



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**“ASOCIACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES CON
LA ANQUILOGLOSIA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN
PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2020-2022”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR

Bach. ROMERO VELA, VALERIA MILAGROS

<https://orcid.org/0000-0001-6545-4490>

ASESOR

Cd. Mg. MEJIA LAZARO, VICTOR ALEJANDRO

<https://orcid.org/0000-0003-4239-2914>

**LIMA - PERU
2022**

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mis padres y hermanas.

Gracias papás por el apoyo incondicional y su enseñanza de superación y perseverancia en todo el proceso de mi carrera universitaria, sin ustedes este hermoso sueño no sería posible.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por ser mi fuerza y apoyo en cada etapa de mi vida.

A mis asesores de tesis de la Universidad Alas Peruanas, quienes me ofrecieron la ayuda necesaria para poder culminarla.

Al CMI Juan Pablo II por proporcionarme el acceso a las historias clínicas y así poder realizar la recolección de datos de mi trabajo.

Al Dr. Roger Cayo por compartir sus conocimientos con una gran predisposición, y ser asequible con sus estudiantes, gracias por alentarme a culminar esta investigación.

A todas aquellas personas que con muy buena voluntad fueron participes y apoyo en la elaboración de esta tesis.

INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
Capítulo I: Planteamiento del problema	11
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Formulación del problema	12
1.3 Objetivos de la investigación	12
1.4. Justificación de la investigación	13
1.4.1. Importancia	13
1.4.2. Viabilidad	14
1.5. Limitaciones de estudio	14
Capítulo II: Marco teórico	15
2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Definición de términos básicos	23
Capítulo III: Hipótesis y Variables de la investigación	25
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	25
3.2. Variables, definición conceptual y operacional	25
Capítulo IV: Metodología de la investigación	27
4.1 Diseño metodológico	27
4.2 Diseño muestral	27
4.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	28
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	28
4.5 Aspectos éticos	29
Capítulo V: Resultados	30
5.1 Análisis descriptivo	30
5.2 Análisis inferencial	38

Discusión:	39
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Fuentes de información	43
Anexo nº1: Constancia de la investigación realizada	47
Anexo nº2: Instrumento de recolección de datos	48
Anexo nº3: Instrumento Tabla de valoración nutricional antropométrica Niños	49
Anexo nº4: Instrumento Tabla de valoración nutricional antropométrica Niñas	50
Anexo nº5: imágenes durante el desarrollo de la investigación	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Prevalencia de anquiloglosia según sexo	30
Tabla N° 2: Estado nutricional en lactantes de 0 a 2 años	32
Tabla N° 3: Estado nutricional en pacientes lactantes con anquiloglosia	34
Tabla N° 4: Estado nutricional en pacientes lactantes sin anquiloglosia	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Prevalencia de anquiloglosia según sexo	31
Gráfico N° 2: Estado nutricional en lactantes de 0 a 2 años	33
Gráfico N° 3 Estado nutricional en pacientes lactantes con anquiloglosia	34
Gráfico N° 4: Estado nutricional en pacientes lactantes sin anquiloglosia	37

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la asociación en el estado nutricional en lactantes de 0 a 2 años con la anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador en los años 2020-2022. La metodología fue tipo no experimental, analítico- casos y controles, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 300 historias las cuales 150 historias clínicas fueron de lactantes con anquiloglosia y 150 historias clínicas de lactantes sin anquiloglosia del CMI Juan Pablo II en los años 2020-2022. Para iniciar la recopilación de los datos se elaboró una ficha de recolección de datos y se usó el índice antropométrico aprobado por la OMS para valorar el estado nutricional. Los resultados arrojaron que la prevalencia de anquiloglosia según sexo en lactantes menores de 2 años donde 150 (50%) que presentan anquiloglosia, 65 (21.67%) son de sexo femenino y 85 (28.33%) son de sexo masculino. El estado nutricional en los lactantes con anquiloglosia resultó que un 90(60%) se encontraron nutridos, y 60 (40%) se encuentran desnutridos. El estado nutricional en los 300 lactantes resultó que conforme el peso según la talla los menores de dos años que presentaron estado nutricional normal son 90 (30%) con anquiloglosia y 148 (55.33%) sin anquiloglosia y los lactantes que presentaron un estado de desnutrición fue 60 (20%) con anquiloglosia y 2 (0.67%) sin anquiloglosia.

El resultado de Los niños que tienen anquiloglosia tienen el 49.33 probabilidades de padecer desnutrición en comparación con los niños que no presentan anquiloglosia.

Por lo tanto, concluimos que existe asociación entre la anquiloglosia y la desnutrición.

Palabras clave: anquiloglosia, desnutrición, leche materna, estado nutricional.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the association in the nutritional status of infants aged 0 to 2 years with ankyloglossia at the Juan Pablo II Maternal and Child Center in Villa el Salvador in the years 2020-2022. The methodology was non-experimental, analytical-cases and controls, cross-sectional and retrospective. The sample consisted of 300 histories, of which 150 clinical histories were of infants with ankyloglossia and 150 clinical histories of infants without ankyloglossia of the CMI Juan Pablo II in the years 2020-2022. To start data collection, a data collection form was prepared and the anthropometric index approved by the WHO was used to assess nutritional status. The results showed that the prevalence of ankyloglossia according to sex in infants under 2 years of age where 150 (50%) presented ankyloglossia, 65 (21.67%) were female and 85 (28.33%) were male. The nutritional status in infants resulted in 90 (60%) being nourished, and 60 (40%) being malnourished. The nutritional status in the 300 infants resulted in weight according to height. Those under two years of age who appeared normal nutritional status are 90 (30%) with ankyloglossia and 148 (55.33%) without ankyloglossia and the infants who appeared a state of malnutrition. it was 60 (20%) with ankyloglossia and 2 (0.67%) without ankyloglossia.

The result of Children who have ankyloglossia are 49.33% more likely to suffer from malnutrition compared to children who do not have ankyloglossia.

Therefore, we conclude that there is an association between ankyloglossia and malnutrition.

Keywords: ankyloglossia, malnutrition, breast milk, nutritional status.

INTRODUCCIÓN

El título de la presente investigación fue Asociación entre el estado nutricional y la anquiloglosia en lactantes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Villa el Salvador 2020-2022. A continuación, se describirá y detallará toda la estructura del trabajo de investigación:

Capítulo I: Se proyecta la problemática, los objetivos del cual se formularon a razón de que la alimentación en los primeros días de nacido es muy importante, y el cirujano dentista tiene toda la capacidad de diagnosticar esta anomalía que puede impedir un correcto amamantamiento como lo es la anquiloglosia. Así mismo se muestra la justificación, en el que se describe su importancia y la viabilidad del trabajo. Por lo último, se exhiben las limitaciones que pueden acontecer.

Capítulo II: Se llevó a cabo el Marco teórico, así mismo la recolección de los antecedentes internacionales y nacionales, incluyendo los conceptos básicos.

Capítulo III: Se propuso en la hipótesis general, donde se identificó y describió su definición, y la clasificación descrita de los variables con su debida operacionalización.

Capítulo IV: De igual forma se colocó el diseño metodológico, también el diseño muestral, los instrumentos de recolección de los datos y las técnicas estadística para el procesamiento de la información.

Capítulo V: En este capítulo se presentó el análisis y discusión de esta investigación, incluyendo las tablas y gráficos.

Por último, se presentó las conclusiones y recomendaciones que se obtuvo en la investigación. De igual forma, se mencionó las fuentes y anexos de la investigación.

El propósito fue determinar la asociación de la anquiloglosia con respecto al estado nutricional de los lactantes menores de 2 años mediante un estudio de casos y controles.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El desarrollo del ser humano cumple un rol muy fundamental durante los primeros años de vida, en primera instancia, es muy importante que desde el nacimiento exista un correcto diagnóstico con respecto a las anomalías que pueda presentar el bebé. Muchas veces los padres descuidan el control pediátrico en niños o asumen alguna anomalía como algo pasajero.

La Anquiloglosia es una enfermedad congénita, llamada también enfermedad de frenillo corto que une la lengua al paladar y restringe su movilidad. En la actualidad existe una gran prevalencia de niños diagnosticados con anquiloglosia, generalmente este caso pasa desapercibido por los padres, y muchas veces no es diagnosticado a tiempo, las consecuencias pueden retrasar el correcto desarrollo y desenvolvimiento del paciente ocasionando problemas en la nutrición, el habla, emocionales, psicológicos, entre otros aspectos muy importantes. Así mismo la frenectomía consiste en la extirpación del frenillo lingual mediante un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo, realizado con anestesia local, este procedimiento es de muy rápida recuperación y su realización impacta significativamente en los beneficios que pueda traer consigo al realizar esta intervención. Por ello es muy importante tener el personal capacitado que pueda identificar y realizar este tipo de procedimiento y es necesario poder incluirlo en los niveles más bajo de atención médica.

Hoy en día en los establecimientos de salud con la llegada del personal instruido y la capacitación de quienes reciben a los bebés en los primeros momentos de vida se puede detectar rápidamente estos casos para así evitar el primer problema que afecta al bebé en el amamantamiento, por no haber una correcta succión al momento de amamantar, ya que al tener el frenillo corto la lengua pierde movilidad, pues no se posiciona adecuadamente al pezón de la madre evitando un correcto agarre, el bebé no puede succionar y alimentarse a consecuencia el lactante llora de desesperación causando heridas en el pezón de la madre, desnutrición, Incluso podemos evidenciar mediante la tabla de valoración

nutricional antropométrica la evaluación del peso y edad del menor y pues es de vital importancia ya que de esto dependerá el buen desarrollo del niño . Es por esto que en la presente investigación se buscó determinar si existe asociación del estado nutricional de lactantes con la anquiloglosia en pacientes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Existe Asociación en el estado nutricional de lactantes con la anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuál es el estado nutricional en lactantes con anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022?

¿Cuál es el estado nutricional en lactantes sin anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022?

¿Cuál es la prevalencia de anquiloglosia según sexo en lactantes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo Principal

Determinar la asociación en el estado nutricional en lactantes con la anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022

1.3.2. Objetivos secundarios

Determinar el estado nutricional en niños con anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022

Determinar el estado nutricional en niños sin anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022

Determinar la prevalencia de anquiloglosia según sexo en lactantes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

La realización de este estudio es teóricamente muy importante porque aportó la información necesaria para mejorar el conocimiento sobre cómo la anquiloglosia afecta el estado nutricional de los lactantes.

