



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
CARRERA DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

Proyecto de Investigación
previo a la obtención del
título de Licenciada en
Enfermería

Título de Proyecto de Investigación:

**“Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del Centro
de Salud Siete de Octubre del cantón Quevedo, 2014”**

Autora:

Gina Carola Sanclemente Carbo

Directora de Proyecto de Investigación

Lcda. Mariuxi Zurita Desiderio

Quevedo – Ecuador.

Año 2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, GINA SANCLEMENTE CARBO, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

f. _____
Gina Carola Sanclemente Carbo

Estudiante

CERTIFICACIÓN DE DIRECCIÓN DE TESIS

La suscrita, Mariuxi Johanna Zurita Desiderio, Docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que el Egresado, GINA CAROLA SANCLEMENTE CARBO, realizó la tesis de grado previo a la obtención del título de Licenciada En Enfermería de grado titulada “PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SIETE DE OCTUBRE DEL CANTÓN QUEVEDO, 2014.”, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Lic. Mariuxi Johanna zurita Desiderio M.Sc

DIRECTORA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO



Para: Ing. Mariana Reyes Bermeo, M.Sc- Directora UED

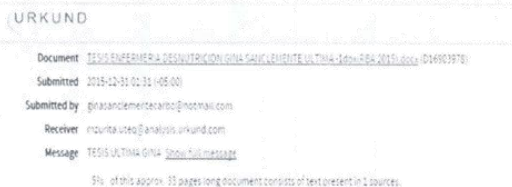
De: Leda. Mariuxi Zurita Desiderio M.Sc- Directora de Proyecto Investigativo

Asunto: Informe URKUND

Fecha: Octubre 27 del 2015

De mi consideración,

Por medio de la presente adjunto el documento de revisión final del proyecto investigativo titulado "PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD, SIETE DE OCTUBRE DEL CANTÓN QUEVEDO ,2014." Elaborada por la egresada, GINA CAROLA SANCLEMENTE CARBO, previo a la obtención del título Licenciada en Enfermería. El proyecto investigativo en mención cumple con los componentes que exige el reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo e incluye el informe del URKUND el cual avala los niveles de originalidad en un 100% y de copia 5% del trabajo investigativo.



Cordialmente;

Leda. Mariuxi Zurita Desiderio M.Sc
DIRECTORA DEL PROYECTO INVESTIGATIVO



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
PROYECTO DE INVESTIGACION

Título:

“Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Siete de Octubre del cantón Quevedo, 2014”

Presentado al Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PSIC, M.S.C: MARIANA SOLIS GARCIA
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS

Lcda. NANCY LOPEZ GARCIA.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TESIS

Lcda. GLORIA GOIBURO FUENTES.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE

TESIS

QUEVEDO – LOS RIOS – ECUADOR
2015

Agradecimiento

A, Dios por permitirme llegar a este momento tan especial e importante de mi vida, por darme valor, perseverancia y fuerza para afrontar en los momentos difíciles, y capacidad para disfrutar en los momentos felices.

A mi madre por estar siempre a mi lado brindándome su apoyo incondicional en todo momento y dedicándome gran parte de su vida dándome aliento para la ardua tarea de caminar hacia la perspectiva de un nuevo día.

A mis hijas, María José, Karol Stefania, Sofía Valentina, pilares fundamentales que constituyen luz e inspiración en mi vida, con el apoyo de cada una de ellas me han dado fuerza necesaria para seguir preparándome profesionalmente, y enfrentar cualquier situación por difícil que sea.

A mi esposo que ha sido un impulso durante toda mi carrera y pilar fundamental durante la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable en todo momento.

A mis amigas compañeras que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino.

A nuestra universidad y especialmente unidad de estudios a distancia, que a través de sus autoridades y docentes nos brindaron una sólida formación universitaria logrando que culminemos con éxitos una más de nuestras etapas académicas.

Dedicatoria

Dedico este trabajo con mucho amor a Dios, por haberme colmado de bendiciones y fortalezas necesarias para emprender un buen camino en la vida, iluminando mis pasos día a día y hacer de mí una profesional.

A mi esposo, madre, hermanos e Hijas por ser parte fundamental en mi vida; gracias a su amor, y su apoyo incondicional; he podido salir adelante, es a ellos a quien le dedico con todo el amor del mundo mi esfuerzo y mi carrera.

RESUMEN

La prevalencia de desnutrición continúa siendo un problema significativo en todo el mundo, sobre todo entre los niños y niñas menores de cinco años, la desnutrición llega a afectar el crecimiento lineal (desnutrición crónica), debido a diferentes factores como es el bajo peso al nacer de una madre con desnutrición gestacional, tiempo de duración de lactancia materna exclusiva, destete temprano, así como la incidencia de enfermedades infectocontagiosas como la enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y la anemia presente en los niños. El objetivo de la investigación conocer la prevalencia de desnutrición en los niños menores de cinco años que asisten al centro de salud 7 de Octubre del cantón Quevedo. Donde se procedió a la recopilación de la información a todas las madres de niños que tenían algún grado de desnutrición, independientemente del tipo de desnutrición que presentaba el niño/a. Fue un estudio descriptivo, de corte transversal de tipo no invasivo, la investigación es un método no experimental cualitativo. Los resultados que más se destacaron que nos permitió conocer qué tipo de desnutrición presentaban el grupo de estudio fueron, con un 36,98%, con desnutrición crónica, a diferencia de la desnutrición global con el 17,80%. La incidencia de enfermedades como la infección respiratoria aguda con el 56,60%. La presencia de anemia tanto leve como moderada con el 93,16% y con un bajo consumo de suplementos de hierro con el 54,80%.

PALABRAS CLAVES: Desnutrición crónica, Prevalencia, niños/as, Anemia, Factores protectores.

ABSTRACT

The prevalence of malnutrition remains a significant problem throughout the world, particularly among children under five years, the malnutrition reaches affect the linear growth (chronic malnutrition), due to different factors such as low birth weight of a mother with gestational malnutrition, duration of exclusive breastfeeding, early weaning, as well as the incidence of contagious diseases such as acute diarrheal disease, acute respiratory infection and anemia in children. The objective of the research to determine the prevalence of malnutrition in children less than five years attending the health center October 7 of the canton Quevedo. Where they proceeded to compilation of information to all the mothers of children who had some degree of malnutrition, regardless of the type of malnutrition that presented the child. It was a descriptive cross-sectional study of non-invasive type, the research method is a non-experimental qualitative-quantitative. The results highlighted that we allowed to know what type of malnutrition presented the study group were, with a 36.98 %, with chronic malnutrition, unlike the global malnutrition with the 17.80 %. The incidence of diseases such as acute respiratory infection with the 56.60 %. The presence of anemia both mild and moderate with the 93.16 % and with a low consumption of iron supplements with the 54.80 %.

