.3.2. Objetivo Específico	16
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación	16
1.5. Limitaciones de la investigación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos Básicos	42
2.4. Hipótesis de la investigación	43
2.4.1 Hipótesis	43
2.5 Variables	44
2.5.1 Definición conceptual de la variable	44
2.5.2 Definición operacional de la variable	45
2.5.3 Operacionalización de la variable	46

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Diseño de la investigación	47
3.1.1. Tipos de investigación	47
3.1.2. Diseño de la investigación	47
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	47
3.3 Población y muestra	47
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	48
3.4.1. Técnica	48
3.4.2. Instrumento	48
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	48
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	48
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)	67

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Nº1 PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO 2016.	51
Nº2 SEXO COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO 2016.	52
Nº3 EDAD DE LA MADRE COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016.	53
Nº4 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016.	54
Nº5 CONDICIÓN ECONÓMICA COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016.	55
Nº6 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016.	56
Nº7 EPISODIOS DE DIARREAS COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016.	57
Nº8 PARASITISMO COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016.	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº1	FRECUENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 15 AÑOS.	51
Nº2	SEXO COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA DESNUTRICIÓN.	52
Nº3	EDAD DE LA MADRE COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA DESNUTRICIÓN.	53
Nº4	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA DESNUTRICIÓN.	54
Nº5	CONDICIÓN ECONÓMICA COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA DESNUTRICIÓN.	55
Nº6	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA DESNUTRICIÓN.	56
Nº7	EPISODIOS DE DIARREAS COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA DESNUTRICIÓN.	57
Nº8	PARASITISMO COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA DESNUTRICIÓN.	58

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica definida como el retardo en el crecimiento del niño con relación a su edad, está considerada como un indicador síntesis de la calidad de vida debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su periodo de gestación, nacimiento y crecimiento.

Así la prevalencia de desnutrición crónica puede atribuirse a una ingesta inadecuada y una mala utilización de alimentos, así como a episodios infecciosos frecuentes y prolongados como la diarrea, que desencadenan el círculo vicioso de desnutrición infección; problemas que en su mayoría pueden minimizarse con una seguridad alimentaria en el hogar y una adecuada información, educación y capacitación a los hogares.

En el Perú de fines del siglo XX, uno de cada cuatro niños menores de cinco años estaba dañado por un déficit nutricional que los había marcado con una baja talla para su edad. Al mismo tiempo, menos del 1% mostraron déficit de peso para la talla.

Al igual que para los otros indicadores de bienestar, la distribución de la desnutrición crónica guarda un patrón bastante heterogéneo al interior del país, lo cual se evidencia al comparar las zonas de costa, sierra y selva, divididas por ámbito rural o urbano.

El crecimiento económico del país en los últimos años viene reflejándose en una reducción sostenida de la pobreza. La tasa de desnutrición crónica infantil (DCI) en el promedio nacional, también se ha reducido de 31% en el año 2000 a 18.1% en el año 2012, según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2014, sin embargo, aún mantiene valores altos en zonas rurales y de mayor pobreza.(1).

En la década pasada, el Ministerio de Educación realiza el I Censo Nacional de Talla en escolares, demostrando que un 48% de los niños entre 6 y 9 años de edad sufría de desnutrición crónica, siendo más crítica entre los varones con 54% y en la niñez del área rural dado que afectaba a 67%; si bien el promedio nacional esconde la enorme desigualdad existente, conforme se avanza en la desagregación, los rangos diferenciales se acrecientan, el nivel más alto de

desnutrición crónica se encuentra en el área rural de la provincia de Atalaya, departamento de Ucayali con 91% y el más bajo con 7% en el área urbana de la provincia de Jorge Basadre del departamento de Tacna.

Cálculos recientes muestran que el 56% de las muertes en niños menores de 5 años fueron atribuibles al efecto de la malnutrición, y que el 83% de estas muertes fueron debidas a una desnutrición leve o moderada.

A pesar que desde hace mucho tiempo se reconoce el efecto sinérgico entre la desnutrición e infección como causas de mortalidad infantil, cuando se desarrollan estrategias para reducir el número de muertes en niños se priorizan aquellas orientadas a reducir las enfermedades infecciosas.

Diversos estudios han demostrado la fuerte asociación entre estado nutricional y la duración o severidad de episodios de enfermedades infecciosas, algunos incluso con su incidencia. Los mecanismos son numerosos y complejos: la desnutrición conlleva a la reducción de la inmunidad humoral y celular, así como las barreras físicas tales como el moco protector en las vías respiratorias y la acidez gástrica.(2).

El Gobierno del Perú ha declarado la lucha contra la desnutrición crónica infantil como una prioridad nacional y ha fijado la meta de reducirla a 10% al año 2016. Con este objetivo, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social ha hecho estimaciones por cada región, de la meta de reducción de la desnutrición crónica infantil y de las metas de cobertura de las principales intervenciones y estrategias efectivas, para ser implementadas como parte del esfuerzo intersectorial e intergubernamental.(3).

Al puesto de Salud San Rafael donde acuden niños menores de 15 años, muchos de ellos en mal estado general y con estados nutricionales disminuidos, por lo que se diseñó esta investigación a fin de conocer el estado real de los niños menores de 15 años, así como los factores que influenciaron en este estado. La investigación está dividida en capítulos cada uno de ellos con sus ítems tendientes a cumplir con los requisitos mínimos necesarios para poder demostrar nuestros resultados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición infantil sigue siendo frecuente en muchos lugares del mundo. Según estimaciones recientes, hay 115 millones de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal, y aunque la prevalencia mundial está descendiendo, los avances son desiguales.

En África, el estancamiento de la prevalencia, unido al crecimiento demográfico, hizo aumentar la cifra de niños con insuficiencia ponderal de 24 millones en 1990 a 30 millones en el 2010. Se estimó que en Asia dicha cifra era aún mayor y rondaba los 71 millones en 2010. En el mundo, alrededor de 178 millones de niños tienen una estatura baja para la edad según los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y ese retraso del crecimiento es un indicador básico de la malnutrición crónica. Cuando el crecimiento se ralentiza, el desarrollo cerebral se rezaga, por lo que los niños con retraso del crecimiento tienen más probabilidades de presentar problemas de aprendizaje. Las mayores tasas de retraso del crecimiento infantil se dan en África y Asia.

En Latinoamérica la desnutrición crónica afecta a 8,8 millones de niños menores de 5 años (16%) y refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños desde la etapa intrauterina hasta los 3 primeros años. Sus efectos son, en gran medida, irreversibles y se

relacionan estrechamente con la extrema pobreza. La situación es particularmente grave en los países centroamericanos y andinos.

Guatemala presenta la cifra más alta de la región, que supera los promedios de Asia y África. En cambio, los países del Caribe anglófono no registran diferencias significativas entre la desnutrición global y crónica.

En general, la malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones repetidas y severas.

En el último decenio, el Perú ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de 3 años; sin embargo, aun cuando estas han disminuido en comparación con el año 2007, habiendo alcanzado el objetivo país de desarrollo del milenio del 2015 para el caso de la desnutrición crónica infantil, con el promedio nacional, las inequidades aún se evidencian a nivel regional y en zonas de pobreza.

La desnutrición crónica infantil es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad, lo que afecta el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social. En nuestro país, 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%), Belice (21,6%), El Salvador (19,2%), Panamá (19,1%) y Guyana (18,2%).(3)

En la selva y en la costa también se evidencia diferencias según áreas rurales o urbanas, aunque menos marcadas, en el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica infantil: en la selva rural 26,8%, en la selva urbana 16,5%; mientras que en la costa, Lima Metropolitana, hay 4,1% y en el resto de la costa 11,9%.

A nivel departamental, en Huancavelica se puede observar que más de cuatro de cada diez niñas y niños menores de 5 años, fueron afectados con desnutrición crónica infantil en el año 2012; a pesar de mostrar la más alta proporción de desnutrición entre los departamentos del Perú (2,64 mayor al promedio nacional), también muestra en el tiempo una tendencia hacia la reducción, sobre todo al comparar las cifras registradas en los años 2007 y 2012 (de 59,2% a 50,2%). Los departamentos con la menor proporción de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, en el año 2014 fueron Tacna, Moquegua y Lima (3,1%; 4,4% y 6,3% respectivamente).

Ica viene experimentando en el periodo 2007-2012 una disminución sostenida de la tasa de desnutrición crónica infantil de cinco puntos porcentuales y se ubica como uno de los departamentos con una muy baja tasa respecto del promedio nacional.

El Gobierno Regional de Ica cuenta con presupuesto, con recursos humanos invalorable, con intervenciones y estrategias efectivas, y también con la voluntad política y compromiso del más alto nivel. Sin embargo, es importante apelar al esfuerzo de la ciudadanía en su conjunto, de las autoridades municipales y regionales, de los líderes comunitarios, de la cooperación y de las alianzas público-privadas. La

responsabilidad es grande pero el esfuerzo colectivo es la clave en esta cruzada a favor del desarrollo regional y de la reducción de la desnutrición infantil.

Por ser esta una problemática multicausal, además de los factores relacionados con la nutrición y la salud, el componente educativo es fundamental en la reducción de la desnutrición crónica infantil, ya que tiene una fuerte incidencia en la promoción de prácticas y entornos saludables. El agua potable y el saneamiento básico, la alfabetización y la educación primaria sobre todo de las mujeres son factores clave, así como lo es el acceso a oportunidades de generación de ingresos familiares. (4)

Si bien es cierto que los indicadores de Ica son favorables en comparación con otras regiones, sigue siendo necesario disminuir el índice de desnutrición en los niños a niveles europeos, pues son el futuro del País por lo que es necesario que la desnutrición no afecte el desarrollo intelectual de estos niños, por lo que se realizará esta investigación en el distrito de Pueblo Nuevo donde existe niños en condiciones precarias desde el punto de vista nutricional.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la prevalencia y factores que influyen en la desnutrición de los menores de 15 años que acuden al Puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuál es la prevalencia de la desnutrición en los menores de 15 años que acuden al Puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016?

¿Cuáles son los factores que influyen en la desnutrición de los menores de 15 años que acuden al Puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia y factores que influyen en la desnutrición de los menores de 15 años que acuden al Puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.

1.3.2. Objetivo específico

1. Indicar la prevalencia de la desnutrición en los menores de 15 años que acuden al Puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016
2. Conocer los factores que influyen en la desnutrición de los menores de 15 años que acuden a la Puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016

1.4. Justificación e importancia de la investigación

El inicio de la vida se determina de acuerdo a la nutrición, este proceso inicia desde el vientre de la madre, ahí se inicia a definir la salud y capacidades de los seres en formación, la alimentación adecuada es fundamental para que puedan desarrollarse. Una deficiente alimentación durante la infancia y años escolares tiene repercusiones irreversibles que impactan, tanto en el individuo a lo largo del ciclo de vida como en la sociedad en general. Debido a la desnutrición los niños se hacen más vulnerables a las enfermedades, tienen bajo desempeño en la escuela, lo que en el futuro se traduce en baja productividad del recurso humano y por lo tanto, a tener ingresos bajos, convirtiéndose en un círculo vicioso que conlleva a repetir la situación de pobreza que está entre las causas principales de la mal nutrición.

Sin embargo, el estado nutricional se ve afectado por factores condicionantes, entre estos: el ambiente, factores sociales y raciales, características de la población que influyen en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, a ellos se asocia el hecho de que la evaluación del estado nutricional en la edad pediátrica es inexacta, porque los datos que se obtienen por medio de mediciones indirectas tienen un índice de error estimable además de que en muchos casos no se registran.

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 relevancia del estudio es que nos brinda resultados concretos sobre la realidad del estado nutricional de los menores de 15 años, así como los factores que influenciaron en este estado patológico.

1.5. Limitación de la investigación

Se presentaron dificultades en la toma de las muestras pues se requirió tiempo para ello, y colaboración del responsable de laboratorio y de los archivos estadísticos.