Relevancia científica, hace que este estudio sea de gran valor para los estudiantes de estomatología, la parte estadística del centro materno y por ende al ministerio de salud, y para los nuevos Cirujanos Dentistas para realizar un correcto diagnóstico y dar a conocer las indicaciones correspondientes con sus pacientes. Esta investigación se justifica porque favoreció a registrar la asociación del estado nutricional de lactantes con la anquiloglosia.

Presentó una justificación teórica fundamentada en artículos científicos de investigaciones previas y conceptos actualizados en los cuales se fundamentó las variables del estudio, las bases teóricas. Por lo tanto, sin considerar estos criterios, no tenemos una perspectiva adecuada sobre cómo se relaciona el estado nutricional infantil con la anquiloglosia

Presentó justificación metodológica puesto que existieron pocas investigaciones realizadas sobre este tema en nuestro país, por lo que fue de gran importancia la elaboración de esta presente investigación que permitió fortificar como bases teóricas para las futuras investigaciones.

Presentó justificación social porque los beneficiados fueron los lactantes con anquiloglosia que cuando se determinó su estado nutricional se pudo realizar los protocolos correspondientes, también contribuyó a los conocimientos de los estudiantes, egresados y odontólogos que pertenecen a nuestra casa de estudios apoyando la investigación, sensibilizando y optimizando los conceptos actuales.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Esta investigación fue viable ya que se consiguió de modalidad presencial acceder a las historias clínicas de los lactantes en el Centro Materno Infantil. Así mismo la recolección de datos investigando en las distintas áreas donde el lactante es atendido en sus primeros días de vida, cuento con la facilidad de que realicé mi internado hospitalario en el lugar de la investigación y conozco el proceso este trabajo. A nivel personal se obtuvo las herramientas intelectuales necesarias para el desarrollo de esta investigación. A nivel institucional se solicitó el formato a la Universidad Alas Peruanas, brindando la oportunidad de continuar y desarrollar investigaciones. A su vez se dispuso de los recursos económicos necesarios para sustentar los gastos que esta tesis necesitó para llevarse a cabo. Es de interés personal porque académicamente me permitió conocer a profundidad la anquiloglosia y relacionarla con el estado nutricional, también me permitió alcanzar el título de cirujano de Cirujano Dentista.

1.5. Limitaciones de estudio

La pandemia fue una de las limitaciones del presente estudio fue la actual por el que el mundo está atravesando, el Covid-19, pero a pesar de estas circunstancias se asistió al Centro Materno Infantil Juan Pablo II a recolectar los datos necesarios para este estudio con equipo de protección de bioseguridad apropiado.

También tomé en cuenta como una limitación que existían historias clínicas sin el peso y talla de los niños, como también hubo historias clínicas perdidas ya que la búsqueda fue física y no existe una base de datos virtual. Asimismo, se excluyeron las historias clínicas incompletas y se tomaron en cuenta a todas aquellas que cumplieron con los datos requeridos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.2. Antecedentes internacionales

Billington J y Cols. (2018) Reino Unido; El objetivo fue determinar las tasas de lactancia materna en bebés de 3 meses después de acudir a una clínica por anomalías de frenillo. La metodología fue un estudio retrospectivo y el contacto telefónico se estableció 3 meses después del procedimiento para definir la conducta. Como resultado del estudio, los bebés que asistieron a esta clínica de frenillos en la lengua lograron niveles más altos de lactancia materna exclusiva y combinada y alimentación con biberón que los datos nacionales sobre lactancia materna mayores de 3 meses de edad. Esto puede facilitar la lactancia a largo plazo, brindando a los bebés y las madres muchos beneficios asociados.¹

Osorio M (2021) España; Se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los cambios que la anquiloglosia puede causar durante la lactancia. MÉTODOS: Se realizó un análisis conjunta en una base de datos entre noviembre y diciembre de 2020. RESULTADOS: Esta revisión contiene un total de 1 artículos de 3.951 participantes de 0 a 6 meses de edad, que abordan cuáles son los signos de la lactancia materna ineficaz y cómo la anquiloglosia afecta la lactancia.²

Pozo S. (2019) Ecuador; El objetivo de este estudio fue reconocer los cambios en la lactancia materna debido a la presencia de anquiloglosia neonatal y establecer su diagnóstico y tratamiento. Su metodología fue descriptiva, utilizando la compilación de material de archivo y artículos académicos, además realizó técnicas incluyendo el análisis y la síntesis. Entre los hallazgos, del 25% al 60% de los casos de anquiloglosia neonatal están asociados a lesiones, dolor materno, infecciones, mala succión, leche materna insuficiente y consecuente desnutrición en el neonato.³

2.1.2. Antecedentes nacionales

De La Roca E. (2021) Lima; Esta tesis pudo establecer la relación existente con la anquiloglosia y el estado nutricional con Historias clínicas en un CMI. Su metodología fue descriptivo, no experimental, retrospectivo, correlacional, transversal, y prospectivo. Se utilizó como Instrumento una ficha de recolección de datos y el índice antropométrico midiendo así el estado de nutrición. Los menores de 2 años que presentaron anquiloglosia según el índice antropométrico indica: el Peso para la Talla 3(3,4%) están desnutridos, el Peso para la Edad 3(3,4%) están desnutridos y según la Talla para Edad 1(1,1%) presenta un estado nutricional bajo. La prevalencia de anquiloglosia según el género masculino es de 18,8% y en el género femenino es de 14,77%. El resultado la anquiloglosia y el estado nutricional en menores de 2 años tienen una relación significativa.⁴

Ayala C. y Moreno N. (2019) Lima; El objetivo fue que se determinó un vínculo entre el estado nutricional estilo lactancia materna en niños menores de 0 a 6 meses de edad que fueron atendidos en una clínica de crecimiento y desarrollo. Métodos Descripción- tipo de enfoque cuantitativo, diseño de correlación transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia, muestra de 100 encuestas. La población de este estudio incluyó bebés de 0 a 6 meses de edad. El 58% de los encuestados se benefició de la lactancia materna exclusiva, el 34% de la lactancia mixta y el 8% de la lactancia artificial; Conclusión: los patrones de lactancia de los bebés de 0 a 6 meses y el estado nutricional tienen significativa relación.⁵

2.2. Bases teóricas

Lengua: La lengua es un importante órgano muscular en las estructuras de la cavidad oral, que es el órgano del sentido del gusto, interviene como modulador del habla en la articulación de los fonemas y, además de participar, determina la posición de los dientes en muchos casos. en los procesos de respiración, deglución y deglución, que facilitan la absorción de líquidos y algunas funciones sociales.³⁰⁻³¹ La alteración en la organogénesis de la lengua puede causar síntomas clínicos como lengua vellosa, lengua hendida y anquiloglosia.³²⁻³³

Desarrollo embriológico de la lengua: Su formación ocurre de manera inusual, involucrando el primer y tercer arco y los arcos occipitales, que son bloques o segmentos musculares asociados a la vértebra en desarrollo. El piso del estomodeo original está formado por una serie de crestas y protuberancias. La primera protuberancia es el primer arco ramificado, fusionado con su pareja, con varias protuberancias que consisten en una línea mediana impar bordeada por protuberancias linguales. La segunda espina es un segundo arco con una hinchazón en la línea media detrás de ella llamada eminencia hipobranquial, bordeada por procesos del tercer arco que no se encuentran en la línea media. Los dos tercios anteriores de la lengua están formados por la eminencia lingual y el tercio posterior por la eminencia hipobranquial. Sus músculos se desarrollan a partir de mitos musculares que provienen de la región occipital, que lleva el nervio del nervio craneal XI. Este desarrollo inusual explica su complejo nervio, es decir, el nervio sensorial de los dos tercios anteriores de la lengua por el nervio craneal V (primer arco) y el tercio posterior por el nervio IX (tercer arco). La inervación motora de este músculo proviene del hipogloso.³⁷

Frenillo lingual: Comienza en la base de la lengua y se localiza en la mucosa media del piso de la boca. Se define como un pliegue longitudinal de mucosa, cordón o cinturón ubicado en la parte lingual de la mandíbula y en el borde de la arcada dentaria. Martinelli también lo define como “un pequeño pliegue de mucosa que lo conecta con el piso de la boca y activa o impide el correcto movimiento de la lengua”. El frenillo lingual se extiende desde la parte frontal de la lengua hasta la base alveolar de la lengua y se encuentra en la superficie medial de la cámara de la lengua, que es su ubicación final.⁴

Clasificación del frenillo lingual según Coryllos: ¹⁶

Tipo I: Es delgado y elástico, adherido a la punta de la lengua por delante del reborde alveolar del surco alveolar, en forma de corazón.

Tipo II: Es delgado y elástico, anclado 2- 4 mm detrás de la punta de la lengua y cerca o en el surco alveolar.

Tipo III: Unido a la mitad de la lengua y la mitad del piso de la boca, el frenillo es inelástico, grueso y fibroso.

Tipo IV: este tipo de frenillo se adhiere a la base de la lengua y puede ser brillante y discreto.