KEY WORDS: chronic malnutrition, prevalence, children, anemia. Protective factors.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
PORTADA	i
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
TABLA DE CONTENIDO	x
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
CODIGO DUBLIN	xv
Introducción.....	xvi
 CAPITULO I CONTEXTUALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	 1
1.1 Problema de investigación.....	2
1.1.1 Planteamiento del problema.	2
1.1.2 Formulación del problema.....	4
1.1.3 Sistematización del problema.....	4
1.2 Objetivo	6
1.2.1 Objetivo General.	6
1.2.2 Objetivo Especifico	6
1.3 Justificación.....	7
 CAPITULO II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN	 8
2.1. Marco conceptual.....	9
2.1.1 Desnutrición.....	9
2.1.1.1 Tipos clínicos de desnutrición.....	11
2.1.2 Desnutrición en Ecuador	18

2.1.3	Factores Protectores	19
2.1.4	Gestiones para tratar la desnutrición	19
2.1.5	Clasificación de la desnutrición infantil.....	20
2.1.5.1	Desnutrición del Primer Grado.....	20
2.1.5.2	Desnutrición de Segundo Grado	20
2.1.5.3	Desnutrición de Tercer Grado	22
2.1.6.	Prevalencia de Desnutrición Crónica.	22
2.1.6.1.	Prevalencia.	22
2.1.6.2.	Género.	22
2.1.7.	Signos y síntomas de la anemia.....	23
2.1.7.1.	Causas y tipos de anemia	23
2.1.7.2.	Anemias nutricionales	23
2.1.7.3.	Anemias causadas por enfermedades	24
2.1.7.4.	Otras causas de anemia.....	25
2.2.	Marco Referencial.....	25
2.2.1.	Desnutrición en Latinoamérica	25
2.2.2.	Factores que causan la desnutricion	27
2.2.3.	Prevención y control de la malnutrición	29
2.2.4.	Actuaciones para prevenir la desnutrición infantil	30
2.2.5.	Cuidados de enfermería.....	30
2.2.6.	Soluciones a las causas primarias de Malnutrición	32
2.3.	Marco Legal.....	33
2.3.1.	Plan Nacional para el buen vivir 2013 2017.....	39
2.3.2.	Metas.....	40
CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		41
3.1	Localización del área de estudio	42
3.2	Tipo de investigación.....	43
3.2.1	Analítico	43
3.2.2	De campo.....	43
3.2.3	Bibliográfica – Documental.....	43
3.3	Métodos de Investigación.	43
3.3.1	Descriptivo- explicativo.	43
3.3.2	De observación.	44

3.3.3	Analítico–Sintético.	44
3.3.4	Deductivo	44
3.3.5	Estadístico	44
3.3.6	Histórico lógico	44
3.4	Fuentes de recopilación de información.	45
3.4.1	Fuentes primarias.	45
3.4.2	Fuentes Secundarias.....	45
3.5	Diseño de la investigación.	45
3.6	Instrumentos de investigación.	46
3.7	Tratamiento de los datos.	46
3.8	Recursos humanos y materiales.	48
 CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSION		49
4.1	Resultados	50
4.1.1	Encuesta realizada a las madres de los niños menores de cinco años que asisten al centro de salud Siete de Octubre.....	50
4.1.1.1	Factores de riesgo asociados a los niños que presentan algún grado de desnutrición.....	50
4.1.2.	Seguridad alimentaria del niño.....	56
4.2	Discusión.....	65
 CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		66
5.1	Conclusiones.....	67
5.2	Recomendaciones.....	68
 CAPITULO VI BLIBLIOGRAFÍA		66
6.1.	Bibliografia	70
 CAPÍTULO VII ANEXOS.....		74

ÍNDICE DE TABLAS

1. Sexo	50
2. Niños.....	51
3. Zona	52
4. Peso.....	53
5. Enfermedad.....	54
6. Enfermedad.....	55
7. Alimentos	56
8. Número de comidas.....	57
9. Suplementos	58
10. Edad y ocupación.....	59
11. Nivel de educación de la madre.....	60
12. Lactancia.....	61
13. T/E	62
14. P/E	63
15. IMC.....	64

ÍNDICE DE ANEXOS

1. Encuesta recolectada a las madres de niños con desnutrición.....	75
2. Cronograma	77
3. Índice de Masa Corporal - Niños.....	78
4. Índice de Masa Corporal - Niñas.....	80
5. Plan de capacitación para niños con desnutrición	81
6. Lactancia materna.....	84
7. Alimentación complementaria 6- 11meses	85
8. Nutrición niños menores de cinco años.....	87

CODIGO DUBLIN

Título:	Prevalencia de la Desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Siete de Octubre del cantón Quevedo, 2014.				
Autor:	Sanclemente Carbo Gina Carola				
Palabras clave:	Prevalencia	Desnutrición			
	Niños	Menores de 5 años			
Fecha de publicación:	01 Septiembre 2015				
Editorial:	Quevedo: UTEQ, 2015.				
Resumen:	Resumen.- La desnutrición sigue siendo un problema de salud pública, con énfasis en los países del tercer mundo, la prevalencia sigue en grupos vulnerables en niños menores de cinco años. La desnutrición que más preocupación trae es la desnutrición crónica (déficit de talla para la Edad), o falla en el crecimiento lineal, también presentan disminución en su coeficiente intelectual, menos desarrollo en su proceso psicomotriz, acompañadas con enfermedades infectocontagiosas como diarreas y las infecciones respiratorias. El objetivo de la investigación es conocer la prevalencia de la desnutrición de las niñas menores de cinco años del Centro de Salud Siete de Octubre, con la participación de las madres por medio de una entrevista personal para determinar los causales de la desnutrición. Este es un estudio de tipo descriptivo no invasivo, no experimental, cuali-cuantitativo, donde se determinó una muestra del número total de niños que llegaron al control. Los resultados que hallamos fue el 36,98%, presentaban desnutrición crónica y la global el 17,80%, acompañada de anemia leve como moderada con el 93,16%. Como estrategia al conocer los resultados se implementó Plan de capacitación para niños con desnutrición, dirigido a las madres de las niñas/os independientemente del estado nutricional, con la participación del personal de salud para fomentar y educar sobre alimentación y nutrición adecuada. Abstract.- Malnutrition remains a problem of public health, with emphasis on the countries of the third world, the prevalence remains vulnerable in children under five years. Malnutrition, which brings more concern is malnutrition chronic (height-for-age deficit), or linear growth failure, also show decrease your IQ, less development in its process of psychomotor, accompanied with infectious or contagious as diarrhoea diseases and respiratory infections. The aim of the research is to determine the prevalence of malnutrition among children less than five years from the center of Siete de Octubre Health, with the participation of mothers through a personal interview to determine the causes of malnutrition. This is a descriptive study non-invasive, non-experimental, qualitative and quantitative, where a sample of the total number of children who came to the control was determined. The results we found was 36.98% with chronic malnutrition and overall 17.80%, accompanied by mild to moderate anemia as 93.16%. As a strategy to publicize the results Training Plan was implemented for children with malnutrition, targeting mothers of girls / os regardless of nutritional status, with the participation of health personnel to promote and educate about food and proper nutrition.				
Descripción:	86 hojas : dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162				
URI:	<u>(en blanco hasta cuando se dispongan los repositorios)</u>				

Introducción

La alimentación y la nutrición son los factores más apreciables para el sostenimiento de los seres vivos, son fuentes de riquezas indispensables para el organismo porque aportan vitaminas, proteínas, minerales, carbohidratos y grasas que son elementos indispensables para el crecimiento, desarrollo en los niños y niñas para lograr obtener una vida sana y saludable.