Los resultados obtenidos solo son válidos para la jurisdicción del Puesto de salud San Rafael – Pueblo Nuevo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. INTERNACIONALES

Coronado, Z. (2013). Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. realizado en el puesto de salud del Valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala durante los meses de julio 2012 a febrero 2013. Estudio es descriptivo transversal, realizado en área rural, siendo la población universo de 25 madres entrevistadas de los niños menores de 5 años que sufren algún grado de desnutrición y asisten a control de peso talla en el servicio. La prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de niños afectados, los factores asociados a la desnutrición, fueron: los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52% de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales. Existe evidencia sobre el desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición, el cual es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas esto no les permite darle la importancia debida al problema de la desnutrición además desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Él factor sociocultural que muchas familias adoptan en

la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, de los niños.(5).

Escartín, M. (2011), en su “Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro” México, tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes y adultas y su asociación con los factores sociodemográficos de las comunidades rurales del estado de Querétaro, la población y muestra fueron los hijos de madres adolescentes y adultas de las comunidades rurales del estado de Querétaro; el método utilizado fue el estudio comparativo y transversal efectuado en madres menores de 20 años de edad y de 20 a 35 años, de centros de salud rurales, los resultados obtenidos fueron: talla baja (T/E) en hijos de madres adolescentes en 12.4 % vs 11.6% de madres adultas; (P/T) con sobrepeso de 22. 2% vs 19.6% respectivamente. El hecho de ser Madres y tener como grado máximo de educación la primaria se asoció con hijos con peso bajo, $p < 0.05$. (6).

Barrientos, W. (2011) En el artículo científico “Situación nutricional en menores de 5 años, Municipio san juan de Ojojona, Honduras, enero – mayo 2011”, cuyo objetivo fue conocer la situación nutricional en menores de 5 años en el municipio de San Juan de Ojojona, Honduras, enero – mayo 2011, con un diseño observacional descriptivo, sus resultados manifiestan que la desnutrición crónica está muy relacionada con ninguna escolaridad de la madre llegando a un 75% y la desnutrición global es frecuente en madres de baja escolaridad que solo han cursado primaria con 23%. (7).

Baute, N. (2014) Caracterización de la desnutrición infantil en el hospital guatemateco de Poptún. 2014. Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 32 niños de 0-9 años egresados del Servicio de Pediatría del Hospital de Poptún, en Guatemala, desde enero hasta octubre de 2012, para caracterizar la desnutrición infantil según variables de interés para la investigación. En la serie predominaron el sexo femenino (56,2%), el grupo de 1-4 años (53,0 %) y la desnutrición severa. Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron las infecciosas (62,8%) y como causa básica de mayor letalidad prevaleció la sepsis generalizada. La estadía hospitalaria fue de 5,8 días, lo cual superó lo reglamentado en el servicio que es de 3-4 días.(8).

Peña, A. (2013) Diagnóstico del estado nutricional en alumnos de la escuela primaria "Lic. Mario Colín" Lerma Estado de México 2013. Después de haber analizado los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye que nuestra hipótesis no fue alcanzada, pues el 78.5 % de los alumnos en estudio mostraron un diagnóstico nutricional de peso bajo, mientras que el 3.9% y 17.6% correspondieron al diagnóstico nutricional de sobrepeso y normal respectivamente, no encontrándose obesidad en ninguno de los estudiantes. De los alumnos que presentaron diagnóstico nutricional de peso bajo, los mayores porcentajes se encontraron en el primero y segundo grado escolar, con 17.2 y 13.7% respectivamente. En cuanto al diagnóstico nutricional por género, se encontró que los hombres muestran un mayor porcentaje respecto a las mujeres en los tres primeros parámetros, observándose un 41.4% / 37.1% en peso bajo, 9.6% / 8.1% en normal; y 2.3% / 1.3% en sobrepeso respectivamente. La mayor cantidad de alumnos con diagnóstico nutricional de peso bajo se obtuvo en la edad de 6-7 años, mientras el grado nutricional normal se encuentra entre 9-10 años, y el sobrepeso corresponde a 10-12 años. Considerando el tipo de

comunidad en la que se encuentra ubicada la escuela, resulta inesperado que la mayoría de los alumnos presenten un estado nutricional de peso bajo (78.5%).(9).

NACIONALES

Delgado, H. Tuesta, P. Valqui I. (2015) Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del centro de salud Morona Cocha I-4, 2015 Iquitos Perú. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015. La metodología empleada fue el cuantitativo, diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo conformada por 123 madres con niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud Morona Cocha I-4. Los datos se recolectaron aplicando el cuestionario "Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015". Resultados: el 100.0% (123) de madres con niños(as) 6 a 36 meses, el 20.3% (25) tienen menor edad y el 79.7% (98) tienen mayor edad, el 26.8% (33) de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el 73.2% (90) no tienen trabajo remunerado, el nivel educativo el 27.6% (34) tienen menor nivel educativo y el 72.4% (89) manifiestan tener mayor nivel educativo, con menor ingreso económico son el 52.8% (65) y con mayor ingreso el 47.2% (58), con menor espacio intergenésico el 48.0% (59) de las madres, mientras que el 52.0% (64) tienen mayor espacio intergenésico. Asimismo, se determinó que del 100% (123) el 93.5% es decir 115 presentan riesgo de desnutrición mientras que el 6.5% no presentan riesgo de desnutrición. Se logró determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de

desnutrición y las variables trabajo $p = 0.001$, $< \alpha = 0.05$, ingresos económicos $p = 0.018$, $< \alpha = 0.05$ y espacio intergenésico $p = 0.038$, $< \alpha = 0.05$; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad $p = 0.140$, $> \alpha = 0.05$ y nivel educativo $p = 0.071$, $> \alpha = 0.05$. (10).

Sobrino, M. (2014). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. Objetivo: Analizar las tendencias en materia de desnutrición y anemia en menores de 5 años peruanos y su asociación con algunos factores determinantes en el período 2000-2011. Resultados: La desnutrición aguda, la desnutrición crónica y la anemia en menores de 5 años peruanos han descendido entre 2000 y 2011. Para desnutrición aguda se observaron diferencias según algunos factores, pero no resultaron significativas en el modelo ajustado. Conclusiones: En el período 2000-2011, Perú ha logrado disminuir sus tasas de desnutrición aguda, la desnutrición crónica y de anemia. Las tasas de desnutrición aguda, han descendido casi a un tercio, manteniéndose en cifras generales más bien bajas, y afecta en mayor medida a zonas y colectivos muy localizados del país. Sin embargo, las actuales tasas de desnutrición crónica y de anemia siguen siendo muy altas. (11).

Arévalo, J. (2014) Factores asociados a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2014. Lima Perú. Objetivo: Determinar los factores asociados a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2014. Metodología: Estudio observacional, analítico, retrospectivo. La muestra final estuvo conformada por 126 pacientes de 5 años a menos, Grupo de

estudio: 63 pacientes con desnutrición y Grupo Comparativo: 63 pacientes con nutrición adecuada. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó la prueba de chi cuadrado con una significancia del 5%. Resultados: En los niños con desnutrición se observó mayor frecuencia de desnutrición aguda leve (61,9%), seguido de desnutrición crónica (36,5%) y solo se presentó un caso de desnutrición aguda severa. La mayoría de pacientes con desnutrición tenían menos de 2 años (73,0%). Se comprobó que la edad menor a 2 años se asocia a la prevalencia de desnutrición ($p < 0,001$). Por otro lado, 9 de cada 10 pacientes (88,9%) con desnutrición provenían de familias con un nivel socioeconómico bajo, el nivel socioeconómico bajo se asocia a la prevalencia de desnutrición ($p < 0,001$), el peso pequeño para la edad gestacional al nacimiento (PEG) y la no exclusividad de la lactancia materna se asocian a la prevalencia de la desnutrición ($p < 0,05$). Sobre las características de la madre, se determinó que la edad ≤ 20 años se asocia a la prevalencia de desnutrición ($p < 0,001$). En los antecedentes patológicos se encontró que la presencia de diarrea en el último año y la infección urinaria se asocian significativamente a la prevalencia de desnutrición ($p < 0,05$). Conclusiones: La edad menor a 2 años, nivel socioeconómico bajo, peso pequeño para la edad al nacimiento, lactancia materna no exclusiva, edad de la madre ≤ 20 años, diarrea en el último año y la infección urinaria son factores que se asocian significativamente a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos.(12).

LOCALES

Huamaní S. (2016). Relación entre el estado nutricional y hemoglobina en niños y niñas preescolares que asisten a la institución educativa José de la Torre Ugarte n°71, San Joaquín Ica 2016. Objetivo: Determinar la correlación entre el estado nutricional

y la hemoglobina en niños y niñas preescolares que asisten a la Institución Educativa “José de la Torre Ugarte n°71”, San Joaquín Ica 2016. Evaluar el estado nutricional de los preescolares y el nivel de hemoglobina. Metodología: Estudio observacional, analítica, transversal y prospectiva. Sobre una muestra de 60 alumnos preescolares pertenecientes a 3 aulas de clase. El estado nutricional se determinó según los patrones de crecimiento del National Center for Health Statistics y de la OMS (NCHS/OMS). La hemoglobina se obtuvo por punción capilar. Resultados: La prevalencia de desnutrición global en la Institución Educativa “José de la Torre Ugarte n°71” del distrito de San Joaquín Ica en mayo del 2016 es de 10%. La prevalencia de anemia en los preescolares de 1 a 3 años de la Institución Educativa “José de la Torre Ugarte n°71” del distrito de San Joaquín Ica en mayo del 2016 es de 21.7%. Existe correlación entre el estado nutricional y el nivel de hemoglobina, siendo menor el nivel de hemoglobina en los niños desnutridos y mayor en los niños con sobre peso. Existe correlación entre el estado nutricional y la condición de anemia siendo la frecuencia mayor en los desnutridos con 23.1%.(13).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. ESTADO NUTRICIONAL

DEFINICIÓN DE DESNUTRICIÓN

La desnutrición es un conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por una ingesta deficiente y/o aprovechamiento biológico de macro nutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales.

Los factores causantes que tienen un valor definitivo en la desnutrición son tres:

- a. Factores que determinan la disponibilidad de los alimentos: como la producción, transporte, almacenamiento entre otros.

- b. Factores que determinan el consumo de alimentos: económicos, culturales, psicológicos y religiosos.
- c. Factores que determinan el aprovechamiento: como el momento fisiológico, condiciones fisiopatológicas presentes, estado previo de nutrición. (14)(15).

2.2.2. MARCO LEGAL

Ley 24059, publicada el 4 de enero de 1985 sobre la creación del programa de vaso de leche.

Ley 27660, publicada el 6 de febrero del 2002 que declara prioritario el Seguro Integral de Salud para las organizaciones de base y Wawa wasi.

Otras normas referidas a la alimentación y nutrición materno infantil, se detallan a continuación:

Decreto Supremo 009-2006-SA publicado el 16 de junio del 2006, es el reglamento de alimentación infantil.

Decreto Supremo 003-2008-SA publicado el 25 de enero del 2008, es el listado priorizado de intervenciones sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica.

Asimismo, mediante Resolución Ministerial del MIDIS publicada el 23 de julio del 2015, se aprobaron los lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social.

El marco normativo peruano vigente cuenta con varias normas que sirven para fortalecer y promover las estrategias del Ejecutivo en la lucha contra la desnutrición infantil, tal como se muestra a continuación:

Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley 27867, publicada el 16 de noviembre del 2002 y su modificatoria la Ley 27902 publicada el 20 de diciembre del 2002, en donde se detalla las siguientes consideraciones: a) la planificación concertada, b) el presupuesto

participativo y c) funciones y competencias en materia de salud, educación y nutrición.

Ley Orgánica de Municipalidades, Ley 27972, publicada el 27 de mayo del 2003 que establece las funciones y competencias de las municipalidades provinciales y distritales del país, con las siguientes consideraciones: a) planificación concertada, b) presupuesto participativo, c) funciones y competencias, d) servicios público locales y e) servicios sociales locales. (16).