Anquiloglosia

Consiste en un frenillo lingual anormalmente corto que restringe el movimiento de la lengua y evita que sobresalga de la boca.¹¹

El diagnóstico es clínico y ciertos autores la reconocen cuando la inserción se encuentra cerca de la punta de la lengua. clínicos son la incapacidad de la lengua para tocar el paladar duro, la cresta alveolar o el borde incisal de los dientes superiores en posición de máxima apertura, incapacidad para realizar movimientos transversales de una comisura a otra sin deformarse en la comisura de la boca, al adoptar forma de la letra V o de "corazón y cuando la lengua sobresale (empuja hacia adelante) la punta es una zona isquémica que también impide la capacidad de mamar provocándole a la madre en el momento de la lactancia.¹²⁻³⁵

Etiología: Su etiología aún se desconoce, pero existen estudios que lo relacionan a factores genéticos ya que las personas con esta condición tienen antecedentes familiares del mismo problema, también puede asociarse a ciertos síndromes o enfermedades como paladar hendido.¹²

Alteraciones cuando no se trata a tiempo:

Existen diversas consecuencias por las funciones humanas y los resultados que ocasiona en las estructuras que lo rodean. Estas son:

Succión: La principal consecuencia que puede ocasionar esta deformidad es que el bebé tenga dificultad para succionar debido a que la lengua no funcionará correctamente debido a la restricción del movimiento de la lengua, impidiendo una correcta succión por obstrucción de la capacidad de sujeción, esto provoca dolor en las mamas en el proceso lactancia, por lo cual la mamá comienza a tener problemas en los pezones hasta que se desarrolla la mastitis, lo que lleva al destete temprano y poca ganancia de peso, además los nutrientes de la leche humana se crean de manera diferente y esto a la larga tiene consecuencias en el desarrollo de trastornos de la deglución en adultos.¹⁷

Habla: Uno de los principales motivos por los que es necesario el procedimiento quirúrgico cuando el paciente se le es complicado pronunciar ciertas consonantes del alfabeto como la r, t, l, z, d, n entre otras. Esto ocurre ya que la lengua no puede llegar al paladar y realizar la correcta fonética, por lo que las palabras no se pronuncian bien. En muchos casos, los sonidos de la "f" y la "v" se reemplazan por los sonidos de la "h", y una vez que se haya tratado quirúrgicamente, es importante que el paciente asista a terapias con un logopeda ⁴

Deglución: Se producirá una deglución anormal, ya que la lengua presionará los incisivos inferiores cuando se alimenta, produciendo una vestibularización y creando así un rastro de los incisivos y una mordida abierta anterior colapsando el desarrollo de la mandíbula.⁹

Problemas mecánicos: La limpieza de los dientes de una persona es afectada por la anquiloglosia pues impide que llegue a las zonas posteriores de los dientes en la superficie lingual porque no hay movilidad lingual, también afecta a la parte social de la persona porque puede impedir realizar prácticas con instrumentos de viento, también existe dificultad para besar, comer helados, lamerse los labios.¹⁸

Problemas ortodóntico-ortopédicos: La unión anormal del frenillo de la lengua en los niños en crecimiento puede provocar indirectamente problemas en la dentición y el habla. Si el frenillo es corto y alto en el proceso alveolar, la lengua puede estar aplanada en la parte inferior de la boca, ejerciendo una presión anormal sobre los incisivos inferiores al hablar y tragar, el tratamiento de ortodoncia fracasa por completo si no se corrige a tiempo.⁹

Diastemas interincisivo inferior: este tipo de problema rara vez ocurre en el frenillo de la lengua. El cordón fibroso se entre los incisivos centrales inferiores, causando un diástema.⁹

Patología periodontal: Sucede ya que los frenillos se insertan en la parte interincisal de las piezas dentarias incisivas produciendo una tracción a la encía por lo que habrá recesiones gingivales y problemas periodontales a futuro.⁹

Frenectomía:

La frenectomía consiste en la sección y sutura del frenillo, este procedimiento libera las partes blandas, lingual o labial, para mejorar la movilidad y el lenguaje, en los pacientes con Anquiloglosia o alteraciones del Frenillo.⁷

Algunos de los frenillos son delgadas y cortas, mientras que otros son adherencias fibrosas gruesas. Por lo tanto, tenemos diferentes tipos de frenillos cortos, largos, mucosos, fibrosos; que ocasionan sinequias parciales o totales.⁸

Indicaciones para una frenectomía:

En el pasado se realizaba la incisión del frenillo ante la sospecha de una anomalía como lo es la anquiloglosia, puesto que podía obstaculizar la lactancia del bebé. En la gran frecuencia de casos no se conseguía un resultado decisivo. Pero ahora existen indicios de esta intervención quirúrgica.⁹

La Restricción severa de la movilidad lingual que conduce a problemas de alimentación o succión, también el sentir dolor en el pecho por obstáculos de agarre, lesiones del pezón o mastitis, a pesar de esto la madre de continúa con el deseo de continuar con la lactancia para alimentar a su hijo.

Según el autor Kotlow, este procedimiento es indicado en pacientes con un frenillo lingual de clase IV o clase III, también se recomienda realizar en pacientes que tienen clase II y I de frenillo, pero estos dos últimos son los más complicados de diagnosticar.

Previo a la intervención, siempre se recomienda la evaluación de los problemas de alimentación y habla por parte del logopeda o un especialista en lactancia. Además, problemas para deglutir, problemas para comer.¹⁰

Recomendaciones sobre bioseguridad

Mantenga las uñas cortas y las trabajadoras de la salud no usen esmalte de uñas. Mantenga las manos libres de joyas en el entorno de atención médica y especialmente cuando realice procedimientos quirúrgicos.

Use una dosis unitaria de antiséptico para preparar la piel para la cirugía.

Higienizar las manos quirúrgicas de acuerdo con los protocolos.⁶

Adecuada alimentación en lactantes: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) sugieren encarecidamente la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios adecuados y seguros con lactancia continua hasta los dos años y más.³⁹

Problemas comunes que conducen al cese de la lactancia materna:

Las tres razones más comunes que conducen al cese de la lactancia localmente son la percepción de un suministro insuficiente de leche, dolor en los pezones o mamas y dificultad para prenderse.⁴⁰

Pezones/mamas dolorosas y dificultad para prenderse:

Un buen agarre es vital para una lactancia exitosa, ya que permite una transferencia de leche efectiva y un vaciado completo del seno. Así mismo una lactancia ineficaz provoca dolor en los pezones y aumenta el riesgo de complicaciones en la lactancia, como obstrucción de los conductos lácteos, congestión, mastitis y abscesos. Por lo tanto, la evaluación y corrección del enganche siempre debe ocurrir junto con el manejo de los problemas agudos de lactancia. Si el dolor de la madre persiste a pesar de tener un buen agarre durante la lactancia, se debe evaluar al bebé para detectar anquiloglosia.⁴¹

Técnica para el amamantamiento³⁸

Postura de la madre: Postura más cómoda, según las preferencias de la madre.³⁸

Postura del bebé: Cabeza y cuerpo alineados, cerca del cuerpo de la madre para pasar al pecho de la mamá, apoyados en la cabeza y los hombros. En un recién nacido, todo el cuerpo. El pezón contra el pecho de la madre no debe tapar la nariz.³⁸

Agarre del lactante al pecho: Boca abierta, labios superior e inferior hacia afuera, la barbilla del niño toca el pecho, la nariz pegada al pecho, debe aparecer más areola sobre el labio superior del niño, la mamá no debe sentir dolor.³⁸

Succión del lactante al pecho para la transmisión de leche: Succión lenta y profunda con pausas. Sus mejillas son redondas cuando succiona, escuchas cuando traga. El bebé suelta el pecho cuando está listo, la madre nota que la leche

se escurre/cae, reflejo del efecto de la oxitocina. El niño, satisfecho, suelta el pecho.³⁸

Tasas de desnutrición en niños según (INEI): Muestra que, desnutrición crónica alcanzó al 6,8% de las niñas y niños menores de cinco años de edad la zonas urbanas, y 24,4% en el área rural afectó.⁴²

Departamentos con mayor incidencia de desnutrición crónica

El porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de cinco años es más alto en Huancavelica (27,1%), Loreto (23,6%) y Cajamarca (20,9%).⁴²

Población anémica de 6 a 35

A nivel nacional, la prevalencia de anemia en la población de 6 a 35 meses fue de 38,8%, y la proporción de casos fue mayor en el área rural (8,7%) que en la ciudad (35,3%). A nivel de departamentos, la ferropenia en sangre fue más frecuente en niñas y niños de los departamentos de Puno (70, %), Ucayali (60,8%) y Madre de Dios (58, %).⁴²

Población que recibe lactancia materna

El estudio agrega que a nivel nacional, el 64% de niñas y niños menores de seis meses de edad fueron amamantados, resultado que aún no es igual al registrado en 2020 (68,4%) que es menor en 4,4 puntos porcentuales, y en el año 2019 (65,6%), menor en 1,6 puntos porcentuales menos.

Las tasas de lactancia materna más bajas se dieron en la provincia constitucional del Callao (45,7%) y los departamentos de Tumbes (45,8%) e Ica (46,3%).⁴²

Evaluación nutricional

Índice Antropométrico: Los indicadores antropométricos son una combinación de medidas de peso y talla. En los niños, los parámetros más utilizados para los niños son, el peso para la edad, talla para la edad, y peso para la talla.³⁴

Peso para la edad: Contiene el peso alcanzado en orden cronológico. Es un índice compuesto, influenciado por la altura y el peso relativos.²⁰

Talla para la edad: Crecimiento lineal adquirido relacionado con la edad a lo largo del tiempo y déficits asociados con cambios acumulativos a largo plazo en la salud y nutrición²⁰

Peso para la talla: Contiene el peso y la altura relativa y determina las proporciones de masa del cuerpo. El peso bajo para la altura es un signo de desnutrición. Es un indicador de sobrepeso.²⁰

Índice de masa corporal/edad: Es el peso en relación con el cuadrado de la talla, para niños y jóvenes debe ser en relación a la edad. Su interpretación es similar al peso/altura antes mencionada.²¹

2.3. Definición de términos básicos

Anquiloglosia: Es una anomalía congénita que se caracteriza porque el frenillo sublingual es anormalmente corto, fibroso o apretado, afecta distintas características como: la respiración, la mordida, la succión, la deglución y el habla.²²

La leche materna: Es el órgano inmunitario del recién nacido, responsable de transferir anticuerpos, especialmente IgA secretados y 23 células vivas (macrófagos) tiene una propiedad inmunitaria ante las posibles infecciones, disminuyendo su cantidad y gravedad.²³

Clasificación de Coryllos: Ayuda a identificar y diferenciar el tipo de frenillo al observar la zona de inserción en asociación con la lengua y el piso de la boca.²⁴

Lengua: Órgano muscular movable que tiene funciones motoras y sensoriales lo que posibilita importantes funciones.²⁵

Frenillo bucal: Bandas congénitas de tejido conjuntivo fibroso y/o musculares cubiertas por mucosa de la línea media.¹²

Mastitis: Es la acumulación de la leche en los pechos maternos ocasionando dolores y grietas en los pezones que pueden provocar una infección.²⁶

Medidas antropométricas: Son herramientas no invasivas que son importantes para valorar el tamaño y proporciones del cuerpo humano.²⁷

Frenectomía: Es la extirpación del frenillo realizado por un procedimiento quirúrgico.²⁸

Antropometría: Ciencia encargada de estudiar las proporciones del ser humano”.²⁹

Lactancia Materna: Es la forma óptima de alimentación a los lactantes, ofreciendo los nutrientes adecuados para ellos y la mejor forma de protección inmunológica.¹⁵

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis principal

Existe asociación entre el estado nutricional de lactantes y la anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022

3.2. Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1. Variables

Anquiloglosia: Se define por ser un trastorno en la que el frenillo lingual se encuentra anclado en la cara ventral de la lengua hacia el piso de boca, esto puede interferir en los movimientos que la lengua puede realizar.¹¹

Estado nutricional: Condición en la que los infantes se encuentran relacionados con la ingesta de alimentos, la forma en que el cuerpo usa esos alimentos y su capacidad para cubrir lo que su organismo requiere y las exigencias nutricionales de su edad.⁴²

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Anquiloglosia	—	Historias clínicas	Nominal	SI NO
Estado nutricional	Peso Talla	Índice Antropométrico	Nominal	Nutridos
				Desnutridos

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Esta investigación tuvo como diseño el tipo no experimental analítico- casos y controles. Se eligió la muestra en necesidad de que tengan casos y no tengan control de una característica determinada y se recolectó y transcribió los datos de tal manera que no se altere la información recolectada en las Historias clínicas. Según Soto A. indica que es un estudio epidemiológico observacional y analítico que es utilizado para evaluar factores asociados a condiciones de presentación infrecuente.³⁶ Además, tuvo un enfoque transversal ya que se realizó en un momento específico. Cabe recalcar que, por la naturaleza de su ejecución, fue retrospectivo porque se indagó en hechos que ya ocurrieron.⁷

4.2. Diseño muestral

4.2.1. Población

La población fue constituida por historias clínicas de pacientes lactantes que presentaron anquiloglosia y que no presentaron Anquiloglosia, en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II del distrito de Villa el Salvador en los años del 2020 al 2022.