El problema nutricional de niños y niñas de los países de América Latina y El Caribe la desnutrición crónica afecta a 8,8 millones de niños (16%), no solo se limita a un déficit de peso y talla. Son también al déficit de muchos micronutrientes, que también tienen un impacto negativo en el crecimiento, la inmunidad y el desarrollo intelectual, además de aumentar la tasa de mortalidad. El problema más frecuente en la región es la anemia por carencia de hierro, que afecta a uno de cada tres niños o niñas menores de cinco años y que supera el 50% en varios países de la región. (Martínez Triana Raúl, 2009 Abr).

El Ministerio de Salud de la Nación realizó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud durante los años 2004 y 2005. Como resultado de esta investigación se pudo constatar, sobre una base epidemiológica y representativa del conjunto de la población, la importancia que adquieren el sobrepeso y la obesidad por sobre el bajo peso y la persistencia del retraso de talla y de la anemia.

En cuanto al sobrepeso infantil, los datos de la encuesta de condiciones de vida del 2006 reportan que el 7% de niños y niñas experimenta sobrepeso; la desnutrición crónica afecta la 26%; un estudio efectuado en Cayambe rural por Handal, et. Al. (2007), en menores de cinco años, estimó una prevalencia de anemia del 60% (Ministerio Salud Pública, 2011).

El nuevo patrón de crecimiento de la OMS está construido a partir de una visión del derecho a la salud y la nutrición. En el Ecuador algunos estudios sobre la deficiencia de los micronutrientes reportan resultados similares a otros países en desarrollo.

Causas complementarias para la presencia de anemia en los niños se debe a la deficiencia de hierro, parasitismo y la falta de cultura de los padres que no desparasitan a sus hijas y adolescentes de conocimiento sobre la higiene, fundamental para la buena salud de los niños,

complementándose con una mala alimentación, por desconocimiento o por la pobreza que abarca cada hogar, por lo general no llegan a nutrirse, simplemente se comen para alimentarse.

En la Provincia de los Ríos, cantón Quevedo específicamente en el subcentro de salud Siete de Octubre llegan niños con problema de desnutrición acompañados de anemia, que son tratados mes a mes a través de controles médicos en el cual se identifican el estado nutricional de cada niño o niña según peso edad, talla edad e IMC, teniendo en cuenta como indicador frecuentemente la baja talla.

Fomentar el control del niño sano, la importancia de la ganancia de peso, y el riesgo que tiene el niño de padecer enfermedades infectocontagiosas fácilmente prevenibles como la diarrea e infección respiratoria.

CAPITULO I
CONTEXTUALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Problema de investigación

1.1.1 Planteamiento del problema.

La prevalencia de desnutrición continúa siendo un problema característico en todo el mundo, sobre todo entre los niños y niñas menores de cinco años, esto no solo se debe a la pobreza y problemas políticos que contribuyen al padecimiento de la desnutrición, sino a la falta de información y cultura alimentaria de los padres, cómo saber alimentarse para nutrir adecuadamente a sus hijos.

Según el PMA (Programa Mundial de Alimentos), Ecuador es el cuarto país de América Latina, tras Guatemala, Honduras y Bolivia, con peores índices de desnutrición. (UNICEF, Número 2, abril de 2006).

Diagnostico

El Ecuador tiene un gran problema con sus habitantes sobre todo en las áreas rurales y en las zonas marginales de las grandes ciudades, que se simplifica en el aspecto socioeconómico y que se refleja en áreas de la alimentación, económico, de salud, de educación.

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención apropiada y la aparición de enfermedades infecciosas.

Pronostico

Como en todo problema, viene acompañado de otras causas inmediatas, como es la falta de una idea adecuada sobre la combinación de los grupos de alimentos adaptados para la edad, la utilización de agua limpia y clorada, saneamiento insalubre y prácticas deficientes de cuidado en la seguridad alimentaria y alimentación.

Con estas causas básicas relacionadas con factores sociales, económicos, como la pobreza, la desigualdad o la escasa educación específica de las madres, es un determinante de la desnutrición en los niños.

1.1.2 Formulación del problema.

La investigación se realizara para determinar la prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años, determinar cuáles son las consecuencias que llevan a la pérdida de peso y talla de los niños, que tipo de desnutrición tenemos en el momento de la evaluación del niño, conociendo que la desnutrición crónica es la más prevalente en el país.

Los antecedentes de la madre en el embarazo es un rol muy importante, como la educación de la misma para determinar si esto afecta o no el estado nutricional del niño.

Una vez determinada los factores de riesgo, podemos analizar y tomar medidas en el centro de salud, brindar seguimiento y capacitación a madres de niñas con algún grado de desnutrición. Como coadyuvante es impulsar la importancia el consumo de los suplementos de Vitamina A, hierro y chispitas como complemento a la educación impartida en el centro, por parte del personal de enfermería, que es el primer contacto que tienen las madres.

Con lo indicado, y considerado como problema de salud pública la desnutrición en niños menores de 5 años, determinar los factores para conocer la prevalencia de desnutrición.

1.1.3 Sistematización del problema.

Como sabemos la desnutrición crónica es uno de los mayores problemas de desnutrición en niños menores de cinco años, con un porcentaje del 26,0%, donde el 6,35% presentan desnutrición crónica severa. (Freire W.B., 2013).

Esto da la pauta para llegar a determinar factores de riesgo que pueden presentar desnutrición los niños, como es el estado nutricional de la madre (desnutrición gestacional), nivel de educación, edad de la madre gestante, y por otro lado el peso al nacer del niño, la duración de la lactancia materna y la presencia de enfermedades infectocontagiosas como las diarreas e infecciones respiratorias, y hábitos alimentarios inadecuados.

Programas educativos con conocimientos básicos sobre nutrición, alimentación y control del niño sano, permitirá recuperar al niño de la desnutrición presente con un adecuado seguimiento.

Con todo lo indicado nos planteamos lo siguiente:

¿Cuál es la prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años de edad del Centro de Salud Siete de Octubre, del cantón Quevedo?

¿Con la evolución del estado nutricional se determina los factores de riesgo asociado a la desnutrición en los niños menores de 5 años que acuden al centro de salud 7 de octubre del cantón Quevedo?

¿Con la determinación de las causas de la desnutrición se establecerá los factores de riesgo en los niños menores de 5 años que acuden al centro de salud 7 de octubre, del cantón Quevedo?

¿El desconocimiento de las madres sobre la desnutrición se asocia a los factores de la desnutrición en los niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre, del cantón Quevedo?.

1.2 Objetivo

1.2.1 Objetivo General.

- Establecer la prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años de edad del Centro de Salud Siete de Octubre, del cantón Quevedo, 2014.

1.2.2 Objetivo Especifico

- Evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud 7 de Octubre, del cantón Quevedo, durante el segundo semestre del año 2014.
- Identificar el nivel de conocimientos de las madres de los niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre del cantón Quevedo. Durante el segundo semestre del año 2014.
- Crear estrategias educativas dirigidas a madres de niños con desnutrición infantil del centro de salud siete de octubre del cantón Quevedo 2014 durante el segundo semestre del año 2014.