2.2.3. TIPOS DE DESNUTRICIÓN

La desnutrición proteica calórica es un estado clínico-patológico que se presenta, cuando una dieta no es capaz de satisfacer las necesidades corporales de proteínas y energía o ambas, que incluye una variedad amplia de manifestaciones clínicas, condicionadas por la intensidad relativa de la deficiencia de proteínas o de energía, la severidad y duración de las deficiencias, edad del paciente, causas de la deficiencia y asociación con otras enfermedades nutricionales o infecciosas. La severidad de la desnutrición, va desde la pérdida de peso o retardo del crecimiento hasta distintos síndromes clínicos frecuentemente asociados con deficiencias de vitaminas, por lo tanto de la severidad del problema, 49.3 por ciento de los niños padece desnutrición leve, moderada o severa, para lo cual se describieran cada uno de estos grados enfatizando especialmente en la más peligrosa siendo la desnutrición severa, que a su vez se subdivide en:

a) Desnutrición aguda

Se manifiesta por bajo peso en relación a la talla del individuo, el cual se origina por una situación reciente de falta de alimentos o una enfermedad que haya producido una pérdida rápida de peso. Este tipo de desnutrición es recuperable, sin embargo, de no ser atendida oportunamente pone en alto riesgo la vida del individuo.

b) Desnutrición crónica o retardo del crecimiento

Se manifiesta por una baja talla de acuerdo a la edad del individuo, a consecuencia de enfermedades recurrentes y/o una ingesta alimentaria deficiente y prolongada.

Este tipo de desnutrición disminuye permanentemente las capacidades físicas, mentales y productivas del individuo, cuando ocurre entre la gestación y los treinta y seis (36) meses.

c) Retardo en niños menores de 5 años

La evaluación del crecimiento físico de los niños menores de 5 años, con edades comprendidas entre los 0 años a 4 años 11 meses, mediante el indicador talla para la edad ha permitido contar con información primaria sobre el estado nutricional de la población. Los censos de talla en niños y niñas menores de 5 años se convierten en instrumentos adicionales para dar respuesta a las necesidades de información a mediano plazo, respecto a la cuantificación de los logros en desarrollo humano como resultado de acciones sociales asociadas, sostenidas y de cambios económicos.(17).

2.2.4. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SALUD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

El niño desde el punto de vista de su desarrollo psicobiológico, es la denominación utilizada a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad, como sinónimo de infantil o pueril, el término se aplica a quien no es considerado adulto, niñez es un período de muchos cambios en la vida de un niño.

El niño como ser humano depende del cuidado de sus padres, y de todos los mayores que lo rodean hasta los primeros cinco años de vida todo lo que el niño aprende lo internaliza y luego es muy difícil cambiarlo, por este motivo hay que tener mucho cuidado con lo que se le enseña, no sólo en la casa si no con los ejemplos diarios que le

dan los mayores, de tal forma que ellos serán el más claro ejemplo de lo que son sus padres, lo que hacen, los que escuchan, lo que hablan, y principalmente lo que comen ya que de ello dependerá completamente si el niño goza de buena salud o presenta algún tipo de desnutrición que afecte el desarrollo del niño debido a que las consecuencias de la desnutrición en niños son peores que en la edad adulta ya que el adulto baja de peso, pero el niño no solo baja de peso sino también deja de crecer pudiendo ser irreversibles los daños si la deficiencia de alimentos es prolongada, un niño a diferencia de un adulto que se alimenta para mantenerse sano, tiene además una susceptibilidad incrementada a adquirir diversas infecciones, por lo general frecuentes en el medio ambiente, tales como infecciones respiratorias y diarreas, que al presentarse contribuyen a aumentar las pérdidas y disminuir las ingestas de alimentos contribuyendo en la producción y mantenimiento de la desnutrición.

Un niño además se alimenta para crecer, por lo que sus necesidades son mayores, pero también están en mayor riesgo porque ellos dependen de los adultos para conseguir sus alimentos, también se ven afectados los órganos de mayor velocidad de crecimiento al momento de sufrir la desnutrición, quedando afectados irreversiblemente. Uno de estos órganos es el cerebro el cual tiene una máxima velocidad de crecimiento hasta los dos años y medio de vida aun cuando termina de crecer a los seis años de edad.

Por eso, la desnutrición en los primeros años de la vida altera la inteligencia o cociente intelectual, el niño tiene dificultad, por lo tanto, para concentrarse y para aprender. Si a eso se suma que los desnutridos suelen tener anemia, aparece la importancia de una alimentación adecuada para prevención de la desnutrición por tanto se debe poner especial atención en los casos de desnutrición en niños y brindar así los cuidados necesarios en prevención y

recuperación del estado nutricional de cada caso individualmente, pero la mayoría de los servidores de salud ignoran la información esencial acerca de la desnutrición y los cuidados que necesita un niño desnutrido.

La nutrición constituye una función indispensable para que las diferentes fases del ciclo de vida del ser humano tengan lugar de manera óptima. El crecimiento de los seres humanos depende, en gran parte de su alimentación. Para un crecimiento adecuado es necesaria la incorporación de los compuestos y elementos químicos que permitan la diferenciación anatómica y funcional de los tejidos orgánicos. La alimentación deficiente es la causa más frecuente de retardo en el crecimiento somático, existen infinidad de creencias y mitos con relación a la alimentación de los niños pequeños. Para vivir y crecer, el ser humano obtiene sus requerimientos de su medio ambiente, antes de nacer los obtiene a través de su madre, posteriormente estos tienen que ingerirse.

La lactancia natural es un soporte fundamental del desarrollo de la personalidad y tiene además de beneficio psicológico, ventajas prácticas, económicas, inmunológicas, anti infecciosas, fisiológicas y nutricionales para el niño la familia y la madre.

La alimentación durante la infancia es definitiva para la salud de los niños y también es importante para la salud en la vida adulta. Una alimentación adecuada puede generar adecuados hábitos alimentarios, y un adecuado estado nutricional. Es común que abuelos, tíos, amigos y hasta vecinos tengan sus teorías con respecto a la alimentación de los bebés ocasionando que los padres se vean envueltos en un mar de dudas.

Para que una dieta sea exitosa debe tener las siguientes características: disponibilidad, aceptación del individuo, precio de los alimentos hábitos y costumbres de alimentación de los consumidores.(18).

Evaluación de niño menor de 5 años

a) Evaluación del estado nutricional

La valoración del estado nutricional es una parte muy importante en la evaluación del crecimiento y el desarrollo de los niños, ya que permite identificar a aquellos que están de alguna manera en Situaciones de riesgo nutricional, ya sea por deficiencia o exceso de nutrientes y dar atención sanitaria oportuna.

b) Historia clínica

Interrogatorio: Es útil para determinar procesos patológicos que estén influyendo negativamente en el estado nutricional, antecedentes perinatales, alergias, ritmo de crecimiento del niño, entre otras. Análisis del consumo alimenticio y actividad física.

Exploración antropométrica

a) Peso

Es un indicador útil en la determinación de la masa corporal total. Debe realizarse con el niño desnudo o con la menor cantidad de ropa posible y descalzo; es más conveniente determinarlo en ayunas. Para determinarlo se pueden usar balanzas o las básculas clínicas con precisión mínima de 500 g. Se debe relacionar con la edad y/o con la talla para que sea más sensible. Este proporciona informe sobre el estado nutricional actual.

b) Talla

Junto con la talla sentada y la longitud de la extremidad superior constituyen indicadores del crecimiento lineal. Se utilizan estadiómetros con una precisión mínima de 0.5 cm. Técnica para medirla: Niño de pie, erecto, descalzo, con los pies unidos por los talones formando un ángulo de 45 grados y la cabeza con el plano de Frankfurt a escala horizontal; los talones, las nalgas y la parte media superior de la espalda y los talones, deben tomar contacto con la guía vertical de medición; luego se desliza la pieza superior del tallímetro hasta tocar la cabeza del niño.

c) Perímetro craneal:

Índice fidedigno del crecimiento cerebral: Se mide colocando una cinta métrica inextensible alrededor de la cabeza, de manera que cruce la frente sobre la glabella y los arcos superciliares y en la parte posterior, sobre la parte más prominente del occipucio.

d) Pliegues cutáneos:

Permiten medir la depleción o el exceso de los depósitos de grasa. Los más utilizados son: tricipital, bicipital, subescapular y supra iliaco. Reflejan estado nutricional actual y ayuda a detectar obesidad.

Índices antropométricos

- Peso para talla: Es un indicador de achicamiento y refleja el estado nutricional actual. Con un tratamiento dietético adecuado el individuo puede llegar a recuperar un peso para la talla adecuada.
- Peso para edad: Indicador del estado nutricional actual y/o pasado, es el que sirve de base para la clasificación de Gómez.
- Talla para edad: Indicador de estado nutricional pasado. Una talla baja puede ser consecuencia de la herencia o de un retardo en el crecimiento por desnutrición.

a) Porcentaje de adecuación:

- Las medidas ubicadas por arriba del 90 percentil y por debajo del 10 percentil deben ser evaluadas cuidadosamente por médico y tener un seguimiento adecuado.
- Los niños con medidas por arriba de 95 percentil se consideran con sobrepeso y los que tienen medidas por debajo de 5 percentil desnutridos y ambos grupos deben tener prioridad en cuanto a revisión, posible referencia y seguimiento y tratamiento apropiado.
- Por debajo del 5 percentil debe sospecharse deficiencia nutricional aguda o subaguda.

- Si el peso para la talla está por arriba del 95 percentil esto puede significar si la talla para la edad está sobre el 10 percentil, está obeso, sin embargo, deben hacerse mediciones de pliegues cutáneos para hacer un Diagnóstico más adecuado.

b) Patrones de referencia:

- Tabla de referencia del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS) son recomendadas por la OMS ya que se ha comprobado que son un estándar útil en la evaluación del crecimiento de los individuos.
- Índice de Waterloo o de peso para talla: Se calcula dividiendo el peso real del niño por el valor del percentil 50 del peso de referencia correspondiente a la edad y se dice que si es igual o mayor que 1.1 hay que investigar sobrepeso u obesidad, si es menor de 0.9 puede indicar desnutrición.(19).

2.2.5. NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS (AS)

De la información sobre peso y talla se han calculado los siguientes indicadores:

- **Talla para la edad o desnutrición crónica.** Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad o retrato en el crecimiento, se determinan al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en niños(as) próximos a cumplir cinco años (48-49 meses, por ejemplo), son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.
- **Peso para la talla o desnutrición aguda (emaciación).** El peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o emaciación, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de

enfermedades en el pasado inmediato. Se diría que obedece a situaciones de coyuntura.(20).

- **Peso para la edad o desnutrición global (o desnutrición general).** El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.

La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el estándar establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). El patrón internacional es útil porque facilita la comparación entre poblaciones y subgrupos en un momento dado o a través del tiempo. Una ventaja adicional consiste en la disponibilidad de un patrón "normalizado" en el sentido de que la media y la mediana de las distribuciones coinciden. La proporción de niños (as) que están por debajo de dos desviaciones estándar con respecto a esta población de referencia se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio. Por supuesto que en cualquier población existe una variación natural en peso y talla, variación que aproxima los porcentajes encontrados en la distribución normal (2.3 por ciento más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media).

a) Talla para la edad o desnutrición crónica

- La desnutrición crónica afecta casi por igual a niños y a niñas pero aumenta rápidamente con la edad desde el 26% entre los niños de 6-11 meses hasta alcanzar más del 50% después de esa edad.
- La desnutrición crónica alcanza el 60% entre los niños de 6° o mayor orden, comparando con el 40% entre los de orden 3 o menor.

- Entre los niños(as) concebidos con intervalos relativamente cortos (menos de 2 años), el 56% de los niños se clasificarían como desnutrido(a), en comparación con el 31% entre aquellos niños(as) cuyo intervalo de nacimiento es mayor de 48 meses.
- Dos terceras partes de los niños de madres sin educación o indígenas sufren retardo en su crecimiento, el doble del nivel de desnutrición observado entre los niños de madres con educación secundaria o más (13%).

b) Peso para la edad o desnutrición global

- El 24% de los niños menores de cinco años tienen un peso deficiente para su edad, evidenciando una disminución de tres puntos porcentuales respecto a la cifra observada en 1995 (27%).
- Al igual que con la crónica, la desnutrición global aumenta con el orden de nacimiento y con la edad del niño, especialmente durante el primer año de vida y después se estabiliza.
- Alrededor de uno de cada tres niños(as) de madres residentes en áreas rurales, indígenas, sin educación, sufre de desnutrición global, casi el doble si se compara con los niveles observados entre la población urbana y la ladina (19%); y más de cinco veces el nivel observado entre las madres con secundaria o más.
- Tanto la desnutrición crónica como para la global, la disminución ha sido mayor entre los hijos(as) de mujeres ladinas y residentes urbanos, aumentando así la brecha entre esos grupos poblacionales. El porcentaje de niños (as) con desnutrición crónica entre mujeres indígenas, por ejemplo, es el doble de observado entre hijos(as) de mujeres ladinas (67% y 34% respectivamente).(21) .