4.2.2. Muestra

La población estuvo conformada por 150 historias clínicas de pacientes lactantes con frenillo y 150 historias clínicas de pacientes lactantes sin frenillo, que hayan sido atendidos en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II del distrito de Villa el Salvador durante los años del 2020 al 2022. No hubo cálculo muestral, ya que fue un mínimo de población, además de cumplir los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.2 Criterios de inclusión:

Historias clínicas de lactantes de 0 a 2 años en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II del distrito de Villa el Salvador.

Historias clínicas de lactantes que tuvieron anquiloglosia en los años 2020 al 2022 de sexo masculino y sexo femenino

Historias clínicas de lactantes que no presentaron enfermedades sistémicas.

Historias clínicas de lactantes que no tuvieron anquiloglosia en los años 2020 al 2022 de sexo femenino y masculino.

4.2. Criterios de exclusión:

Historias clínicas de niños no lactantes

Historias clínicas de Lactantes con enfermedades sistémicas.

Historias clínicas de niños mayores de 2 años.

Historias clínicas sin peso o talla

4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Se contabilizaron las historias clínicas de los pacientes Lactantes; además, el instrumento utilizado fue la ficha en la que se recolectó los datos en donde se evidenció los datos esenciales para este trabajo. La técnica para ejecutar en esta investigación fue casos y controles, se seleccionó la muestra que posea casos y no posea control de una específica característica, es un estudio no experimental analítico y longitudinal donde la selección fue el grupo de los lactantes con y sin anquiloglosia y lactantes con y sin desnutrición, se realizó en cuadros de doble entrada, esta es la herramienta básica para este tipo de análisis, entre filas y columnas se encuentran celdas separadas que recogen las frecuencias de cada combinación de variables analizadas.

En primera instancia, se presentó al director del Centro Materno Infantil Juan Pablo II la carta de presentación brindada por la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas para la ejecución del estudio. Una vez autorizado el permiso se procedió a asistir con las medidas de bioseguridad correspondientes. En el ambiente donde se guardan las historias clínicas se empezó a revisar de forma individual cada una específicamente con el diagnóstico de anquiloglosia en pacientes lactantes y lactantes sin anquiloglosia de hasta 2 años de edad y se registraron en la ficha de recolección de datos el número de historia clínica, sexo, edad, peso, talla y si presentó o no anquiloglosia, y si presentó o no desnutrición.

4.4. Técnica estadística para el procesamiento de la información

Para determinar el grado de asociación se utilizará el ODDS RATIO (OR), se emplea en los estudios de casos y controles, para evaluar la fuerza de la

asociación ente el factor en estudio y el evento medida que indica la frecuencia relativa de la exposición entre los casos y los controles.

4.5. Aspectos éticos

Se solicitó a la Escuela de estomatología de la Universidad Alas Peruanas y a la dirección del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, el permiso a ejecutar la investigación y utilizar las fichas que recolectarán datos en el CMI Infantil Juan Pablo II, así mismo se condujo a recolectar los datos de los lactantes menores de 2 años que fueron idóneos a los criterios planteados. Así mismo hay que precisar que en todo el proceso de investigación existió compromiso, responsabilidad y confiabilidad con respecto a la información de las historias clínicas de los pacientes.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSION

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO, TABLAS DE FRECUENCIA, GRÁFICOS.

Tabla N° 01

PREVALENCIA DE LA ANQUILOGLOSIA SEGÚN SEXO EN LACTANTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2020-2022

			Si presenta	No presenta	TOTAL
ANQUILOGLOSIA	FEMENINO	Recuento	65	78	143
		% del total	21.67 %	26.00%	47.67 %
	MASCULINO	Recuento	85	72	157
		% del total	28.33 %	24.00%	52.33 %
	TOTAL	Recuento	150	150	300
		% del total	50 %	50%	100%

INTERPRETACIÓN

La Tabla N° 1 Muestra los resultados que indica la prevalencia de anquiloglosia según sexo en lactantes menores de 2 años del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022. Donde apreciamos que de un total de 300 (100%) lactantes, donde 150 (50%) que presentan anquiloglosia, 65 (21.67%) son de sexo femenino y 85 (28.33%) son de sexo masculino.

Evidenciando que la mayor cantidad de pacientes con anquiloglosia son de sexo masculino.

Gráfico N° 01

PREVALENCIA DE LA ANQUILOGLOSIA SEGÚN SEXO EN LACTANTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2020-2022

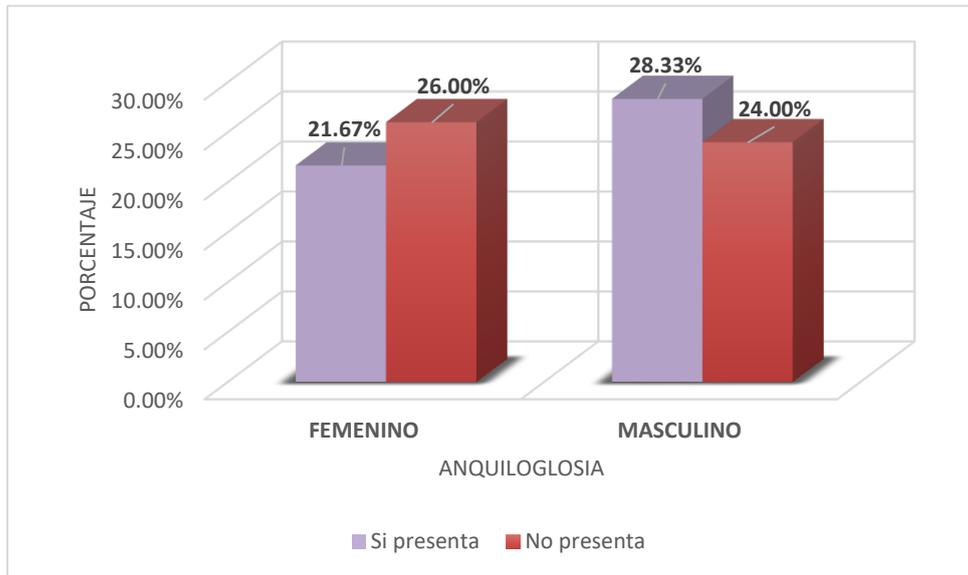


Tabla N° 02

ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE 0 A 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2020-2022

			CON	SIN	TOTAL	
			ANQUILOGLOSIA	ANQUILOGLOSIA		
PT	NUTRIDO	FEMENINO	Recuento	35	78	113
			% del total	11.67 %	26%	37.67%
		MASCULINO	Recuento	55	70	125
			% del total	18.33%	29.33%	41.67%
	DESNUTRIDO	FEMENINO	Recuento	30	0	30
			% del total	10.00 %	00%	10%
		MASCULINO	Recuento	30	2	32
			% del total	10%	0.67%	10.67%
	TOTAL	Recuento	150	150	300	
		% del total	50%	50%	100%	

INTERPRETACIÓN

La tabla N° 4 Representa el estado nutricional en lactantes menores de 2 años. En donde corroboramos que el un gran porcentaje de los menores demostraron un estado nutricional normal. Con respecto al peso según la talla los lactantes que manifestaron estado nutricional normal son 90 (30%) con anquiloglosia y 148 (55.33%) sin anquiloglosia. Así mismo los lactantes que presentaron un estado de desnutrición fue 60 (20%) con anquiloglosia y 2 (0.67%) sin anquiloglosia

Gráfico N.º 02

ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE 0 A 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2020-2022

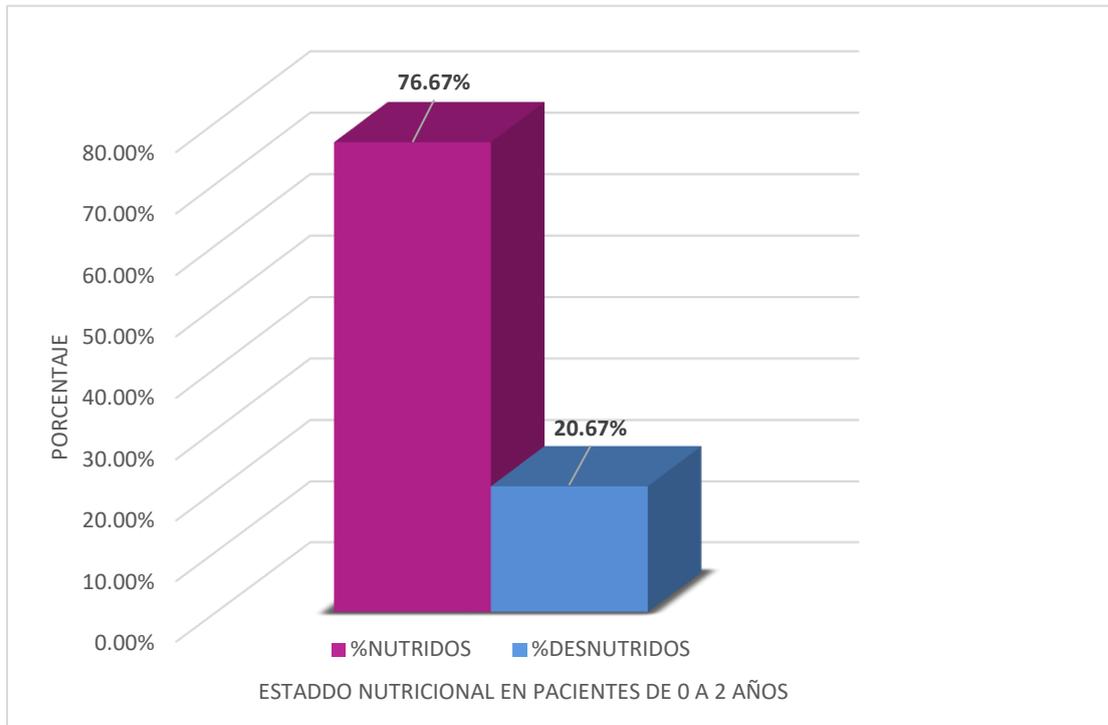


Tabla N° 03

**ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES LACTANTES CON ANQUILOGLOSIA
DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR
2020-2022**

		FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
PT	NUTRIDO	Recuento	35	55	90
		% del total	23.33 %	36.67%	60%
	DESNUTRIDO	Recuento	30	30	60
		% del total	20.00 %	20.00%	40%
	TOTAL	Recuento	65	85	150
		% del total	43.33%	56.67%	100%

INTERPRETACIÓN

La tabla N°2 Manifiesta los resultados del estado nutricional en pacientes lactantes con anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022. Donde apreciamos que de un total de 150 (100%) lactantes que presentan anquiloglosia, un 90 (60%) de lactantes se encuentran nutridos, y 60 (40%) se encuentran desnutridos.

En conclusión, se deduce que el 40% de los 150 lactantes padecen de desnutrición.

Gráfico N.º 03

**ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES LACTANTES CON ANQUILOGLOSIA
DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR
2020-2022**

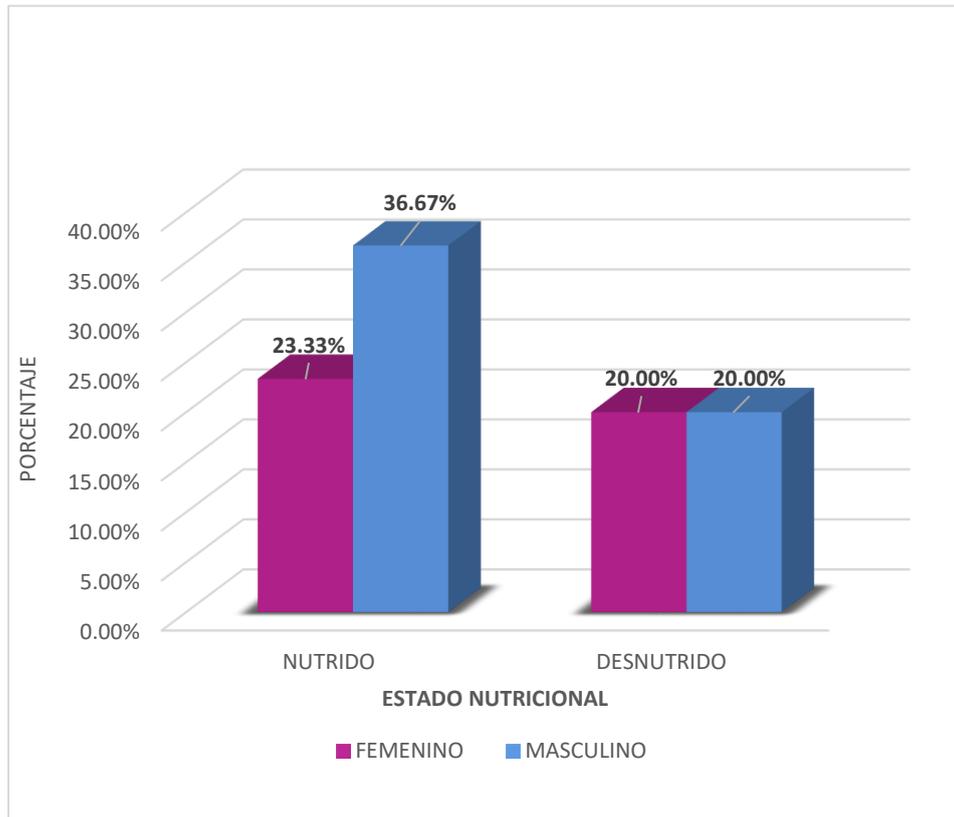


Tabla N° 04

**ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES LACTANTES SIN ANQUILOGLOSIA
DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR
2020-2022**

		FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
PT	NUTRIDO	Recuento	78	70	148
		% del total	52.00 %	46.67%	98.67%
	DESNUTRIDO	Recuento	0	2	2
		% del total	0 %	1.33%	1.33%
	TOTAL	Recuento	78	72	150
		% del total	52%	48%	100%

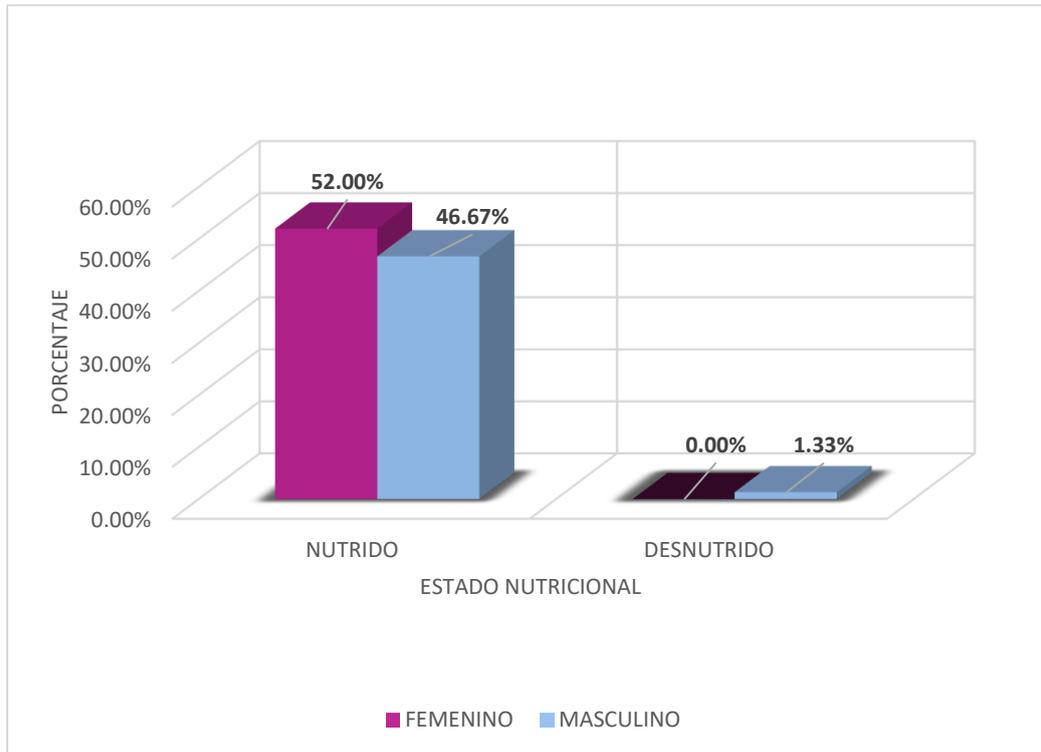
INTERPRETACIÓN

La tabla N°3 Indica los resultados del estado nutricional en pacientes lactantes sin anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022. observamos un gran porcentaje de los lactantes manifestaron un estado nutricional normal. Según el total de 150 (100%) lactantes que no presentan anquiloglosia, un 148 (98.67%) de lactantes se encuentran nutridos, y 2 (1.33%) se encuentran desnutridos.

Por ello se aprecia que la mayoría de los lactantes sin anquiloglosia se encuentran nutridos en un 98.67% del total.

Gráfico N.º 04

**ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES LACTANTES SIN ANQUILOGLOSIA
DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR
2020-2022**



5.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

ASOCIACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES CON LA ANQUILOGLOSIA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2020-2022

	DESNUTRIDOS	NUTRIDOS	
CON ANQUILOGLOSIA	60	90	150
SIN ANQUILOGLOSIA	2	148	150
TOTAL	62	238	300

$$\text{ODDS RATIO (OR)} = A * D / B * C$$

$$\text{OR} = 49.33$$

INTERPRETACIÓN: Los niños que tienen anquiloglosia tienen el 49.33 probabilidades de padecer desnutrición en comparación con los niños que no presentan anquiloglosia.

Por lo tanto, existe asociación entre la anquiloglosia y la desnutrición.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se determinó la asociación en el estado nutricional en lactantes con la anquiloglosia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador 2020-2022, encontrando asociación entre la anquiloglosia y la desnutrición. Estos resultados concuerdan con Billington J y Cols donde la población fueron lactantes que acudieron a una clínica por anquiloglosia, y se evidenció una asociación entre la anquiloglosia y la nutrición ya que se hizo la comparación y luego de la frenectomía los bebés pudieron lactar correctamente y elevar su estado nutricional porque ya existía un agarre adecuado¹. A diferencia de Osorio M, muestra una metodología distinta, él hizo una revisión de base de datos estos incluyen 1 estudio descriptivo, 3 estudios observacionales, 3 estudios transversales, 5 estudios prospectivos, 1 estudio retrospectivo y 1 reporte de caso. También muestra que la anquiloglosia está asociada con dificultades para amamantar y afecta tanto al bebé como a la mamá.² También encontramos concordancia con la investigación de Pozo M. mostró que el 25-60% de los casos de anquiloglosia infantil están relacionados con dolor materno, succión deficiente y suministro reducido de leche. La incidencia de anquiloglosia también es alta en recién nacidos 15%, y mayor frecuencia en el sexo masculino ³. Comparando la tesis de De la Roca E. estudió a una población de menores de 0 a 2 años, habiendo una prevalencia del 33% con anquiloglosia. En el sexo masculino existe una prevalencia de anquiloglosia de 18,8% y según el sexo femenino es de 14,77% en comparación a esta investigación donde el porcentaje es 21.67% en el sexo femenino y 28.33% en el sexo masculino, existiendo en ambas investigaciones prevalencia del sexo masculino. Los menores de 2 años que presentaron anquiloglosia según el Peso-Talla 3(3,4%) a diferencia de esta investigación el porcentaje fue significativo a un teniendo como resultado un 40% de desnutrición en lactantes con anquiloglosia.⁴ En la investigación de Ayala C. y Moreno N. El instrumento utilizado al igual que el presente trabajo fue el índice antropométrico en lactantes de 0 a 6 meses, en su investigación indica que es significativa la relación entre la lactancia materna y el estado nutricional, El valor antropométrico de peso/talla corporal muestra que el 58% de los encuestados son amamantados exclusivamente, de los cuales el 56% tienen normopeso para su estatura, el 2% tienen sobrepeso, además resulta que el 34% recibe lactancia mixta y el 2% se

evidencia sobrepeso, en la tabla también podemos observar que el 8% de los encuestados se alimenta a través de lactancia materna artificial, lo que demuestra que el 6% de ellos pesan el peso para su talla normal, y el 2% están desnutridos. Así mismo concuerda con esta tesis ya que demostramos que de los pacientes sin anquiloglosia solo el 1.33% presenta desnutrición al existir anquiloglosia se limita la lactancia materna y por ende el estado nutricional puede ser desfavorable.⁵

CONCLUSIONES

Se determinó que existe asociación entre la anquiloglosia y la desnutrición en lactantes atendidos en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Se dispuso que el estado nutricional en niños con anquiloglosia presenta una prevalencia media con niños desnutridos.