1.3 Justificación.

La desnutrición crónica como global en los niños menores de cinco años justamente en sus años de formación y desarrollo, determinara su posterior desenvolvimiento físico y mental, la mala alimentación después de la lactancia materna, alimentación complementaria inadecuada, seguida en los primeros años de vida puede retardar el crecimiento del niño y niña así como en su capacidad intelectual; la desnutrición presente y la subnutrición crónica podrían ocasionar un retraso en el crecimiento cerebral, con un menor desarrollo intelectual.

Al obtener una alimentación adecuada y variada, es importante que el niño/a reciba en todo momento alimentación nutritiva que le permita recibir todos los nutrientes necesarios, es la edad propicia en la cual determinara su gusto por los alimentos, adaptarse a los hábitos alimenticios de la familia.

Ecuador tiene como objetivo erradicar la desnutrición crónica infantil hasta 2017. "Nuestro propósito es eliminar el 24% actual de desnutrición crónica de niños y niñas menores de 2 años como está planteado en el Plan Nacional del Buen Vivir", sostuvo la ministra Coordinadora de Desarrollo Social. (Coordinadora de Desarrollo Social, 2013)

Crear programas de capacitación para las madres y profesionales de la salud, sobre hábitos alimentarios, ayudara a mejorar la alimentación y nutrición adecuados, dirigidos a los niños. Es importante recalcar que los niños se encuentran en una etapa decisiva para su desarrollo intelectual y física que definirá su posterior desenvolvimiento.

La necesidad indispensable de cambios positivos en materia de lactancia materna, introducción de una alimentación complementaria oportuna, variada y adecuada, la introducción de suplementos de vitamina A, hierro y chispitaz, entregados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el acceso a consejería nutricional adecuada, lograran disminuir la prevalencia de desnutrición crónica. Por todo lo expuesto, es factible y necesaria la investigación, contribuyendo a los niños que padecen desnutrición, facilitar mejores conocimientos alimentarios y nutricionales, actitudes y prácticas alimentarias adecuadas de las madres, con el fin de mejorar el estado nutricional.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Marco conceptual.

2.1.1 Desnutrición.

La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos adaptados para su edad y la presencia repetida de enfermedades infecciosas fácilmente prevenibles. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad (global).

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura o talla inferior a la edad (retraso en el crecimiento), desnutrición crónica, estar comprometidamente delgado (emaciación), o presentar carencia de vitaminas y/o minerales, (malnutrición por carencia de micronutrientes o conocida como hambre oculta).

Se relaciona a la pobreza como la causa principal de la desnutrición, existen otras causas importantes como el no inicio de la lactancia materna exclusiva, cuando empieza se termina a los tres meses y se arranca con las mal llamadas leches maternizadas, la presencia de enfermedades infectocontagiosas, como la diarrea, infecciones respiratorias agudas, falta de educación y de información sobre una adecuada alimentación, la no suplementación de vitamina A, suplementos de hierro y chispitaz como suplemento de vitaminas y minerales básicos para el crecimiento y la prevención de déficit de nutrientes específicos, asociado a esto el incremento de los costos de los alimentos básicos para una alimentación adecuada que por lo general no está al alcance de las familias, entre los productos básicos y necesarios como son los productos proteicos (productos cárnicos, lácteos y huevos). La desnutrición tiene varias clasificaciones pero entre la más sobresalientes y utilizadas tenemos: (Gomez F, 1955;).

Clasificación: Según Gómez:

% de Peso Para la Edad debajo de la mediana:

Leve (grado 1)	75%–90% Peso Para la Edad
Moderado (grado 2)	60%–74% Peso Para la Edad
Severo (grado 3)	60% Peso Para la Edad

Waterlow:

Z-scores (SD) de Peso Para la Talla debajo de la mediana:

Leve	80%–90% Peso Para la Edad
Moderado	70%–80% Peso Para la Edad
Severo	<70% Peso Para la Edad

OMS (desmedro):

Z-scores (SD) de Peso Para la Talla por debajo de la mediana:

Moderado	-3% </ = z-score < -2
Severo	z-score < -3

OMS (retraso del crecimiento):

Z-scores (SD) de Talla Para la Edad debajo de la mediana:

Moderado	-3% </= z-score < -2
Severo	z-score < -3

Cole: z-scores de IMC para edad:

Grado 1	IMC para edad z-score < -1
Grado 2	IMC para edad z-score < -2
Grado 3	IMC para edad z-score < -3

Abreviaturas: IMC, índice de masa corporal;

Clasificación Gómez: El peso del niño se compara con la de un niño normal (50 por ciento) de la misma edad. Es útil para el screening de población y evaluaciones de salud pública.

Porcentaje del peso de referencia para la edad = [(peso del paciente) / (peso del niño normal de la misma edad)] * 100

Clasificación Waterlow: La desnutrición crónica produce retraso del crecimiento. La malnutrición afecta las proporciones del cuerpo del niño y eventualmente produce en el emaciación corporal.

Porcentaje de peso para la talla = [(peso del paciente) / (peso de un niño normal de la misma altura)] * 100

Porcentaje de talla para la edad = [(talla del paciente) / (altura de un niño normal de la misma edad)] * 100. (Waterlow, 1972 Sep).

Clasificación etiológica

Se ha definido tradicionalmente los tipos:

Primaria.

Que es la más común de todas y que probablemente a esta causa se deban el 99 por ciento de todos los tipos de desnutrición (Chávez, 2004).

Secundaria.

Es aquella en que el alimento que se ingiere no se utiliza correctamente por el organismo por situaciones anormales como:

- a) Interferencia con la ingestión. (Hipertrofia congénita del píloro)
- b) Aumento anormal en los requerimientos (Enfermedades. Infecciosas).
- c) Deficiencia en la absorción.(Malabsorción).
- d) Trastornos en la utilización. (Diabetes Mellitus).
- e) Aumento en la excreción. (Diarrea prolongada).
- f) Aumento en la destrucción.(Hipertiroidismo).

2.1.1.1 Tipos clínicos de desnutrición.

La desnutrición establecida se manifiesta clínicamente como marasmo, kwashiorkor o mixta.

a) Marasmo.

Se da por un enflaquecimiento progresivo que puede conducir a un estado de caquexia, como producto de la autofagia del paciente de sus propios tejidos como consecuencia de un aporte inadecuado de nutrientes específicamente carbohidratos y proteína. El marasmático desarrolla algunos mecanismos adaptativos a la carencia nutricional. Lo que determina su

supervivencia hasta el momento en que las condiciones extremas de deterioro hacen necesaria una intervención médica nutricional para prevenir el deceso, casi siempre originado por trastornos hidroeléctricos o infecciosos. Se caracteriza por: desgaste muscular y ausencia de grasa subcutánea, presenta retraso del crecimiento, pérdida de peso, atrofia muscular.(peso inferior al 70% del normal en relación a la talla y sin edemas).

b) Kwashiorkor.