2.2.6. DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN

Varios estudios han sido realizados a nivel internacional con la finalidad de establecer los determinantes de la desnutrición infantil.

(a) Dar luces respecto a las principales causas de la desnutrición infantil.

(b) Proyectar cuántos niños serán vulnerables a la malnutrición en el año 2020, dadas las tendencias actuales.

(c) Identificar las acciones prioritarias que se deberían de llevar a cabo para reducir la desnutrición en las siguientes décadas.

Para lograr estos objetivos, los autores separaron los determinantes de la desnutrición infantil en tres niveles de causalidad, los inmediatos (consumo de alimentos y estatus de salud), los subyacentes (seguridad alimentaria, cuidado de las madres y niños, y calidad del ambiente sanitario) y los determinantes básicos (disponibilidad de recursos económicos y contexto político). En el mismo se aprecia que el estatus nutricional de un niño es producto de una serie de factores, como el tipo de alimentación que recibe diariamente, el contexto cultural, la situación política del lugar en que vive, entre varios otros. Los determinantes básicos actúan sobre los subyacentes, los que a su vez actúan sobre los inmediatos. Los determinantes se refuerzan y guardan fuertes relaciones entre sí; por lo mismo, una estrategia destinada a combatir la desnutrición debe tener en cuenta todos ellos.

Los autores se concentraron en el análisis de los determinantes subyacentes. La educación de la madre tiene el impacto más fuerte en la desnutrición infantil, seguido por la disponibilidad de alimentos per cápita, y el estatus de la mujer en relación al hombre en el hogar. Los autores concluyen que la desnutrición puede reducirse en las próximas décadas si se toman acciones inmediatas para incrementar la educación de la mujer, aumentar la oferta de alimentos (o reducir el crecimiento poblacional), elevar el estatus de la mujer en relación al del hombre, y mejorar el ambiente sanitario. Estas medidas deben

complementarse con intervenciones nutricionales más directas (programas de reparto de alimentos). Debido a limitaciones en la información, la investigación no analiza los efectos que tienen la seguridad alimentaria y la pobreza sobre la desnutrición.

Las desigualdades son notables. En primer lugar, la prevalencia de desnutrición entre niños es más elevada que entre niñas, probablemente reflejando los mayores requerimientos nutricionales de los primeros. En segundo término, 45 de cada 100 niños en la zona rural sufre de desnutrición crónica, mientras que solo 14 de cada 100 niños la padece en la zona urbana. La altitud genera diferencias sustanciales en la prevalencia de la desnutrición crónica, teniendo los hogares localizados por encima de los 3000 metros una tasa que se aproxima al 50%. La brecha entre el quintil más pobre y el quintil más rico es aún mayor: entre el 20% de familias más pobres, 53 de cada 100 niños sufren de desnutrición crónica, mientras que en el 20% más rico, sólo 6 de cada 100 niños la padecen.

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. Asimismo, 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.

Varios son los factores que pueden influir en la desnutrición de los niños menores de 5 años entre ellos influye el tipo de Lactancia materna que estos reciban, ya que las madres no dan lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida de los niños y agregan otros tipos de dietas que no son adecuados, debido a la pobreza a que muchas familias se enfrentan y no contienen los nutrientes necesarios para los niños lo cual influye en el crecimiento y desarrollo de los niños.

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.(22).

2.2.7 ASPECTOS GENERALES SOCIOECONÓMICOS

En el Perú se ha producido, en los últimos treinta años, un proceso de migración. La gente de provincias viaja a las ciudades. Este problema es muy preocupante y complejo.

Se debe destacar la desaceleración de la tasa de crecimiento entre los recientes períodos intercensales. Así, se observa que en el período 1972-1981, la tasa fue de 2.6%; en el período 1981-1993, la tasa fue del 2% y la proyectada hasta el año 2005 es de 1.8%. Esta desaceleración es más significativa en la tasa de crecimiento de la población de las cincuenta ciudades más pobladas, donde se concentraba el 54% de toda la población.

Sin embargo, lo más interesante de la dinámica poblacional durante las últimas tres décadas es la masiva y drástica migración del área rural hacia las ciudades, la desmedida concentración de la población en Lima Metropolitana y la aparición de nuevos centros urbanos que crecen con tasa mayores que esta ciudad.

2.2.8 LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

En la actualidad se reconoce que la salud y la enfermedad son procesos con determinación intersectorial, en donde los factores de mayor importancia causal son de orden social, económico, ambiental y de estilo de vida, además del biológico.

Estos procesos tienen un proceso histórico, y en cada sociedad se manifiesta en forma diferente en sus variados grupos sociales según los factores determinantes presentes.

Aunque el ambiente rural presenta problema especial para la salud, resolverlo es principalmente una cuestión de esfuerzo humano, voluntad política, y asignación de recursos. Agua potable, drenajes, eliminación de basura y deshechos humanos, y acceso a la electricidad son producto de acciones humanas. Los departamentos de población mayoritariamente indígenas son especialmente deficientes al acceso de agua y electricidad. Es importante anotar que para el caso de las mujeres, la tercera causa de muerte es la desnutrición, que estaría relacionado con un desigual acceso a los recursos alimentarios en función del género, ya que para los hombres es la sexta causa de muerte. Así mismo la desnutrición tiene efecto directo en la salud de las mujeres en su etapa reproductiva.

La pobreza

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 padecen desnutrición. Cuando un niño pobre entra al colegio, está más susceptible a problemas de aprendizaje y a deficiencias de atención. También su nivel intelectual es más bajo comparado con niños de familias más acomodadas que proporcionan al niño con estimulación y experiencias de aprendizaje desde corta edad.(23).

2.2.9 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN

Hay clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como factor predisponente de un mayor riesgo de enfermar o de morir y como condición antecedente de una limitación estructural y funcional.

Durante el estadio agudo de la desnutrición severa, la aparente mayor susceptibilidad del niño a contraer enfermedades infecto-contagiosas es sin duda la consecuencia de mayor trascendencia clínica.

Con respecto a las potencialidades somáticas los niños con desnutrición severa presentan tallas inferiores al promedio para su edad considerándose estos como “Enanos Nutricionales”.

Los estudios sobre el desarrollo mental indican que existe una interrelación estrecha entre la desnutrición y el desarrollo intelectual. Sin embargo, aún queda por precisar el grado de participación de la desnutrición en el retraso mental.

En años recientes se ha logrado que lactantes severamente desnutridos tengan una mejor recuperación en su desarrollo neurológico, cuando son sistemáticamente estimulados durante su tratamiento médico dietético.

El niño desnutrido grave se deteriora más debido a un desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular y/o renal y a un déficit de los mecanismos de defensa contra la infección. Las alteraciones psicológicas pueden ser profundas; la anorexia severa, apatía e irritabilidad hacen que el niño sea difícil de alimentar y manejar, y son de muy mal pronóstico.

En general, la muerte es secundaria a bronconeumonía, septicemia por gramnegativos, infecciones graves y falla aguda cardiovascular, hepática y renal. Los signos y síntomas de deficiencia grave de vitaminas y minerales pueden ser importante y pueden hacerse aparentes durante la rehabilitación temprana si no se provee un suministro adecuado de estos nutrimentos. Además, el cuadro clínico puede complicarse por una deficiencia grave de folatos, tiamina o niacina y/o una deficiencia aguda de potasio, sodio y magnesio o por deficiencia crónica de hierro, zinc, cobre y cromo.

2.2.10 PREVENCIÓN

En la actualidad está identificado el periodo fundamental para prevenir la desnutrición del niño: el embarazo y los dos primeros años de vida. Es el periodo que se conoce como los 1.000 días críticos para la vida (UNICEF). En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de una alimentación y atención adecuadas produce daños físicos y cognitivos irreversibles que afectarán a la salud y al desarrollo intelectual del niño para el resto de su vida.

En estos 1.000 días hay cuatro etapas que requieren actuaciones diferentes:

- Embarazo
- Nacimiento
- De 0 a 6 meses
- De 6 a 24 meses

Acciones de prevención

- Aporte de vitaminas y minerales esenciales: hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y yodo.
- Fomento de la lactancia temprana (en la primera hora).
- Fomento de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Fomento de una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses y continuación de la lactancia.
- Peso de los recién nacidos.
- Medición de peso y altura, y detección de casos de desnutrición aguda.
- Promoción del consumo de sal yodada.

Cambios en el entorno socio-cultural

- Formación y acciones para prevenir los embarazos precoces.
- Acciones para proteger los derechos de las mujeres y niñas.
- Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento.

- Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades.
- Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento.
- Acciones para lograr una atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario.
- Acciones para lograr una educación de calidad para todos que capacite para prevenir y abordar las consecuencias de la desnutrición.
- Medidas para reducir las consecuencias negativas del cambio climático sobre la disponibilidad de alimentos.(24).

2.2.11 TEORÍA DE ENFERMERÍA

NOLA PENDER MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD”

La enfermera como profesional capacitado debe poner estos conocimientos a favor de las madres de niños menores de 15 años que por motivos de desconocimiento en una buena nutrición repercute en el estado nutricional de sus hijos, en tal sentido la conducta sanitaria saludable es fundamental para prevenir infecciones que posteriormente pueden comprometer el estado nutricional de los menores de 15 años, a través de la promoción de la salud.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.(25).

La enfermera como parte del sistema de salud, tiene dentro de sus deberes el de hacer participar a la comunidad en la conservación de la salud de individual y colectiva, por lo que la promoción de la salud es de suma importancia en este grupo etario pues las madres deben conocer cómo evitar que su niños se desnutra, con una alimentación adecuada para el niño menor de 5 años, y la responsabilidad de dar

el número de comidas necesarias, evitando en todo momento la contaminación de los alimentos antes de su ingestión.

2.3. Definición de términos básicos

Riesgo: Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte, etc.).

Factores de riesgo: Un factor de riesgo es una característica detectable en individuos o en grupos, asociada a una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser indicadores de riesgo, así como causa de daños a la salud. El factor de riesgo se usa en tres connotaciones distintas:

- a) "Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal".
- b) "Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico".
- c) "Un determinante que puede ser modificado por alguna intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud; para evitar confusión esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable".

Espacio intergenésico: Es el espacio del tiempo que existe entre el nacimiento de un hijo y el otro.

Ocupación: Es el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que realiza la madre al momento de la recolección de datos.

Nivel educativo: Grado de instrucción de la madre.

Ingresos económicos: Cantidad de dinero que recibe la madre en un periodo determinado (mensual). Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás.

Prevalencia: proporción de individuos que presentan el fenómeno en una población y en un momento dado.

Malnutrición: estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos.

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

Desnutrición aguda: deficiencia de peso para la altura.

Desnutrición crónica: retardo de altura para la edad.

Desnutrición global: deficiencia de peso para la edad.

Ablactancia: suministrar al niño otros alimentos además de la leche materna, o sustitutos de esta leche.

Recién nacido adecuado para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino.

Recién nacido pequeño para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la curva de crecimiento intrauterino.

Recién nacido grande para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la curva de crecimiento intrauterino.

Inicio temprano de la alimentación: indicada cada 2 horas, durante las primeras 48 horas de internación, ayuda a prevenir la hipoglucemia, la hipotermia y apresurar la fase de estabilización.

2.4. Hipótesis de la investigación

2.4.1. Hipótesis

- El sexo influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.
- El Nivel socio-económico influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.
- La lactancia materna exclusiva influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.

- El grado de instrucción de la madre influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.
- La edad de la madre influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.
- El número de diarreas en el último año influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.
- El parasitismo influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.