Se concluye que el estado nutricional en pacientes sin anquiloglosia presenta una prevalencia alta de niños nutridos.

Se Colige que existió mayor incidencia de anquiloglosia en el sexo masculino.

RECOMENDACIONES

Para la realización de futuras investigaciones con relación al tema tratado en el presente trabajo, se recomienda que sean estudios prospectivos para que así pueda existir una consecución sobre la investigación.

Considerar tener mayor cantidad de masa poblacional al llevar a cabo el estudio, ya que de esta manera se podría obtener mayor veracidad y exhibir la realidad a gran escala.

Ejecutar estudios similares, pero con distintos contextos sociodemográficos de nuestro país y poder recaudar las características poblacionales de estas diferentes locaciones; agregando también que se lograría efectuar comparaciones en torno a los resultados de estos a nivel de departamentos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Billington J, Yardley I, Upadhyaya M. Eficacia a largo plazo de un servicio de frenillo lingual para mejorar las tasas de lactancia materna: un estudio prospectivo, *Papel clínico*, Reino Unido, VOLUMEN 53, NÚMERO 2, P286-288.
2. Osorio M. Anquiloglosia y lactancia Materna. Tesis de pregrado. España: Universidad de Almería 2021
3. Pozo S. Alteraciones en la lactancia materna por anquiloglosia en recién nacidos: diagnóstico y tratamiento. Tesis de pregrado. Ecuador: Universidad de Guayaquil 2019
4. De la Roca E. Anquiloglosia y su relación con el estado nutricional en lactantes atendidos en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II Lima 2020-2021. Tesis de pregrado. Perú: Universidad Alas Peruanas 2021
5. Ayala C. y Moreno N. Estado nutricional según el tipo de lactancia en niños de 0 – 6 meses de edad del C. S. Materno infantil Magdalena de setiembre a diciembre de 2018. Tesis de pregrado. Lima Perú: Universidad privada Norbert Wiener 2019
6. Ministerio de Salud. Guía de Procedimiento: Escisión de Frenillo (Frenectomía). 1ed. Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja
7. Hernández S. Metodología de la investigación. 2012, 2(1): 130 -150.
8. Coiffman F. Coiffman Cirugía Estética y Reconstructiva de la cara y del Cuello. Tomo II. Tercera Edición. Editorial Amolca. Colombia. 2007
9. Gay C. Berini L. Tratado de cirugía bucal. Madrid- España: Editorial Ergon; 2004.
10. Gonzales B. Gonzáles F. Rosas G. Anquiloglosia parcial (incompleta). *Rev. ADM* 2009; 65 (2): 42-47.
11. Coiffman F. Coiffman Cirugía Estética y Reconstructiva de la cara y del Cuello. Coiffman F. Tomo III. Cirugía bucal, maxilar y cráneo - órbitofacial. Tercera Edición. Editorial Amolca. Colombia. 2007
12. Coacalla Fernández VP. Prevalencia de Anquiloglosia según la clasificación de Corillos y Hazelbaker en niños de 6 a 12 años en el distrito se Chucuito - Puno

[Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional del Antiplano; 2016.68p. Disponible en: <http://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/3303> .

13. Gonzales M. Caracterización Anatómica del Frenillo Lingual en recién nacidos y su relación con la lactancia materna. Tesis de pregrado. Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología; 2016.
14. Gregorio C, Motta Cirugía en Odontopediatría. En: Guedes Pinto AC. Odontopediatría. 7ª ED. Sao Paulo. 2003.
15. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2022. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]
16. Ongole R. Praveen B. Textbook of Oral Medicine, Oral Diagnosis and Oral Radiology 2º ed. India: Editorial ELSEIVER; 2013.
17. Correa M, Abanto J, Correa F, Bonini G, Alves F. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. Rev. Estomatológica Herediana 2008; 18(2):123-127
18. Kumar S. Essentials of Oral Pathology 3 ed. India: Editorial Jaypee Brothers Medical Publishers; 2011.
19. PATRICK, D., Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York.1993
20. Ministerio de la salud. Manual del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. [Internet]. Citado 6 de septiembre de 2022. Disponible en: https://cesni-biblioteca.org/archivos/manualevaluacion-nutricional.pdf?_t=1587919707
21. Castillo J, Zenteno R. Valoración del Estado Nutricional. Medigraphic. [Internet]. 2004. [Citado 1 septiembre 2022]; 4(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv042e.pd>
22. Hentschel, R. (2018). Breastfeeding problems should be the only relevant criteria for deciding whether to carry out a frenotomy in infancy. Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 107(10), 1697–1701.
23. Ferrer A. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. Pediatría Integral. [Internet]. 2015. [Citado 24 septiembre 2021]; 19 (4): 243. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2015/xix04/02/n4-243->

250_Laia%20de%20Antonio.pdf

24. Robles A, Guerrero C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatología y reproducción humana*. [Internet]. 39 2014. [Citado 20 de septiembre 2021]; 28(3): 154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300006&lng=es
25. Ortiz G, González F, González B. Anquiloglosia parcial. *Rev. Asociación Dental Americana*. 2021; LXV (2): 43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od092g.pdf>
26. Villena K, Chavarry SLZ. Nivel de conocimiento sobre anquiloglosia en estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Upao, Trujillo 2020. [tesis de grado]. Trujillo- Perú. Universidad privada Antenor Orrego. [Internet]. 2021. Citado 14 septiembre 2021.
27. Hernández J, Arteaga I, Zapata A, Chala M. Estado nutricional y neurodesarrollo en la primera infancia. *Revista Cubana de Salud Pública*. [Internet]. 2021. [Citado 23 de septiembre 2021]; 44(4).
28. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of Neonatal Release of Ankyloglossia: A Randomized Trial, *Pediatrics*. 2011; 128:280-8
29. Castillo J, Zenteno R. Valoración del Estado Nutricional. *Medigraphic*. [Internet]. 2004. [Citado 24 septiembre 2021]; 4(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv042e.pdf>
30. Cuestas G, Demarchi V, Martínez Corvalán MP, Razetti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch Argentinos Pediatr*. 2014 [citado 22 mar 2017]; 112 (6): 48- 46.
31. Madera Anaya MV, Jiménez Malagón MC, Luna Ricardo LM. Prevalencia de alteraciones linguales y factores relacionados en niños que consultan a la Universidad de Cartagena, Colombia. *Rev Odont Mexicana*. 2013[citado 22 mar 2017];17(4):36-39.
32. Miranda PP, Cardoso CL, Gomes E. Interventions in the Alteration on Lingual Frenum: Systematic Review. *Int Arch Otorhinolaryngol*.2016 [citado 22 mar 2017];20(3):275–280

33. Patil S, Kaswan S, Rahman F, Doni B. Prevalence of tongue lesions in the Indian population. *J Clin Exp Dentv.* 2013[citado 26 mar 2017]; 5(3):128-132.
34. Grupo de trabajo de la OMS, Uso e interpretación de indicadores antropométricos del estado nutricional. *Toro Órgano Mundial de la Salud*, 1986. 64(6): pág. 929-241
35. Allen LM, Spadola AC. Prenatal Detection of Ankyloglossia in a 22-Week Fetus. *J Ultrasound Med.*2013[citado 24 mar 2017]; 32 (6):1063–1065 Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.7863/ultra.32.6.1063/full>
36. Soto A, Cvetkov A. Estudios de casos y controles. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2020 Ene [citado 2022 Nov 07]; 20(1): 138-143. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000100138&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>.
37. Herrera N. Desarrollo embriológico de la lengua, paladar y maxilares Vol. 8 Núm.95. Junio 2012 Pags. 1 *Odont Moder* 2012; 8(95)
38. Minsa. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. RM N° 462-2015-MINSA
39. Organización Mundial de la Salud Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218> .
40. liR, fingirSB, Chenj, Grummer-PajaLM. Por qué las madres dejan de amamantar: razones autoinformadas por las madres para dejar de amamantar durante el primer año. *Pediatría.*2008;122:Suplemento 2S69-76.
41. McCannmf, BaydarNORTE, WilliamsRL. Actitudes de lactancia materna y problemas informados en una muestra nacional de participantes de WIC. *J Hum Lact.*2007;23:314-24.
42. INEI-Instituto Nacional de Estadística e informática: Nota de prensa N° 075, desnutrición crónica afectó al 11,5% de la población menor de cinco años. Mayo 2022.