Palabra de origen ghanés que quiere decir “lejos del pecho”, ilustrando así la crucial importancia de la lactancia materna para la nutrición.

Se caracteriza por presentar edema y en muchos casos es producida por un déficit de la dieta baja proteínas y alta en carbohidratos. Este tipo de desnutrición es más aguda (semanas), lo que no permite el desarrollo de procesos adaptativos a la carencia, lo que conduce a una mayor mortalidad. Se presenta a partir del segundo año de vida y por lo general coincide con el destete de los niños. Esta deficiencia extrema de proteínas de la dieta, se caracteriza por: hipoalbuminemia, edema, hígado graso crecido, suele conservarse la grasa subcutánea y puede ocultarse el desgaste muscular por el edema.

La desnutrición de tipo mixto involucra a manifestaciones de marasmo y de Kwashiorkor. La desnutrición tiene un impacto emocional. Un niño con desnutrición severa padece alteraciones del comportamiento. Mientras que el niño con kwashiorkor se muestra apático, triste, estático e indiferente, el niño que sufre marasmo se muestra irritable e inquieto. Ambos suelen perder el apetito y las ganas de jugar.

La desnutrición primaria puede ser aguda o crónica. La aguda afecta el peso o es acompañada de edemas. La desnutrición crónica afecta la estatura. En nuestro país la desnutrición crónica es más frecuente con un 25,6% en el 2012. (Freire W.B., 2013).

La evaluación del estado nutricional se hace utilizando los indicadores: Peso para la edad, Talla para la edad y peso para la talla.

Índice

Aguda	Indicador del estado nutricional
-------	----------------------------------

(P/T) Se le conoce como emaciación.
Es el adelgazamiento exagerado para la estatura.
Se calcula por el peso en función de lo esperado para la talla y género, sin tener en cuenta la edad.

Índice

Crónica (T/E) Indicador de la historia nutricional pasada

Se determina al comparar la talla del niño/a, con la talla esperada para su edad

Los niño/a muestran cierto grado de retraso en su crecimiento

Global Da una visión general del problema alimentario nutricional
(P/E) de la persona

Está representada en bajo peso respecto al peso esperado para la edad y el sexo

Consideraciones diagnósticas.

c) Desnutrición Crónica

Hambre oculta. La desnutrición crónica supone un retraso en el crecimiento y se caracteriza por una estatura menor a lo normal para la edad del niño. Afecta a 200 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo. (Wendy, 2011.).

Producida por el déficit de nutrientes, provoca que los movimientos del niño sean más lentos que los de un niño sano, que preste menos atención en la escuela y su capacidad de concentración sea menor. Aunque sus síntomas son menos visibles exteriormente que los de la desnutrición aguda, los niños con desnutrición crónica son más vulnerables a las infecciones, que reducen su apetito, prolongan la desnutrición e inhiben el crecimiento, esto es presentar un círculo vicioso pobreza-desnutrición. Se calcula que la pérdida de productividad de un niño desnutrido a lo largo de su vida será de un 10% de su potencial de ingresos. Debido a la desnutrición, un país puede perder hasta el 3% de su Producto Interior Bruto.

d) Peso para la edad

El bajo peso para la edad puede ser un indicador de desnutrición, pero no permite saber si la desnutrición es aguda o crónica. Por eso se le conoce como desnutrición global. Este indicador más sirve para estudios a nivel de campo (grandes grupos poblacionales).

Peso para la talla. Un niño con bajo peso para la talla esta enflaquecido. Primero se afecta el peso y después la talla.

Los puntos de corte para cualquiera de los tres indicadores son los siguientes:

Percentiles.

Entre el Percentil 10 y 3:	Desnutrición Leve o Riesgo de desnutrición leve.
----------------------------	--

Por debajo del Percentil 3:	Desnutrición moderada o severa, o riesgo de desnutrición moderada o severa.
-----------------------------	---

Desviación Estándar:	Desnutrición Leve
----------------------	-------------------

Entre menos una y menos dos

Desviación Estándar

Entre menos dos y menos tres

Desviación Estándar:	Desnutrición moderada
----------------------	-----------------------

Por debajo de menos tres

Desviación Estándar:	Desnutrición grave o severa
----------------------	-----------------------------

Índice de masa corporal.

El Índice de masa corporal (IMC) se usa como una herramienta de detección para identificar posibles problemas de peso de los niños. Los CDC y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan el uso del IMC para detectar el sobrepeso y la obesidad en los niños desde los 2 años de edad.¹

En los niños, el IMC se usa para detectar la obesidad, el sobrepeso, el peso saludable o el bajo peso. Sin embargo, el IMC no es una herramienta de diagnóstico. Cuando se identifique algún niño con sobrepeso u obesidad por los indicadores P/T o IMC/E, se debe realizar un estudio de antecedentes de salud y nutrición con el fin de tomar medidas

¹ Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Nutrición, Actividad Física, y Obesidad

adecuadas para su manejo y evitar restricciones alimentarias no adecuadas, que pueden afectar la velocidad de crecimiento y el estado nutricional del menor.

e) Crecimiento

Se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se desarrolla a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Se presenta con un aumento progresivo de la masa corporal con el incremento en el número de células como en su tamaño; es propio del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

La desnutrición causa, a través del tiempo, disminución en las reservas. Lo que a su vez determina alteraciones bioquímicas primeras, funcionales y anatómicas después. Ramos-Galván considera que dentro de ese proceso hay varias etapas: (Gomez F, 1955;).

Etapas de balance negativo. Se pierde peso y se producen dilución, hipofunción y atrofia

Etapas de adaptación. Se logra una homeostasis tardía; clínicamente aparecen anemia y lesiones cutáneas de las faneras.

Etapas de "homeorrexia". El peso y la talla concuerdan.

Según el tiempo transcurrido y la velocidad en que suceden los fenómenos patogénicos, hay tres tipos de desnutrición: aguda, subaguda y crónica.

Aguda, el balance negativo inicial es de agua y electrolitos, posteriormente, se le agrega el de proteínas y grasas. En la segunda, el crecimiento y desarrollo sufren detención que puede ser aguda; y en la tercera, suele haber daños irreversibles de diversa intensidad. La desnutrición se caracteriza por tres signos fundamentales, Dilución, hipofunción y atrofia.

En el tubo digestivo, las modificaciones anatómicas y bioquímicas, afectan la producción de enzimas, por lo que dificultan el adecuado aprovechamiento de los alimentos y propician los cuadros de malabsorción de los mismos, atrofia de las vellosidades intestinales. El metabolismo de las proteínas, grasas e hidratos de carbono, vitaminas y minerales, también se encuentra alterado. (Avalos Chávez, 2004).

f) Malnutrición

Estado patológico resultante de la insuficiencia o el exceso de uno o varios nutrientes o de una mala asimilación de los alimentos.

g) Desnutrición

Estado patológico resultado de una dieta deficiente de uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Entre los síntomas se encuentran: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, capacidad de aprendizaje reducida, salud delicada y baja productividad. Los índices para la medición del estado nutricional comúnmente utilizados son:

Desnutrición Aguda (WASTING): Deficiencia de peso para altura (P/T). Delgadez extrema o emaciación. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.