2.5. VARIABLES

Variable Dependiente

Estado nutricional del menor de 15 años

Indicador: Desnutrido

Eutrófico

Variable Independiente

Factores influyentes de la desnutrición

Indicador: Sexo

Nivel socioeconómico

Lactancia materna exclusiva

Grado de instrucción de la madre

Edad de la madre

Número de diarreas en el último año

Parasitismo

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Estado Nutricional.- Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Factores influyentes de la desnutrición.- Elemento, condicionante que contribuye al desarrollo de la desnutrición.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Estado Nutricional.- Variable cualitativa que es medida en escala nominal y que categoriza la muestra en eutrófico y desnutrido.

Factores influyentes de la desnutrición.- Variable cualitativa que es medida en escala nominal y que categoriza la muestra en factor de riesgo y no factor de riesgo.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Estado Nutricional	Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Variable cualitativa que es medida en escala nominal y que categoriza la muestra en eutrófico y desnutrido.	Índice antropométricos	Desnutrición aguda Desnutrición crónica Retardo en niños menores de 5 años Desnutrido Eutrófico
			La pobreza	
			Aspecto socioeconómico	
			Peso	
			talla	
Factores influyentes de la desnutrición	Elemento, condicionante que contribuye al desarrollo de la desnutrición.	Variable cualitativa medida en escala nominal, masculino y femenino.	Características socio-demográficas	Sexo
		Variable cuantitativa medida en ordinal menor de 20 años y de 20 a más años.		Edad de la madre
		Variable cualitativa medida en escala ordinal, analfabeta, primaria, secundaria, superior		Grado de instrucción
		Variable cualitativa medida en escala nominal, medio y bajo.	Características económicas	Medio Bajo
		Variable cualitativa medida en escala nominal, sin LME con LME.	Antecedentes nutricionales del niño/a	Sin LME Con LME
		Variable cuantitativa medida en escala ordinal, menos de 3 episodios y de 3 a más episodios.	Antecedentes patológicos	Número de diarreas en el último año
		Variable cuantitativa medida en escala nominal, con parasitosis, sin parasitosis.		Parasitismo

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Observacional porque no se manipularon las variables, analítica pues presenta dos variables, transversal pues solo se midieron una sola vez las variables, prospectiva pues la variable de estudio fue medida por el investigador.

3.1.2. Nivel de investigación

Relacional

3.2. Descripción del ámbito de la investigación

Se desarrolló en el Puesto de salud SAN RAFAEL de Pueblo Nuevo de Ica. Panamericana Sur Km. 310 Pueblo Nuevo pertenece a la red Palpa-Nazca.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Se estimó una población de niños menores de 15 años que acuden al Puesto de Salud de San Rafael del distrito de Pueblo Nuevo de 266 de los cuales 22 son desnutridos en los 6 meses que comprendió el estudio.

La muestra se seleccionó según criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños menores de 15 años cuyas madres aceptan ingresar al estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños menores de 15 años cuyas madres no desean ingresar al estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

Observación pues se midió a cada infante el peso, la que con la edad se comparó con las tablas de la OMS.

3.4.2. Instrumento

Tablas de la OMS de percentiles de crecimiento para niños y niñas menores de 15 años.

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento

Se realizó una prueba piloto a fin de determinar errores y ser corregidos oportunamente, una vez determinado que es válido y confiable se aplicó el instrumento.

3.6. Plan de procesamiento de datos

Los datos fueron tabulados en una computadora que presenta el programa estadístico SPSS v23 de donde se obtuvieron las tablas, las que fueron presentadas en forma de gráficos trabajadas en el programa Excel.

ÉTICA

Los derechos humanos de las unidades de estudio que conformaron la muestra, fueron respetadas y protegidos a través de los principios de la libertad mediante la participación voluntaria y el principio de autonomía mediante el consentimiento informado verbal de las madres de los niños, para lo cual inicialmente se solicitó el consentimiento de la madre respecto a su propia participación y la de su niño, por lo que se obtuvo buena predisposición para la participación activa, respetando así su integridad física y moral.

Para conservar la anonimidad de los participantes se hizo uso de códigos, y para conservar la confidencialidad de los datos solo el investigador tiene acceso a ellos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1

PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO 2016

ESTADO NUTRICIONAL	Frecuencia	Porcentaje
DESNUTRIDO	22	8 %
NORMO PESO	244	92 %
TOTAL	266	100%

Fuente: PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO

La tabla muestra que de los 266 niños menores de 15 años evaluado en el Puesto de Salud San Rafael 22 de ellos tenían desnutrición lo que hace un 8% de desnutridos en esta población jurisdicción del Puesto de Salud.

GRÁFICO N° 01

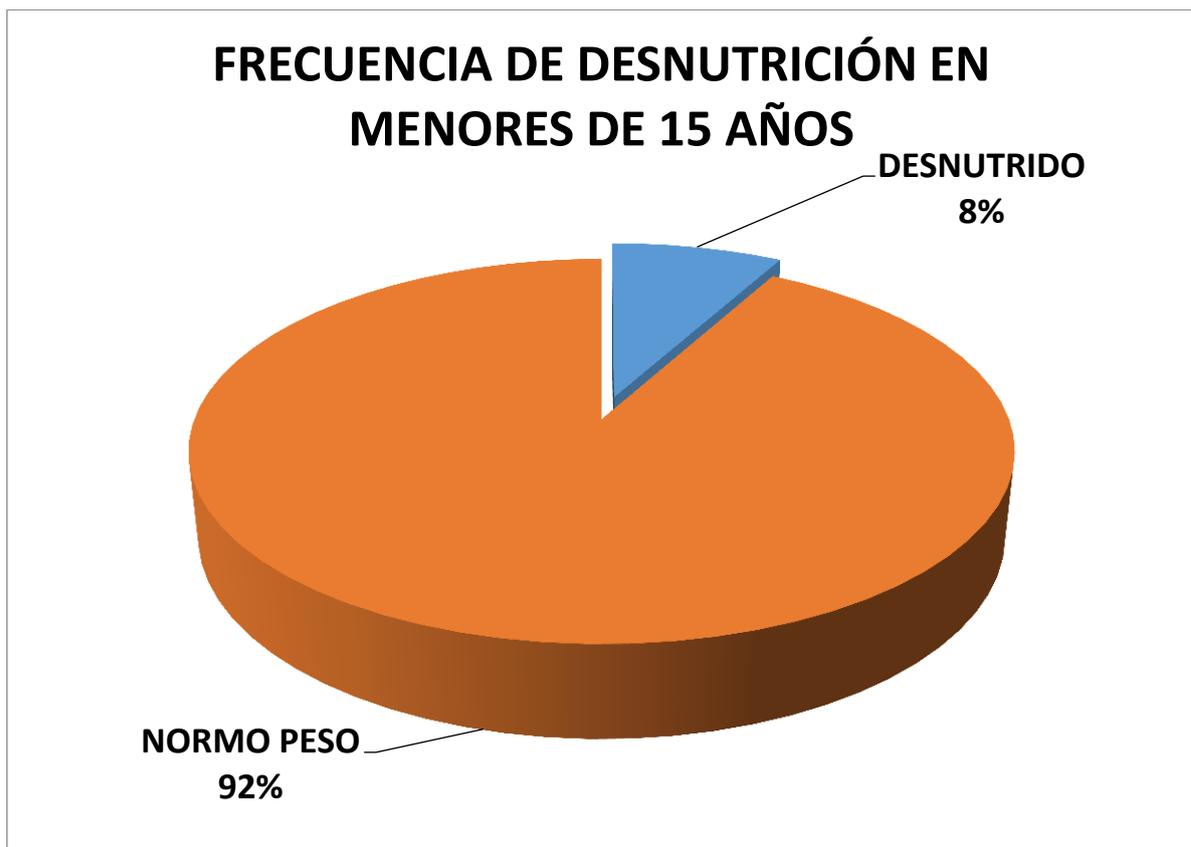


TABLA N° 2

GÉNERO EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO 2016

SEXO	ESTADO NUTRICIONAL	
	DESNUTRIDO	PORCENTAJE
	N°	%
Masculino	14	64%
Femenino	8	36%
TOTAL	22	100%

Fuente: PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO

La tabla muestra que de los pacientes desnutridos el 64% son del sexo masculino y el 36% son del sexo femenino

GRÁFICO N° 02

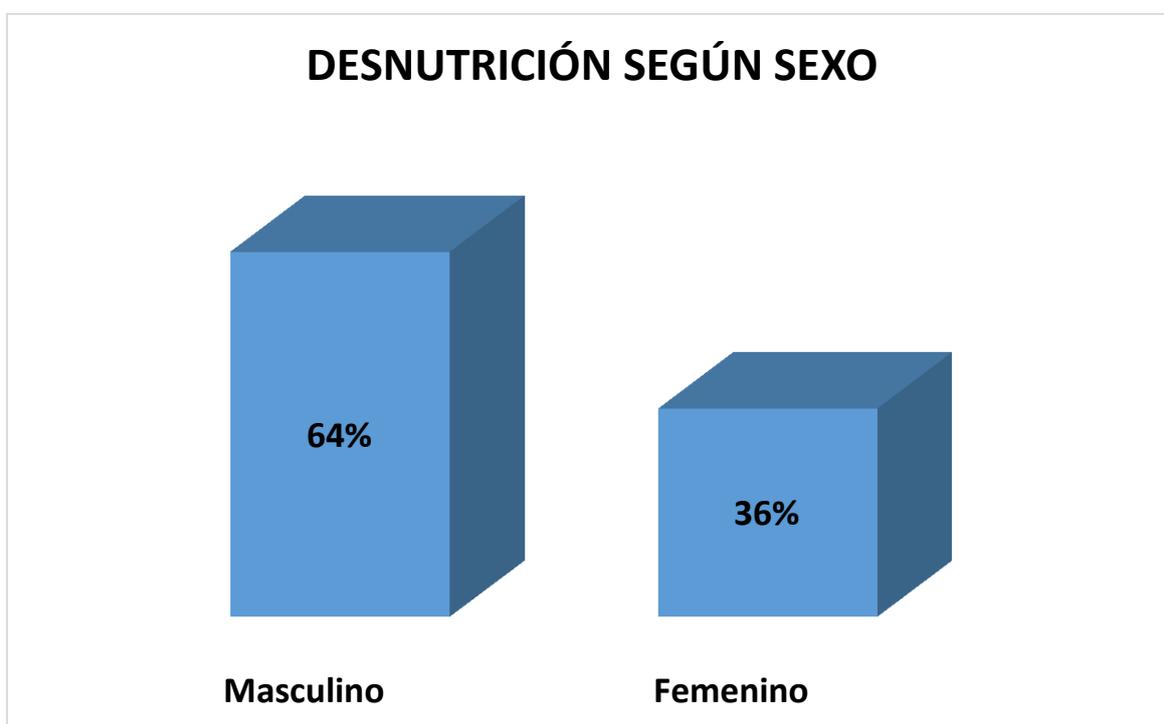


TABLA N° 3

EDAD DE LA MADRE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016

EDAD DE LA MADRE	ESTADO NUTRICIONAL	
	DESNUTRIDO	PORCENTAJE
	N°	%
< 20 años	2	91 %
20 años a más	20	9 %
TOTAL	22	100.0%

Fuente: PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO

La tabla muestra que de los pacientes desnutridos el 91 % son hijos de madres menores de 20 años y el 9 % de madres de 20 a más años.