ANEXO N° 1: Carta de presentación

UAP | EN LA UAP
TU ERES PARTE
DEL CAMBIO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REGISTRO INTEGRAL DE
DE SALUD LIMA SUR
CNI Jorge Prado Ugo
14 SEP. 2022
RECIBIDO
Hora: 11:57 Firma: [Firma]

Pueblo Libre, 14 de Setiembre del 2022

CARTA DE PRESENTACION

MC LUIS AGUIRRE IPANAQUE
DIRECTOR DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO I-VES-LIMA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada VALERIA MILAGROS ROMERO VELA, con DNI: 72924383 y código de estudiante 2016104155 Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "ASOCIACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES CON LA ANQUILOGLOSIA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2020-2022"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Le anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

 **UAP** UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD


.....
DR. PEDRO MARTIN JESUS APARCANA QUIJANDRIA
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

ANEXO N° 2: Ficha de recolección de datos



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

N°	H.C	EDAD	SEXO		PESO	TALLA	ESTADO NUTRICIONAL		ANQUILOGLOSIA	
			M	F			NUTRIDO	DESNUTRIDO	CON	SIN
<u>1</u>										
<u>2</u>										
<u>3</u>										
<u>4</u>										
<u>5</u>										
<u>6</u>										
<u>7</u>										
<u>8</u>										
<u>9</u>										
<u>10</u>										
<u>11</u>										
<u>12</u>										
<u>13</u>										
<u>14</u>										
<u>15</u>										
<u>16</u>										
<u>17</u>										
<u>18</u>										
<u>19</u>										
<u>20</u>										
<u>21</u>										
<u>22</u>										
<u>23</u>										
<u>24</u>										
<u>25</u>										

ANEXO N°3: Instrumento Tabla de valoración nutricional antropométrica Niños

Ministerio de Salud
 Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTRÓPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)						
	Desnutrido Severo	Desnutrido	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤2DE	>3DE
45	1,9	2,0	2,2	2,7	3,0	3,3	
46	2,0	2,2	2,4	2,9	3,1	3,5	
47	2,1	2,3	2,5	3,0	3,3	3,7	
48	2,3	2,5	2,7	3,2	3,6	3,9	
49	2,4	2,6	2,9	3,4	3,8	4,2	
50	2,6	2,8	3,0	3,6	4,0	4,4	
51	2,7	3,0	3,2	3,9	4,2	4,7	
52	2,9	3,2	3,5	4,1	4,5	5,0	
53	3,1	3,4	3,7	4,4	4,8	5,3	
54	3,3	3,6	3,9	4,7	5,1	5,6	
55	3,6	3,8	4,2	5,0	5,4	6,0	
56	3,8	4,1	4,4	5,3	5,8	6,3	
57	4,0	4,3	4,7	5,6	6,1	6,7	
58	4,3	4,6	5,0	5,9	6,4	7,1	
59	4,5	4,8	5,3	6,2	6,8	7,4	
60	4,7	5,1	5,5	6,5	7,1	7,8	
61	4,9	5,3	5,8	6,8	7,4	8,1	
62	5,1	5,6	6,0	7,1	7,7	8,5	
63	5,3	5,8	6,2	7,4	8,0	8,8	
64	5,5	6,0	6,5	7,6	8,3	9,1	
65	5,7	6,2	6,7	7,9	8,6	9,4	
66	5,9	6,4	6,9	8,2	8,9	9,7	
67	6,1	6,6	7,1	8,4	9,2	10,0	
68	6,3	6,8	7,3	8,7	9,4	10,3	
69	6,5	7,0	7,6	8,9	9,7	10,6	
70	6,6	7,2	7,8	9,2	10,0	10,9	
71	6,8	7,4	8,0	9,4	10,2	11,2	
72	7,0	7,6	8,2	9,6	10,5	11,5	
73	7,2	7,7	8,4	9,9	10,8	11,8	
74	7,3	7,9	8,6	10,1	11,0	12,1	
75	7,5	8,1	8,8	10,3	11,3	12,3	
76	7,6	8,3	8,9	10,6	11,5	12,6	
77	7,8	8,4	9,1	10,8	11,7	12,8	
78	7,9	8,6	9,3	11,0	12,0	13,1	
79	8,1	8,7	9,5	11,2	12,2	13,3	
80	8,2	8,9	9,6	11,4	12,4	13,6	
81	8,4	9,1	9,8	11,6	12,6	13,8	
82	8,5	9,2	10,0	11,8	12,8	14,0	
83	8,7	9,4	10,2	12,0	13,1	14,3	
84	8,9	9,6	10,4	12,2	13,3	14,6	
85	9,1	9,8	10,6	12,5	13,6	14,9	
86	9,3	10,0	10,8	12,8	13,9	15,2	
87	9,5	10,2	11,1	13,0	14,2	15,5	
88	9,7	10,5	11,3	13,3	14,5	15,8	
89	9,9	10,7	11,5	13,5	14,7	16,1	
90	10,1	10,9	11,8	13,8	15,0	16,4	

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Talla, la talla del niño.
- Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
≥ al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
≤ al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ -2DE y < -1DE
- Peso >1DE y ≤ 2DE

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11764

© Ministerio de Salud
 Av. Sabero y Cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
 Casco Yipanzar 1400, Jesús María, Lima, Perú
 Tel: 0051-1-4719920 Fax 0051-1-4710175
 Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
 Av. de Normas Técnicas
 Jr. Tinto y Buena 275 Jesús María
 Teléfono 0051-1-4800016 Fax 051-1-4630017
 Lima, Perú, 2007. 5ª Edición

Elaboración: Lic. Mariela Cortinas Rojas

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA						
	PESO (kg)						
	Desnutrido Severo	Desnutrido	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤2DE	>3DE
45	1,9	2,0	2,2	2,7	3,0	3,3	
46	2,0	2,2	2,4	2,9	3,1	3,5	
47	2,1	2,3	2,5	3,0	3,3	3,7	
48	2,3	2,5	2,7	3,2	3,6	3,9	
49	2,4	2,6	2,9	3,4	3,8	4,2	
50	2,6	2,8	3,0	3,6	4,0	4,4	
51	2,7	3,0	3,2	3,9	4,2	4,7	
52	2,9	3,2	3,5	4,1	4,5	5,0	
53	3,1	3,4	3,7	4,4	4,8	5,3	
54	3,3	3,6	3,9	4,7	5,1	5,6	
55	3,6	3,8	4,2	5,0	5,4	6,0	
56	3,8	4,1	4,4	5,3	5,8	6,3	
57	4,0	4,3	4,7	5,6	6,1	6,7	
58	4,3	4,6	5,0	5,9	6,4	7,1	
59	4,5	4,8	5,3	6,2	6,8	7,4	
60	4,7	5,1	5,5	6,5	7,1	7,8	
61	4,9	5,3	5,8	6,8	7,4	8,1	
62	5,1	5,6	6,0	7,1	7,7	8,5	
63	5,3	5,8	6,2	7,4	8,0	8,8	
64	5,5	6,0	6,5	7,6	8,3	9,1	
65	5,7	6,2	6,7	7,9	8,6	9,4	
66	5,9	6,4	6,9	8,2	8,9	9,7	
67	6,1	6,6	7,1	8,4	9,2	10,0	
68	6,3	6,8	7,3	8,7	9,4	10,3	
69	6,5	7,0	7,6	8,9	9,7	10,6	
70	6,6	7,2	7,8	9,2	10,0	10,9	
71	6,8	7,4	8,0	9,4	10,2	11,2	
72	7,0	7,6	8,2	9,6	10,5	11,5	
73	7,2	7,7	8,4	9,9	10,8	11,8	
74	7,3	7,9	8,6	10,1	11,0	12,1	
75	7,5	8,1	8,8	10,3	11,3	12,3	
76	7,6	8,3	8,9	10,6	11,5	12,6	
77	7,8	8,4	9,1	10,8	11,7	12,8	
78	7,9	8,6	9,3	11,0	12,0	13,1	
79	8,1	8,7	9,5	11,2	12,2	13,3	
80	8,2	8,9	9,6	11,4	12,4	13,6	
81	8,4	9,1	9,8	11,6	12,6	13,8	
82	8,5	9,2	10,0	11,8	12,8	14,0	
83	8,7	9,4	10,2	12,0	13,1	14,3	
84	8,9	9,6	10,4	12,2	13,3	14,6	
85	9,1	9,8	10,6	12,5	13,6	14,9	
86	9,3	10,0	10,8	12,8	13,9	15,2	
87	9,5	10,2	11,1	13,0	14,2	15,5	
88	9,7	10,5	11,3	13,3	14,5	15,8	
89	9,9	10,7	11,5	13,5	14,7	16,1	
90	10,1	10,9	11,8	13,8	15,0	16,4	

TALLA (cm)	ESTATURA (medido de pie)						
	Desnutrido Severo	Desnutrido	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤2DE	>3DE
80	8,3	9,0	9,7	11,5	12,6	13,7	
81	8,5	9,2	9,9	11,7	12,8	14,0	
82	8,7	9,3	10,1	11,9	13,0	14,2	
83	8,8	9,5	10,3	12,2	13,3	14,5	
84	9,0	9,7	10,5	12,4	13,5	14,8	
85	9,2	10,0	10,8	12,7	13,8	15,1	
86	9,4	10,2	11,0	12,9	14,1	15,4	
87	9,6	10,4	11,2	13,2	14,4	15,7	
88	9,8	10,6	11,5	13,5	14,7	16,0	
89	10,0	10,8	11,7	13,7	14,9	16,3	
90	10,2	11,0	11,9	14,0	15,2	16,6	
91	10,4	11,2	12,1	14,2	15,5	16,9	
92	10,6	11,4	12,3	14,5	15,8	17,2	
93	10,8	11,6	12,6	14,7	16,0	17,5	
94	11,0	11,8	12,8	15,0	16,3	17,8	
95	11,1	12,0	13,0	15,3	16,6	18,1	
96	11,3	12,2	13,2	15,5	16,9	18,4	
97	11,5	12,4	13,4	15,8	17,2	18,8	
98	11,7	12,6	13,7	16,1	17,5	19,1	
99	11,9	12,9	13,9	16,4	17,9	19,5	
100	12,1	13,1	14,2	16,7	18,2	19,9	
101	12,3	13,3	14,4	17,0	18,5	20,3	
102	12,5	13,6	14,7	17,3	18,9	20,7	
103	12,8	13,8	14,9	17,7	19,3	21,1	
104	13,0	14,0	15,2	18,0	19,7	21,6	
105	13,2	14,3	15,5	18,4	20,1	22,0	
106	13,4	14,5	15,8	18,7	20,5	22,5	
107	13,7	14,8	16,1	19,1	20,9	22,9	
108	13,9	15,1	16,4	19,5	21,3	23,4	
109	14,1	15,3	16,7	19,8	21,8	23,9	
110	14,4	15,6	17,0	20,2	22,2	24,4	
111	14,6	15,9	17,3	20,7	22,7	25,0	
112	14,9	16,2	17,6	21,1	23,1	25,5	
113	15,2	16,5	18,0	21,5	23,6	26,0	
114	15,4	16,8	18,3	21,9	24,1	26,6	
115	15,7	17,1	18,6	22,4	24,6	27,2	
116	16,0	17,4	19,0	22,8	25,1	27,8	
117	16,2	17,7	19,3	23,3	25,6	28,3	
118	16,5	18,0	19,7	23,7	26,1	28,9	
119	16,8	18,3	20,0	24,1	26,6	29,5	
120	17,1	18,6	20,4	24,6	27,2	30,1	