Desnutrición Global (UNDERWEIGHT): Deficiencia de peso para la edad (P/E). Es un índice compuesto por los dos anteriores y es el utilizado para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio por considerarlo adecuado para monitorear la evolución nutricional de niños y niñas (Democracia, 2009)¹⁷.

h) Hambre

El hambre es una condición en que las personas no obtienen suficientes alimentos independientemente que sean nutritivos o no nutritivos para desarrollar una vida saludable, activa y productiva. Las personas de bajos recursos económicos por lo general viven en hogares donde existe hambre se ven forzadas a privarse de los alimentos porque no pueden pagar por los alimentos o no pueden adquirir la suficiente cantidad de alimentos para todos en el hogar. La inseguridad alimentaria es la insuficiente ingestión de alimentos, que puede ser transitoria -cuando ocurre en épocas de crisis.

El riesgo de mortalidad en la desnutrición severa es del 5%; sumado a esto se estima que más de un tercio de las muertes en niños menores de 5 años son atribuibles a desnutrición. Después del período de complicaciones agudas se presentan consecuencias irreversibles sobre el desarrollo físico, mental y el aprendizaje del individuo es más lento en relación a sus pares.

La desnutrición severa antes de los 2 años de vida (período crítico de desarrollo cerebral) puede dejar secuelas como retraso en el desarrollo cognitivo. Los nutrientes modifican la función cerebral y el déficit nutricional produce un cambio que retardan la mielinización y disminuyen la población celular, alterando la estructura y la función neuronal. Otros factores como la pobreza, las infecciones, las hospitalizaciones y la educación de los padres presentan influencia negativa sobre el desarrollo intelectual. El bajo peso precoz de la relación madre-hijo (embarazo), puede ser origen o agravar las carencias producidas por la desnutrición.

La desnutrición severa tiene consecuencias sobre la maduración, aprendizaje y relaciones interpersonales en más de la mitad de los niños sobrevivientes. Menor capacidad del individuo para relacionarse con el medio y otras personas puede impedir la expresión de su potencialidad para tener una vida saludable, feliz y productiva.

2.1.2 Desnutrición en Ecuador

En el Ecuador se han logrado avances importantes en la reducción de la desnutrición crónica, especialmente en los últimos siete años. La desnutrición crónica infantil se redujo de 40,2% al 25,3% entre 1986 y el 2012. Los datos disponibles permiten observar dos etapas en la evolución de la Desnutrición Crónica Infantil.

Entre 1986 y 2004 transcurren 18 años en los que se reduce 6 puntos porcentuales a un ritmo promedio de 0,4 puntos por año. En los 8 años entre 2004 y 2012, la Desnutrición Crónica Infantil, se reduce en 8,4 puntos, que en promedio representan una disminución de 1.1% anual, es decir, un poco más del doble que en el período anterior. (Freire W.B., 2013).

En total, el 26,0 % de los niños ecuatorianos menores de 5 años tiene desnutrición crónica y de este total, el 6,35 % la tiene extrema. En contraste, la malnutrición general es casi inexistente: sólo el 1,7 % tiene bajo peso-por-talla y el 0,4 % la padece grave. El 2,24 % de los niños tiene desnutrición aguda.

La desnutrición no es causada solo por la ausencia de una alimentación adecuada, las causas son variadas y complejas. A la alimentación se suman las infecciones y

enfermedades fácilmente prevenibles, bajo acceso a: la educación de la madre, educación nutricional, servicios de salud y problemas en el acceso a agua segura y saneamiento ambiental. Como causas estructurales se encuentran el bajo ingreso, la pobreza y la débil aplicación del marco legal y las políticas públicas.

2.1.3 Factores Protectores

Para evitar o disminuir el riesgo de desnutrición debemos tener en cuenta los siguientes factores como medidas de protección:

La lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años de edad.

Alimentación complementaria adecuada; compartir la alimentación en familia permite el fortalecimiento del afecto: es recomendable informar la importancia de compartir en familia por lo menos una comida al día con los niños menores de tres años, ya que ellos aprenden viendo, practicando con los padres los hábitos alimentarios que van a quedar plasmados para toda la vida. Para que se dé esto debemos tener presente lo siguiente:

- Fácil acceso a los alimentos adecuados para la edad.
- Buena salud bucal.
- Mantener una alimentación balanceada, adecuada y a horarios regulares.
- Higiene y conservación adecuada de los alimentos.
- Estilos de vida saludables (Prevención de enfermedades infectocontagiosas).

2.1.4 Gestiones para tratar la desnutrición

Se deben realizar controles en edades claves del crecimiento y desarrollo; incluso el control en la madre embarazada, para asegurar y brindar a los niños y a sus familias, una valoración del crecimiento y desarrollo dentro de los canales adecuados. Debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, pero deben ingresarse a cualquier edad, de acuerdo con el siguiente esquema:

Actividad:

Identificación e inscripción temprana

Periodicidad:

Al nacimiento o primer mes de vida

Actividad:

Consulta médica 1ª vez

Periodicidad:

Desde el primer mes de vida

Actividad:

Consulta de seguimiento por enfermería

Periodicidad:

Menores de 1 año

1 control cada mes

Mayores de 1 año

Mínimo 6 controles

Mayores de 2 años

Cada tres meses

2.1.5 Clasificación de la desnutrición infantil.

2.1.5.1 Desnutrición del Primer Grado

Si el médico ha hecho un buen diagnóstico etiológico valorizando cuidadosamente la historia de la alimentación, determinado los detalles más mínimos, el tratamiento de la desnutrición de primer grado es sencillo y rápido, a menos que obedezca a infecciones incontrolables o a defectos congénitos imposibles de remediar. Si la causa es por subalimentación, como pasa en un 90% de los casos, basta completar las necesidades energéticas del paciente con una dieta apropiada para su edad para que el niño recupere su peso.

Ningún medicamento, ninguna vitamina, son necesarios, sólo alimento fácilmente digerible y suficiente en cantidad y calidad. Se puede decir que 100% de pacientes se salvan si son correctamente tratados y vistos con oportunidad en las unidades de primer nivel.

2.1.5.2 Desnutrición de Segundo Grado

Dos medidas deben guiar el tratamiento:

1a. Dar una alimentación de alto valor energético en el menor volumen de la fórmula, para poder suministrar 250, 300 o más calorías por kilo, por día, sin acarrear, náuseas, vómitos y rechazo.

2a. Combatir las infecciones.

2.1.5.3 Desnutrición de Tercer Grado

La desnutrición de tercer grado requiere una gran discreción para realimentar, buscando que el sistema digestivo restablezca su capacidad funcional para digerir, muchas veces totalmente perdida. Alimentos en pequeño volumen, sin grasa y de gran valor energético a expensas de los hidratos de carbono y las proteínas, son los de elección. Actualmente se utiliza la Formula F – 75 para la recuperación de los pacientes con desnutrición grado III.