GRÁFICO N° 03

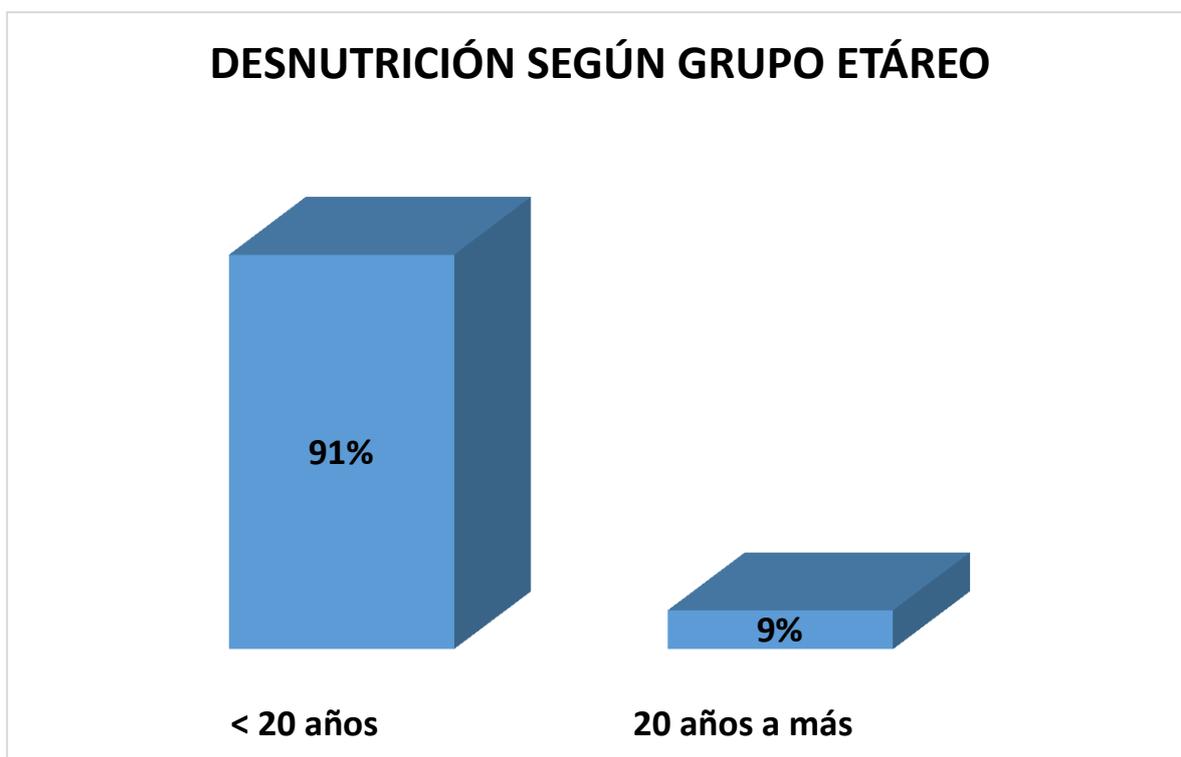


TABLA N° 4

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ESTADO NUTRICIONAL	
	DESNUTRIDO	PORCENTAJE
	N°	%
Primaria	4	18%
Secundaria	15	68%
Superior	3	14%
TOTAL	22	100%

Fuente: PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO

La tabla muestra que de los pacientes desnutridos el 18% proceden de madres con nivel instructivo primario, el 68 % de madres con secundaria y el 14% de madres con nivel instructivo superior.

GRÁFICO N° 04

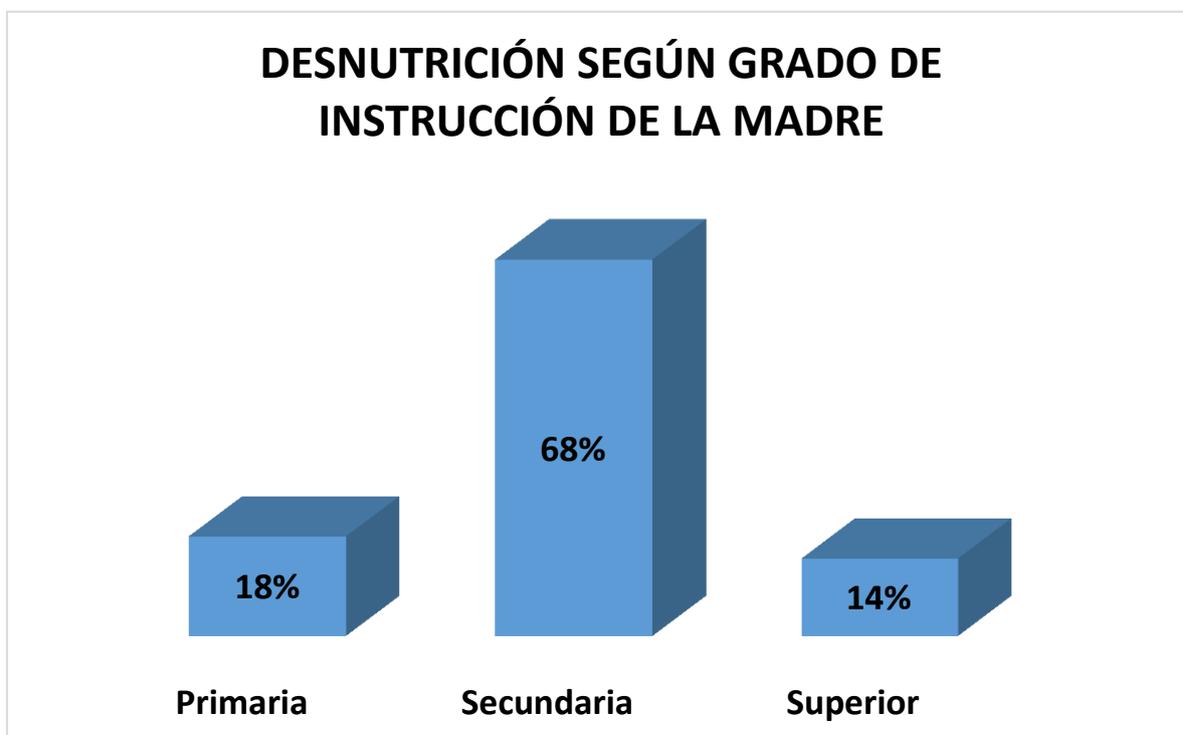


TABLA N° 5

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	ESTADO NUTRICIONAL	
	DESNUTRIDO	PORCENTAJE
	N°	%
Sin LME	18	82 %
Con LME	4	18%
TOTAL	22	100%

Fuente: PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO

La tabla muestra que de los pacientes desnutridos el 82 % no tuvieron lactancia materna exclusiva, y el 18 % si tuvieron lactancia materna exclusiva.

GRÁFICO N° 05

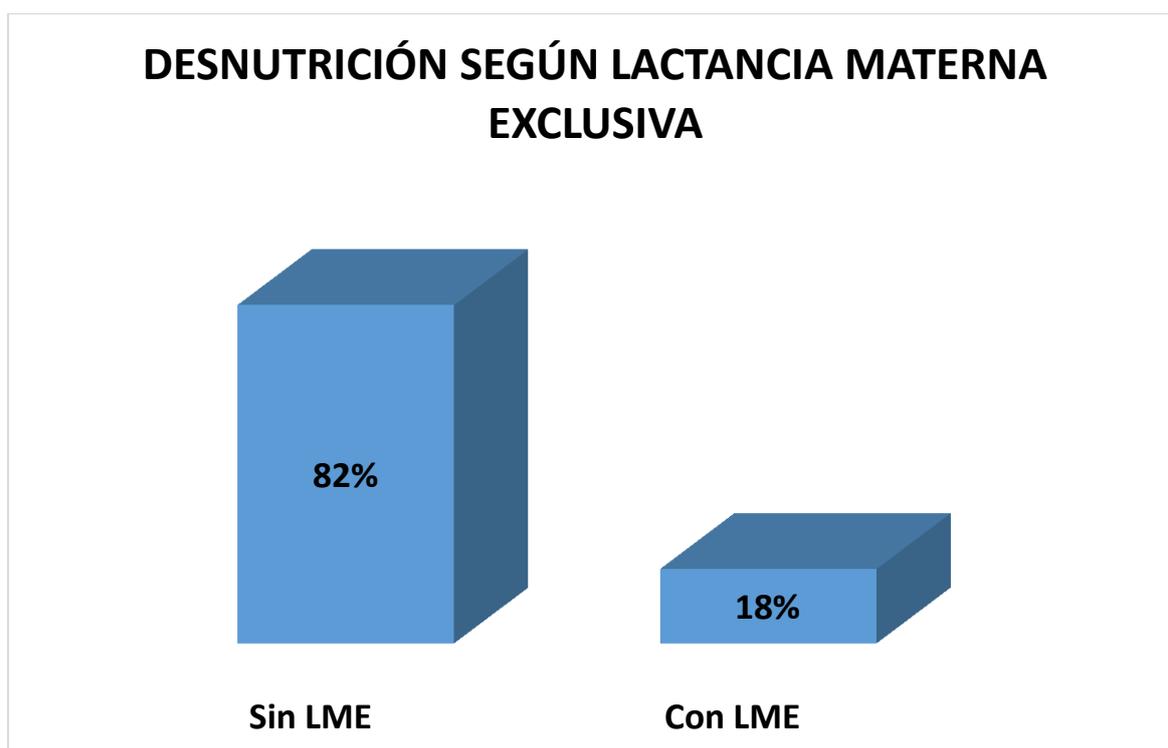


TABLA N° 6

**EPISODIOS DE DIARREAS EN MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL
PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016**

EPISODIOS DE DIARREAS	ESTADO NUTRICIONAL	
	DESNUTRIDO	PORCENTAJE
	N°	%
Sin diarrea	16	73 %
Más de 2 al año	4	18 %
Hasta 2 al año	2	9 %
TOTAL	22	100%

Fuente: PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO

La tabla muestra que de los pacientes sin episodios de diarrea con 73%, con episodio con diarreas es 18 % tuvieron más de dos episodios de diarrea aguda al año, y el 18 % tuvieron hasta dos episodios de diarrea aguda en un año.

GRÁFICO N° 06

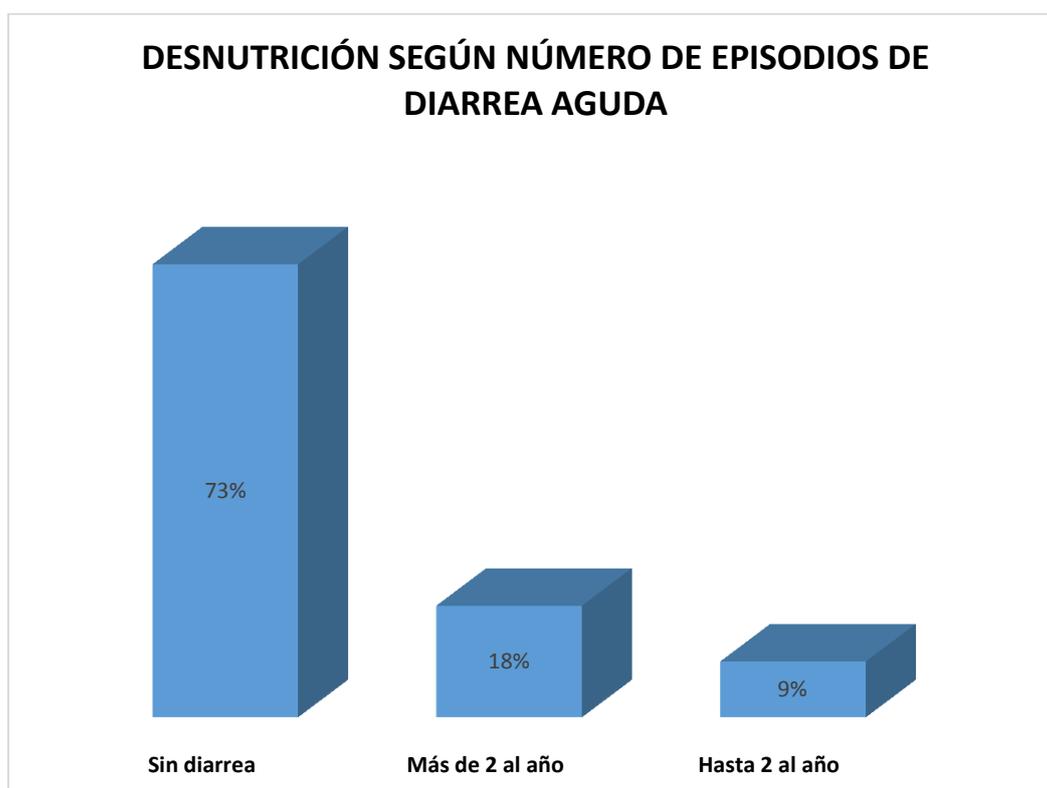


TABLA N° 7

PARASITISMO EN LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016

PARASITISMO	ESTADO NUTRICIONAL	
	DESNUTRIDO	PORCENTAJE
	N°	%
Parasitado	8	36 %
No parasitado	14	64 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO

La tabla muestra que de los pacientes desnutridos el 36 % presentaron parasitosis, y el 64 % no tuvieron parasitosis.