Fuente: OMS 2006

FUENTE: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

ANEXO N°4: Instrumento Tabla de valoración nutricional antropométrica Niños

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA							
	PESO (kg)							
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad	
	<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE
45	1,9	2,1	2,3	2,7	3,0	3,3		
46	2,0	2,2	2,4	2,9	3,2	3,5		
47	2,2	2,4	2,6	3,1	3,4	3,7		
48	2,3	2,5	2,7	3,3	3,6	4,0		
49	2,4	2,6	2,9	3,5	3,8	4,2		
50	2,6	2,8	3,1	3,7	4,0	4,5		
51	2,8	3,0	3,3	3,9	4,3	4,8		
52	2,9	3,2	3,5	4,2	4,6	5,1		
53	3,1	3,4	3,7	4,4	4,9	5,4		
54	3,3	3,6	3,9	4,7	5,2	5,7		
55	3,5	3,8	4,2	5,0	5,5	6,1		
56	3,7	4,0	4,4	5,3	5,8	6,4		
57	3,9	4,3	4,6	5,6	6,1	6,8		
58	4,1	4,5	4,9	5,9	6,5	7,1		
59	4,3	4,7	5,1	6,2	6,8	7,5		
60	4,5	4,9	5,4	6,4	7,1	7,8		
61	4,7	5,1	5,6	6,7	7,4	8,2		
62	4,9	5,3	5,8	7,0	7,7	8,5		
63	5,1	5,5	6,0	7,3	8,0	8,8		
64	5,3	5,7	6,3	7,5	8,3	9,1		
65	5,5	5,9	6,5	7,8	8,6	9,5		
66	5,6	6,1	6,7	8,0	8,8	9,8		
67	5,8	6,3	6,9	8,3	9,1	10,0		
68	6,0	6,5	7,1	8,5	9,4	10,3		
69	6,1	6,7	7,3	8,7	9,6	10,6		
70	6,3	6,9	7,5	9,0	9,9	10,9		
71	6,5	7,0	7,7	9,2	10,1	11,1		
72	6,6	7,2	7,8	9,4	10,3	11,4		
73	6,8	7,4	8,0	9,6	10,6	11,7		
74	6,9	7,5	8,2	9,8	10,8	11,9		
75	7,1	7,7	8,4	10,0	11,0	12,2		
76	7,2	7,8	8,5	10,2	11,2	12,4		
77	7,4	8,0	8,7	10,4	11,5	12,6		
78	7,5	8,2	8,9	10,6	11,7	12,9		
79	7,7	8,3	9,1	10,8	11,9	13,1		
80	7,8	8,5	9,2	11,0	12,1	13,4		
81	8,0	8,7	9,4	11,3	12,4	13,7		
82	8,1	8,8	9,6	11,5	12,6	13,9		
83	8,3	9,0	9,8	11,8	12,9	14,2		
84	8,5	9,2	10,1	12,0	13,2	14,5		
85	8,7	9,4	10,3	12,3	13,5	14,9		
86	8,9	9,7	10,5	12,6	13,8	15,2		
87	9,1	9,9	10,7	12,8	14,1	15,5		
88	9,3	10,1	11,0	13,1	14,4	15,9		
89	9,5	10,3	11,2	13,4	14,7	16,2		
90	9,7	10,5	11,4	13,7	15,0	16,5		

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA							
	PESO (kg)							
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad	
	<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE
80	7,9	8,6	9,4	11,2	12,3	13,6		
81	8,1	8,8	9,6	11,4	12,6	13,9		
82	8,3	9,0	9,8	11,7	12,8	14,1		
83	8,5	9,2	10,0	11,9	13,1	14,5		
84	8,6	9,4	10,2	12,2	13,4	14,8		
85	8,8	9,6	10,4	12,5	13,7	15,1		
86	9,0	9,8	10,7	12,7	14,0	15,4		
87	9,2	10,0	10,9	13,0	14,3	15,8		
88	9,4	10,2	11,1	13,3	14,6	16,1		
89	9,6	10,4	11,4	13,6	14,9	16,4		
90	9,8	10,6	11,6	13,9	15,2	16,8		
91	10,0	10,9	11,8	14,1	15,5	17,1		
92	10,2	11,1	12,0	14,4	15,8	17,4		
93	10,4	11,3	12,3	14,7	16,1	17,8		
94	10,6	11,5	12,5	14,9	16,4	18,1		
95	10,8	11,7	12,7	15,2	16,7	18,5		
96	10,9	11,9	12,9	15,5	17,0	18,8		
97	11,1	12,1	13,2	15,8	17,4	19,2		
98	11,3	12,3	13,4	16,1	17,7	19,5		
99	11,5	12,5	13,7	16,4	18,0	19,9		
100	11,7	12,8	13,9	16,7	18,4	20,3		
101	12,0	13,0	14,2	17,0	18,7	20,7		
102	12,2	13,3	14,5	17,4	19,1	21,1		
103	12,4	13,5	14,7	17,7	19,5	21,6		
104	12,6	13,8	15,0	18,1	19,9	22,0		
105	12,9	14,0	15,3	18,4	20,3	22,5		
106	13,1	14,3	15,6	18,8	20,8	23,0		
107	13,4	14,6	15,9	19,2	21,2	23,5		
108	13,7	14,9	16,3	19,6	21,7	24,0		
109	13,9	15,2	16,6	20,0	22,1	24,5		
110	14,2	15,5	17,0	20,5	22,6	25,1		
111	14,5	15,8	17,3	20,9	23,1	25,7		
112	14,8	16,2	17,7	21,4	23,6	26,2		
113	15,1	16,5	18,0	21,8	24,2	26,8		
114	15,4	16,8	18,4	22,3	24,7	27,4		
115	15,7	17,2	18,8	22,8	25,2	28,1		
116	16,0	17,5	19,2	23,3	25,8	28,7		
117	16,3	17,8	19,6	23,8	26,3	29,3		
118	16,6	18,2	19,9	24,2	26,9	29,9		
119	16,9	18,5	20,3	24,7	27,4	30,6		
120	17,3	18,9	20,7	25,2	28,0	31,2		

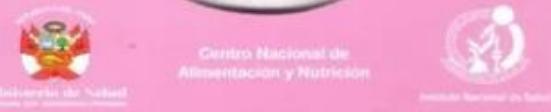


TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTRPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)							
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad	
	<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE
80	7,9	8,6	9,4	11,2	12,3	13,6		
81	8,1	8,8	9,6	11,4	12,6	13,9		
82	8,3	9,0	9,8	11,7	12,8	14,1		
83	8,5	9,2	10,0	11,9	13,1	14,5		
84	8,6	9,4	10,2	12,2	13,4	14,8		
85	8,8	9,6	10,4	12,5	13,7	15,1		
86	9,0	9,8	10,7	12,7	14,0	15,4		
87	9,2	10,0	10,9	13,0	14,3	15,8		
88	9,4	10,2	11,1	13,3	14,6	16,1		
89	9,6	10,4	11,4	13,6	14,9	16,4		
90	9,8	10,6	11,6	13,9	15,2	16,8		
91	10,0	10,9	11,8	14,1	15,5	17,1		
92	10,2	11,1	12,0	14,4	15,8	17,4		
93	10,4	11,3	12,3	14,7	16,1	17,8		
94	10,6	11,5	12,5	14,9	16,4	18,1		
95	10,8	11,7	12,7	15,2	16,7	18,5		
96	10,9	11,9	12,9	15,5	17,0	18,8		
97	11,1	12,1	13,2	15,8	17,4	19,2		
98	11,3	12,3	13,4	16,1	17,7	19,5		
99	11,5	12,5	13,7	16,4	18,0	19,9		
100	11,7	12,8	13,9	16,7	18,4	20,3		
101	12,0	13,0	14,2	17,0	18,7	20,7		
102	12,2	13,3	14,5	17,4	19,1	21,1		
103	12,4	13,5	14,7	17,7	19,5	21,6		
104	12,6	13,8	15,0	18,1	19,9	22,0		
105	12,9	14,0	15,3	18,4	20,3	22,5		
106	13,1	14,3	15,6	18,8	20,8	23,0		
107	13,4	14,6	15,9	19,2	21,2	23,5		
108	13,7	14,9	16,3	19,6	21,7	24,0		
109	13,9	15,2	16,6	20,0	22,1	24,5		
110	14,2	15,5	17,0	20,5	22,6	25,1		
111	14,5	15,8	17,3	20,9	23,1	25,7		
112	14,8	16,2	17,7	21,4	23,6	26,2		
113	15,1	16,5	18,0	21,8	24,2	26,8		
114	15,4	16,8	18,4	22,3	24,7	27,4		
115	15,7	17,2	18,8	22,8	25,2	28,1		
116	16,0	17,5	19,2	23,3	25,8	28,7		
117	16,3	17,8	19,6	23,8	26,3	29,3		
118	16,6	18,2	19,9	24,2	26,9	29,9		
119	16,9	18,5	20,3	24,7	27,4	30,6		
120	17,3	18,9	20,7	25,2	28,0	31,2		

*DE: Desviación Estándar
<: Menor >: mayor ≥: mayor o igual ≤: menor o igual
Fuente: OMS 2006*

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Talla, la talla de la niña.
- Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
≥ al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
≤ al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ -2DE y < -1DE
- Peso >1DE y ≤ 2DE

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11785
© Ministerio de Salud
Av. Sotavento cuadras 6 s/n. Jesús María, Lima, Perú.
© Instituto Nacional de Salud
Capac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú
Tel. 0051-1-471-9920 Fax 0051-1-471-0170
Página Web: www.ins.gob.pe
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Ave de Normas Técnicas
Jr. Tizón y Bueno 276, Jesús María,
Teléfono 0051- 1- 460-0316, Fax 0051-1-4639617
Lima, Perú, 2007. 1ª Edición
Elaboración, Lic. Mariela Contreras Rojas