2.1.6. Prevalencia de Desnutrición Crónica.

2.1.6.1. Prevalencia.

La prevalencia de la desnutrición en la niñez es el porcentaje de niños menores de cinco años de edad con un peso para la edad correspondiente mas de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población internacional de referencia de entre 0 y 59 meses de edad, los datos están basados en los nuevos estándares de desarrollo infantil publicado por la OMS en 2006. Existe diferencias entre los grupos socioeconómicos en la prevalencia de los resultados nutricionales: diferencias por sexo, raza, residencia urbana o rural, región geográfica, altura, ingresos y nivel de pobreza de los hogares.

2.1.6.2. Género.

La prevalencia de desnutrición crónica es un poco mayor entre niños que entre niñas (el 24% versus el 22,1%). Las tasas de desnutrición crónica extrema son muy similares para los dos grupos.

Edad. En el Ecuador la prevalencia de la desnutrición crónica aumenta con la edad del niño. Únicamente el 3% de los niños menores de cinco meses tienen desnutrición crónica, pero ésta se eleva a casi el 10% en el grupo de 6 a 11 meses y salta hasta el 28 % para niños de entre 12 y 23 meses de edad. Una pauta similar se observa en el caso de la desnutrición crónica extrema, con tasas del 0,1%, 2,6% y 7,5%, respectivamente para estos tres rangos de edad. El nivel de desnutrición crónica y desnutrición crónica extrema se mantiene en su mayor parte estable. El problema en Ecuador no es la falta de

disponibilidad de alimentos, es la inequidad en el acceso a una alimentación adecuada que tiene por factores educativos y por otra, factores económicos

2.1.6.3. Anemia

Se denomina anemia a la falta de hemoglobina o de glóbulos rojos en el cuerpo. La hemoglobina es la proteína rica en hierro presente en los glóbulos rojos que permite el transporte de oxígeno a los tejidos.

La anemia se produce cuando la cantidad de hemoglobina en la sangre de una persona es demasiado baja. Esto significa que el cuerpo no recibe suficiente cantidad de oxígeno. Puede causar palidez, cansancio o fatiga y debilidad.

La anemia puede durar un período breve o prolongado. En los casos leves, el tratamiento consiste simplemente en un cambio de la dieta. En los casos más graves, se necesita un tratamiento médico.

2.1.7. Signos y síntomas de la anemia

Los síntomas dependen de la gravedad de la anemia, la velocidad con que se produce y su causa. Además, depende de la capacidad del cuerpo del niño para adaptarse a un nivel bajo de hemoglobina. Los síntomas pueden incluir:

- Piel pálida, dado que la hemoglobina le da su color rojo a la sangre.
- Falta de energía, debido a una reducción del nivel de oxígeno en el cuerpo.
- Dificultad para respirar después de hacer ejercicio o jugar, debido a la falta de oxígeno en el cuerpo.

2.1.7.1. Causas y tipos de anemia

Existen varios tipos de anemia. En general, se las clasifica por la causa que les da origen.

2.1.7.2. Anemias nutricionales

El tipo más común de anemia es el que se produce por una deficiencia de hierro. Ocurre debido a una falta de hierro en la dieta. El hierro es necesario para producir la

hemoglobina. Los lactantes alimentados sólo con leche materna, preparados para lactantes a base de leche de vaca no fortificados con hierro o leche de vaca entera, pueden correr el riesgo de padecer deficiencia de hierro después de los 6 meses de edad. Su bebé debe recibir preparados para lactantes enriquecidos con hierro si aún no ingiere alimentos sólidos.

Las madres sanas que dan a luz a sus bebés a término tienen suficientes reservas de hierro para sus bebés hasta los 6 meses, momento en el que se recomienda la incorporación de otros alimentos sólidos con alto contenido de hierro. El hierro presente en la leche materna se absorbe bien. A partir de los 6 meses y hasta alcanzar los 2 años, se recomienda la lactancia con la incorporación de alimentos sólidos. La preocupación de que el bebé desarrolle anemia se basa en la falta de incorporación de alimentos sólidos con alto contenido de hierro en el momento recomendado y no en el hecho de que el bebé reciba exclusivamente leche materna.

La anemia por deficiencia de vitaminas se produce por la falta de ácido fólico, vitamina B12 o vitamina E en la dieta. El cuerpo necesita todos estos nutrientes para producir hemoglobina.

2.1.7.3. Anemias causadas por enfermedades

La anemia falciforme es una enfermedad hereditaria que hace que los glóbulos rojos tengan una forma anormal. Estas células no pueden circular por el cuerpo de la misma manera que los glóbulos rojos normales. Esto puede llevar a que el cuerpo reciba menor cantidad de oxígeno.

Las anemias debidas a enfermedades crónicas pueden producirse por insuficiencia renal, cáncer y la enfermedad de Crohn. También puede producirse anemia a causa de una enfermedad de la médula ósea o de enfermedades autoinmunes, como el lupus.

La anemia aplásica es una enfermedad grave y poco común que hace que el cuerpo deje de producir una cantidad suficiente de glóbulos rojos nuevos. Es posible que un niño nazca con esta anemia o que la desarrolle después de una infección viral o la exposición a un medicamento. En ocasiones, es un signo inicial de leucemia.

Por lo general, las anemias hemolíticas son causadas por una enfermedad genética que produce la destrucción anormal de muchos glóbulos rojos.

2.1.7.4. Otras causas de anemia

- Anemia causada por sangrado, ya sea agudo o crónico. La anemia causada por pérdida de sangre crónica se origina con más frecuencia en el tracto gastrointestinal. A menudo se produce por una alergia a las proteínas de la leche de vaca.
- Niveles bajos de hormona tiroidea o testosterona.
- Como efecto secundario de ciertos medicamentos.

2.2. Marco Referencial.

2.2.1. Desnutrición en Latinoamérica

La desnutrición en Latinoamérica se calcula que afecta a la sexta parte de la población. En la desnutrición infantil inciden otros factores al margen de la pobreza extrema y la escasez alimentaria como puede ser la falta de acceso al agua potable y la insuficiencia de medios sanitarios, que suelen acarrear problemas como enfermedades diarreicas y enfermedades infecciosas que pueden originar pérdidas de peso.

Otras afecciones bastante problemáticas y endémicas, relacionadas con la subnutrición, son los retardos en el crecimiento y las insuficiencias de talla que suelen transmitirse de unas generaciones a otras.

En la desnutrición viene acompañada de factores como la pobreza y la carencia, o escasa disponibilidad, de recursos para poder acceder a los productos alimentarios, situaciones de desigualdad que dificultan acceder a fuentes de agua potable, saneamiento público, disponer de una vivienda digna, energía eléctrica e incluso a servicios sanitarios básicos.

En América Latina el retardo en el crecimiento (desnutrición crónica), afecta 16% de los menores de cinco años (**Martínez R, 2006**):

Entre los países con mayores prevalencias se encuentra Guatemala con casi el 50%; Honduras, Nicaragua, Haití, Ecuador, Bolivia y Perú con más del 20%; México con más del 15%; y Panamá y Colombia con más del 10%.

En general estas altas prevalencias de desnutrición están asociadas a los niveles de pobreza, y por ende las capas sociales desprotegidas son las más afectadas. Países subdesarrollados se ha detectado dos periodos de mayor vulnerabilidad para el Retraso en el crecimiento, la etapa de desarrollo intrauterino y los primeros 36 meses de edad.