GRÁFICO N° 07

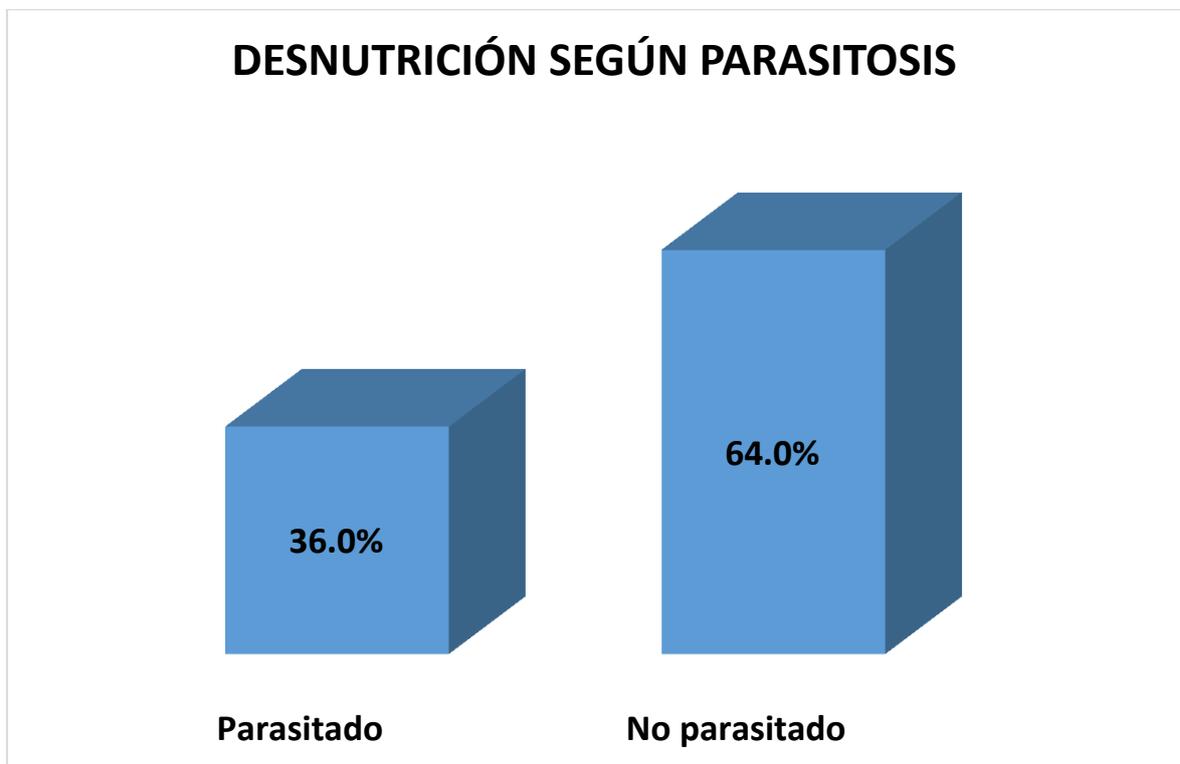


TABLA N° 8

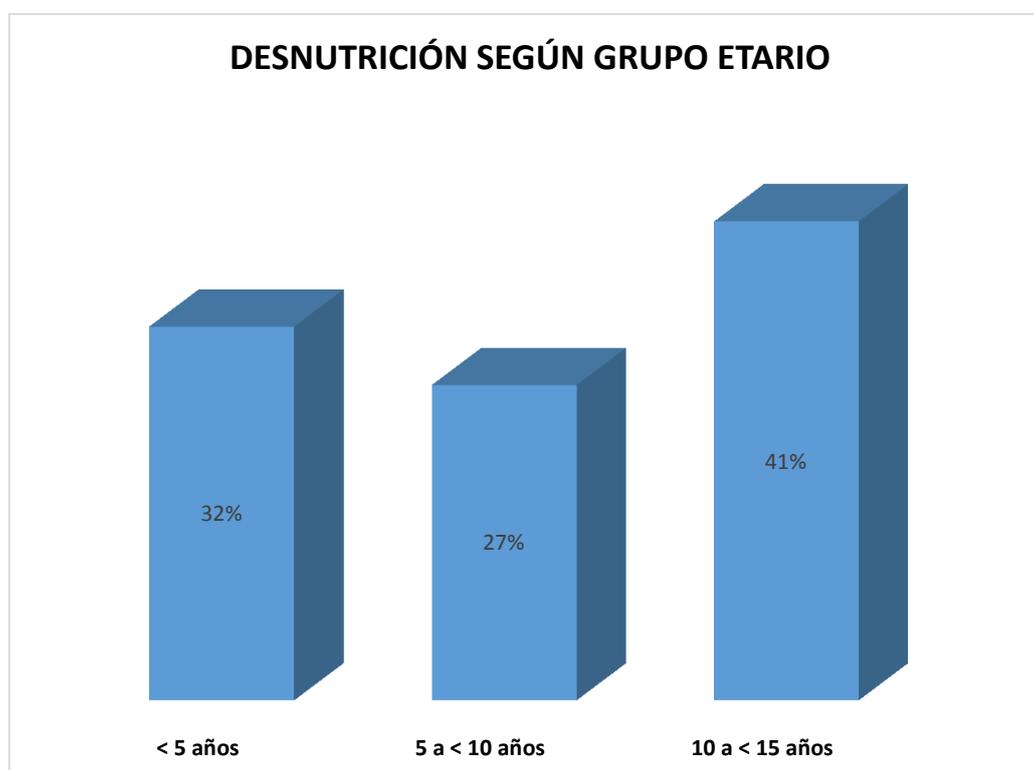
**DESNUTRICIÓN POR GRUPO ETARIO QUE ACUDEN AL PUESTO DE
SALUD SAN RAFAEL PUEBLO NUEVO 2016**

GRUPO ETARIO	ESTADIO NUTRICIONAL	
	DESNUTRIDO	PORCENTAJE
	N°	%
< 5 años	7	32 %
5 a < 10 años	6	27 %
10 a < 15 años	9	41 %
TOTAL	22	100%

Fuente: PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL - PUEBLO NUEVO

La tabla muestra que de los pacientes menores de 5 años un 32 % presentan desnutrición, 27 % son paciente de 5 a 10 años, y el 41 % los niños de 10 a 15 años.

GRÁFICO N° 08



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La prevalencia de desnutrición en menores de 15 años en la jurisdicción del Puesto de Salud San Rafael en el distrito de Pueblo Nuevo es de 8 %, explicable por las condiciones de pobreza que en esta zona se observa y las condiciones salubridad en que se desenvuelve la población y donde sobrevive todo este grupo etareo de riesgo. Al respecto Coronado Escobar Z. (4) encuentra en su estudio un 92% de prevalencia de desnutrición en una población de Guatemala.

Seguidamente pasaremos a evaluar los factores de riesgo que se asocian a esta condición que dificulta un buen desarrollo de un grupo etareo que se encuentra en pleno desarrollo y mucho depende de las condiciones nutricionales para un buen crecimiento y desarrollo. Así se comparó el estado nutricional en ambos sexos, no encontrándose diferencias marcadas pues existe una frecuencia mayor de desnutridos en el sexo masculino (64 %) frente a (36 %) aunque las diferencias son escasas y no se puede concluir que el sexo sea un factor de riesgo para la desnutrición. Sin embargo Baute Pareta N. (8) en un hospital guatemalteco encontró asociación de la desnutrición con el sexo femenino.

Mientras que al evaluar la edad de la madre la que se dividió en madres adolescente (< de 20 años) y madre adulta (de 20 a más años), se encontró diferencias marcadas pues existe una proporción de niños con madres menores de 20 años en el grupo de los desnutridos que en el grupo de madres de 20 a más años, por lo que este factor sería de riesgo para la desnutrición en estos niños, ello atribuido a la poca madurez psíquica observada habitualmente en este grupo etareo de madres donde también la responsabilidad para con los hijos es menor, lo que estaría determinando descuido en la alimentación e higiene de los niños perteneciente a este grupo de madres. Arévalo Valles J. en el Hospital San Bartolomé (13), encuentra asociación entre edad de la madre menor de 20 años y bajo peso de los niños.

Igual estaría ocurriendo con el grado de instrucción de la madre, pues la frecuencia de niños con madres que tienen primaria o secundaria, sobre todo, en los primeros pertenecen al grupo de los desnutridos, 37.5% o 43.8% según sea primaria o secundaria respectivamente, mientras que los niños que

proceden de madres con un nivel educativo mayor la proporción de desnutridos es menor (9 %), lo que indica que a mayor nivel educativo menor riesgo de desnutrición de los niños o viceversa, a menor nivel instructivo de la madre mayor el riesgo de desnutrición de su hijos, todo ello relacionado a que una madre con bajo nivel educativo, comprende menos la importancia de tener hijos adecuadamente nutridos. Coronado Escobar Z. (4) encuentra en su estudio una fuerte asociación con el nivel instructivo de la madre, en una población Guatemalteca del valle de Palajunoj, Quetzaltenango. Lo mismo encontró Escartín M, (5) en México el 2011, en la comunidad rural de Querétaro, el hecho de ser madre y tener como grado de educación primaria se asoció a hijos con bajo peso. Barrientos W, (7), en Nicaragua el 2011 también encontró que la desnutrición crónica está muy relacionada con ninguna escolaridad de la madre llegando este nivel de escolaridad primaria a un 75% y la desnutrición global es frecuente en madres de baja escolaridad que solo han cursado primaria con 23%. Sullcaray Valenzuela H. (12) también encontró asociación entre nivel instructivo primaria con desnutrición en sus hijos.

Pero al analizar la condición económica se encontró proporciones similares en los grupos de bajos recurso económico y la clase media 50% en cada uno. En esta zona del Perú la condición de pobreza es frecuente debido al trabajo agrícola que sus pobladores se dedican, así como la condición de migrante que muchas familias son, pues proceden de departamentos colindantes a Ica y que por motivos de trabajo habitan en ésta zona. Al comparar con otros estudios nacionales se encuentra que Delgado Sánchez H. determinó asociación entre la condición económica pobre con la desnutrición en sus hijos. Lo mismo encontró Ampuero A. (11), en Iquitos, los ingresos bajos relacionada con la desnutrición.

La lactancia materna exclusiva es también un factor de riesgo cuando ello no se cumple, lo que podría explicarse en forma inversa, así los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva tienen menos riesgo o están más protegidos de la desnutrición que los que no tuvieron lactancia materna exclusiva. Así se encontró una mayor proporción de niños desnutridos en los que no tuvieron lactancia materna exclusiva. Explicable por los beneficios que tiene la lactancia materna en el desarrollo del niño que repercute en sus siguientes años. Arévalo

Valles J. en el Hospital San Bartolomé de Lima encuentra asociación entre lactancia materna no exclusiva con bajo peso.

Las condiciones de salubridad en esta zona del País no son del todo adecuadas, existe muchas familias que conviven con ambiente poco saludables, lo que estaría repercutiendo en las enfermedades infecciosas gastrointestinales de sus hijos, ello se reflejaría en la investigación pues existe una alta frecuencia de niños desnutridos en los que tuvieron dos o más episodios de diarreas agudas. Revisando la literatura se encontró que Arévalo Valles J. en el Hospital San Bartolomé (13), determino asociación entre infecciones diarreicas agudas y desnutrición en los niños.

Y la condición de parasitado es también una condición asociada a la salubridad es por ello que en la investigación se encontró una alta proporción de parasitismo 64 %, lo que le coloca en factor de riesgo para desnutrición.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de desnutrición en menores de 15 años en la jurisdicción del puesto de salud San Rafael del distrito de Pueblo Nuevo es de 8 %.
2. Los factores de riesgo para la desnutrición en niños menores de 15 años son: El Nivel socio-económico bajo influye en la desnutrición de menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.
3. La lactancia materna no exclusiva influye en la desnutrición de menores de 15 años.
4. El grado de instrucción primaria y secundaria de la madre influye en la desnutrición de menores de 15 años.
5. La edad de las madrea mayores de 20 años influyen en la desnutrición de menores de 15 años.
6. El número de diarreas de más de dos episodios en el último año influye en la desnutrición de menores de 15 años.
7. El parasitismo influye en la desnutrición de menores de 15 años. Mientras que el sexo no es un factor de riesgo para desnutrición.

RECOMENDACIONES

1. Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades.
2. Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento.
3. Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento, por parte de las autoridades sobre todo en esta zona del País donde las condiciones económicas son bajas.
4. Aumentar la cobertura de lactancia materna exclusiva mediante concientización, charlas y monitoreo a fin de evitar malas costumbre o influencias de terceros en la lactancia, insistiendo en los niños de madres con bajo nivel instructivo; monitorear sobre todo a niños que proceden de madres menores de 20 años.
5. Eliminación adecuada de desechos intradomiciliarios, higiene de letrinas, eliminación de vectores infecciosos.
6. Desparasitar periódicamente a los niños menores de 15 años, a través de campañas gratuitas.

Referencias bibliográficas.

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.
2. Salcedo Buitron S. 2014. Desnutrición Infantil en el Perú. Informe de Investigación N.º 65 /2014-2015
3. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. 2015. Desnutrición crónica infantil en el Perú. Metas al 2016.
4. Instituto Nacional de Salud del Perú. 2014. Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014 – 2016 : documento técnico / editado por el Instituto Nacional de Salud -- Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2014. 104 p.: graf., tab., 21 x 29.7 cm.
5. Coronado Escobar Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. realizado en el puesto de salud del Valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala durante los meses de julio 2012 a febrero 2013.
6. Escartin M, y otros. “Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro”. México 2011.
7. Barrientos W, “situación nutricional en menores de 5 años. Municipio san juan de Ojojona, Honduras, enero – mayo 2011”.
8. Baute, N. Caracterización de la desnutrición infantil en el hospital gualtemateco de Poptún. MEDISAN 2014;18(10):1403.
9. Peña, A. Diagnóstico del estado nutricional en alumnos de la escuela primaria “Lic. Mario Colín” Lerma Estado de México 2013.
10. Delgado, H. Tuesta, P. Valqui, I. Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del centro de salud Morona Cocha I-4, 2015 Iquitos Perú.
11. Sobrino, M. (2014). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. Rev Panam Salud Publica;35(2),feb. 2014.

12. Arévalo Valles J. Factores asociados a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2014. Lima Perú.
13. Huamaní S. (2016). Relación entre el estado nutricional y hemoglobina en niños y niñas preescolares que asisten a la institución educativa “José de la Torre Ugarte n°71”, San Joaquín Ica 2016.
14. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. 2015. Desnutrición crónica infantil en Huancavelica. Metas al 2016. Elaborado por la Dirección General de Políticas y Estrategias Viceministerio de Políticas y Evaluación Social.
15. Ministerio de Salud del Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. “Resultados del Sistema de información del Estado Nutricional 2009, 2010 y 3er trimestre 2011”.
16. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. 2015. Desnutrición crónica infantil en Ica. Metas al 2016. Elaborado por la Dirección General de Políticas y Estrategias Viceministerio de Políticas y Evaluación Social. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Av. Paseo de la República 3101, San Isidro, Lima 28 – Perú.
17. Mendoza Monroy M. Tipología familiar y causas de desnutrición en niños de 2 a 6 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 220 Toluca, 2012.
18. Organización Mundial de la Salud. “Estrategias Sanitarias Mundiales 2010”
19. Solís Parrales R. Factores de riesgo y su influencia en la desnutrición infantil de Bastión Popular Centro Materno Infantil (distrito 09d07) bloque 3 mz 806 solar 16 de Guayaquil, año 2015.
20. Instituto Nacional de Salud Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. 2013.
21. Wisbaum W, “Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención”. Editorial Punto y Coma. Noviembre 2011.
22. Perú. Tercer Informe Nacional de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Lima; Presidencia de Consejo de Ministros; 2013.

23. Aramburú A. Diversidad alimentaria y su asociación con el retraso del crecimiento en niños de 6-23 meses. Perú 2008-2010. Tesis maestría. Lima; 2014.
24. Beltrán A. Seinfeld J. Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente.
25. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cuaca Programa de Enfermería Fundamentos de Enfermería.

Anexos

- Matriz de consistencia
- Modelo de instrumento

ANEXO N° 1

- MATRIZ DE CONSISTENCIA

68

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuál es la prevalencia y factores que influyen en la desnutrición de los menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016?	Determinar la prevalencia y factores que influyen en la desnutrición de los menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.	1. Indicar la prevalencia de la desnutrición en los menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016. 2. Conocer los factores que influyen en la desnutrición de los menores de 15 años que acuden al puesto de salud San Rafael - Pueblo Nuevo 2016.	V. DEPENDIENTE Estado nutricional del menor de 15 años.	Desnutrido Eutrófico	Patrones de crecimiento infantil de la OMS	Niño menor de 15 años
			—	Sexo	Ficha de datos	Madre
			V. INDEPENDIENTE Factores influyentes	Nivel socioeconómico	Ficha de datos	Madre
			Lactancia materna exclusiva	Ficha de datos	Madre	
			Grado de instrucción de la madre	Ficha de datos	Madre	
			Edad de la madre	Ficha de datos	Madre	
			Número de diarreas en el último año	Ficha de datos	Madre	
			Parasitismo	Ficha de datos	Madre	

ANEXO N°2

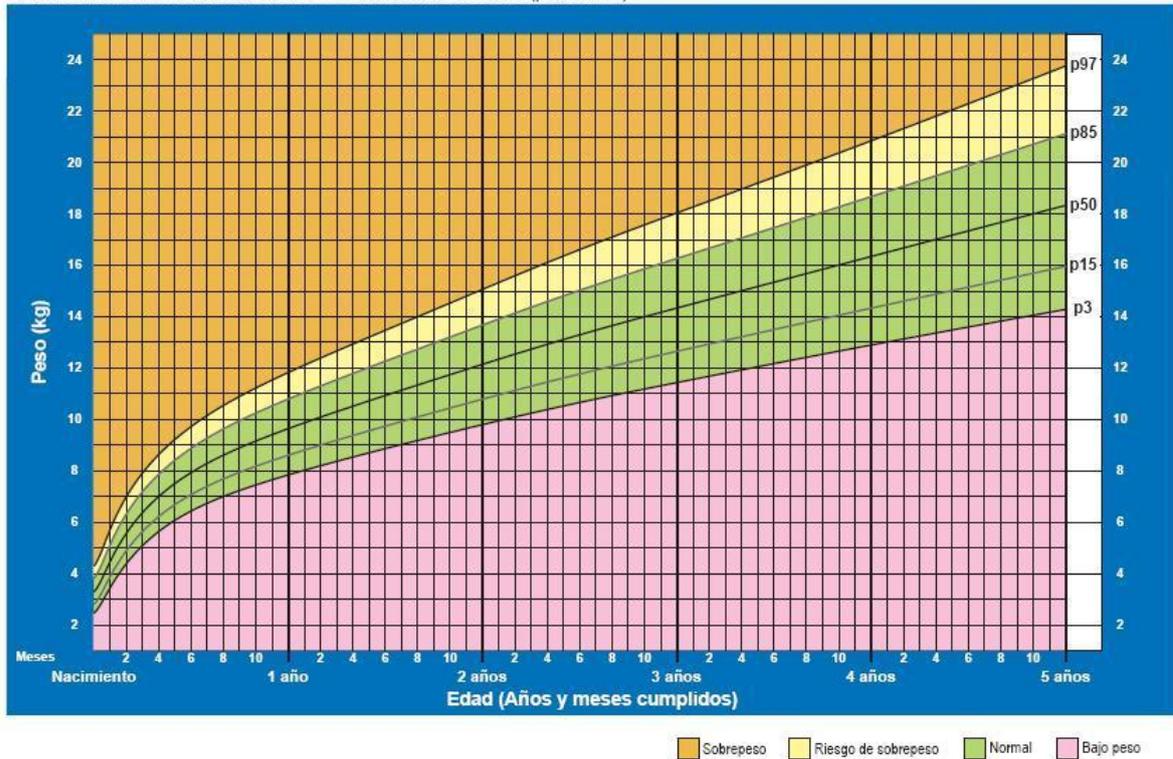
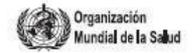
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1.- N° de ficha_____
- 2.- Edad de niño_____
- 3.- Peso_____
- 4.- Talla_____
- 5.- IMC _____
- 6.- Sexo (Masculino) (Femenino)
- 7.- Nivel socioeconómico (Medio) (Bajo)
- 8.- Lactancia materna exclusiva (SI) (NO)
- 9.- Grado de instrucción de la madre
(Primaria) (Secundaria) (Superior)
- 10.- Edad de la madre_____
- 11.- Número de diarreas en el último año_____
- 12.- Parasitismo (SI) (NO)
- 13.- Estado Nutricional del niño
(Desnutrido) (Eutrófico)

Tabla N° 01

Peso para la edad - NIÑOS

Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)



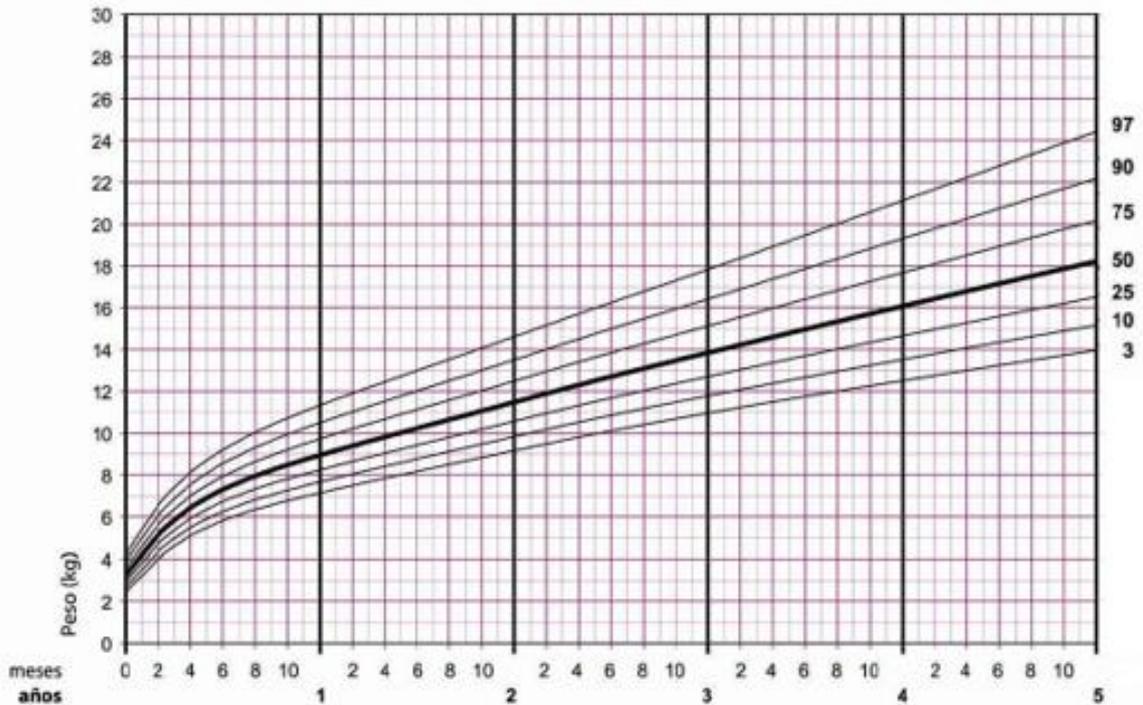
Descripción grafica

- Patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de Salud – Nacimiento a 5 años (percentiles).

Tabla N° 02

Peso para la Edad de NIÑAS

Percentilos (0 a 5 años)



Descripción grafica

- Edad (en meses y años cumplidos) Organización Mundial de la Salud Patrón de Crecimiento 2006.