Durante la gestación, la desnutrición crónica de la madre y una alimentación inadecuada y deficiente, los primeros seis meses de edad donde no se cumplen con lactancia materna exclusiva, introducción temprana de alimentos inadecuados en el destete, como dietas inadecuadas en cantidad y calidad, lleva a un retraso en el crecimiento, limitando el desarrollo de capacidades y habilidades en la infancia, siendo un factor de riesgo para obesidad, síndrome metabólico y cardiopatías en la edad adulta.

La desnutrición crónica está asociada con 29% de las muertes en menores de 5 años de edad. En otras palabras, casi una de cada tres muertes infantiles que ocurren en Latinoamérica y el Caribe se asocia con la desnutrición crónica. En consecuencia, debido a su alta prevalencia (16%). Y sus efectos sobre la supervivencia, desarrollo y productividad futura, la desnutrición crónica viola el derecho a la vida, al desarrollo y a la nutrición de millones de niñas y niños y es por lo tanto un problema prioritario de salud pública que debe ser enfrentado y resuelto. **(TACRO, 2008)**

La desnutrición (la insuficiencia de peso y el retardo del crecimiento asociado al consumo energético inferior al mínimo requerido para satisfacer las necesidades corporales) y la malnutrición (dietas pobres en nutrientes esenciales) son manifestaciones directas de los problemas del hambre. Ambas limitan el desarrollo del potencial físico e intelectual de las personas especialmente los niños al tiempo que constituye un factor clave en más de la mitad de las muertes infantiles

De la misma forma que la subnutrición, la desnutrición global (insuficiencia de peso) es particularmente grave en Centroamérica. En Ecuador los 10% o más de niños menores de 5 años de edad presentan bajo peso para su edad desnutrición global.

Por sus consecuencias la desnutrición crónica (retardo del crecimiento) constituye la manifestación más grave del hambre en la región con un 26%. **(Objetivo del desarrollo del milenio) 2009** .<https://books.google.com.ec/books?isbn=9213227418> 2005.

2.2.2. Factores que causan la desnutrición.

Las causas pueden ser varias que por lo general se deben a bajos recursos económicos o enfermedades infectocontagiosas fácilmente prevenibles que implican el buen estado nutricional. Según el manual internacional de clasificación de enfermedades es una complicación médica posible, pero que puede prevenirse y tiene un impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos. La desnutrición refleja las consecuencias debido a la falta de una alimentación y nutrición adecuada durante los primeros años, conocidos como los más críticos en el desarrollo de los niños, esta se viene dando desde la etapa intrauterina hasta los dos años de edad. Sus efectos son irreversibles y se relacionan estrechamente con la pobreza. En consecuencia los niños menores de 5 años con desnutrición, incrementa el riesgo de muerte, inhibe el desarrollo cognitivo y afecta el estado de salud durante toda la vida. Se registran problemas de ingesta insuficiente de alimentos, desequilibrios en la composición de la dieta; estos últimos se expresan en la falta de micronutrientes (hierro, yodo, cinc, vitamina A) y en un exceso creciente de macronutrientes (ricos en grasas saturadas), que se traducen en obesidad y otras afecciones. (Pareta, 2014).

Lamentablemente existe un sub registro de desnutrición en la consulta externa pediátrica del hospital general, de centros de salud del Ministerio de Salud Pública.

Se diagnostica la patología pero no el estado nutricional del niño, en cierto momento se encuentra en la historia clínica un diagnóstico de desnutrición cuando el estado nutricional es severo, desnutrición severa, emaciación severa. La desnutrición es un síndrome caracterizado por el deterioro de la composición corporal consecuente al balance energético/proteico negativo. Asimismo, se relaciona con cambios fisiológicos, bioquímicos, e inmunitarios que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad.

El sub registro de la desnutrición a pesar de lo sencillo que resulta diagnosticar se puede normalizar en los centros de salud, graficar necesariamente y colocar el estado nutricional

de los niños que llegan a la atención, pero lamentablemente no se notifica adecuadamente o lo hacen con poca frecuencia. El estado nutricional de una persona es el resultante del equilibrio entre la ingesta de alimentos y los requerimientos de nutrientes. Es el aprovechamiento de los nutrientes ingeridos, esto depende de diversos factores como la combinación de alimentos, condiciones del sistema gastrointestinal que los recibe, para su metabolización y aprovechamiento posterior.

Los niños desnutridos tienen menos resistencia a las enfermedades, principalmente infecciosas, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, por lo que tienen mayor riesgo de caer enfermos. Las infecciones pueden causar pérdida de apetito, incremento del metabolismo, mala absorción intestinal por tránsito acelerado (diarrea) y reducción en las sales biliares y lesiones en la mucosa intestinal, lo que empeora aún más el estado nutricional. Entre otras causas relacionadas en el hogar, está el acceso insuficiente a alimentos, acceso insuficiente a servicios de salud y saneamiento básico, y por último cuidado y alimentación inadecuada a niños y madres. El acceso a alimentos, si bien está relacionado con el nivel de ingresos económicos de la familia, la toma de las decisiones económicas que realicen las personas del hogar para la adquisición de alimentos va a depender del grado de importancia que le dé a la alimentación y nutrición de la familia con implicaciones graves o favorecedores a hacia la niñez.

Los niños por su rápido crecimiento corporal están en mayor riesgo. Los niños pequeños deben presentar mayor interés, para evaluarlos para evitar el daño que representan los déficits nutricionales.

El crecimiento del niño depende principalmente del medio y no de la carga genética. Los tres índices antropométricos más frecuentemente usados para evaluar a la población infantil son: peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad.

Índices antropométricos; el déficit de peso para la talla, también llamado desnutrición aguda, consiste en la disminución de masa corporal, inicialmente a expensas de tejido graso pero que puede afectar incluso la masa muscular. Generalmente es consecuencia de un episodio agudo de enfermedad infecciosa o severa disminución en la ingesta calórica.

El déficit de talla para la edad, también llamado desnutrición crónica consiste en un menor crecimiento lineal. Por depender del desarrollo de los huesos largos, tiene una dinámica menos flexible que el peso para la talla. De hecho, excepto bajo condiciones muy particulares (adopción por hogares mejores condiciones económicas), se considera que el déficit de talla para la edad es una condición prácticamente irreversible.

El déficit de peso para la edad, también denominado desnutrición global, es una combinación de los dos anteriores. Se utiliza las tablas de peso para la edad en todos los niveles del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Actualmente se considera no recomendable su uso como único método de evaluación, ya que niños con déficit en talla pueden ser calificados como normales por contar con una masa corporal que les permite alcanzar el peso esperado para su edad. Generalmente se usa -2 desviaciones estándar como punto de corte para identificar aquellos en déficit nutricional. Por ejemplo: un niño con puntaje Z de -2.24 es clasificado como un enano nutricional.

2.2.3. Prevención y control de la malnutrición

La mayoría de los niños tienen más riesgo de desnutrirse entre aproximadamente los seis meses (período de rápido crecimiento en el cual la leche materna sola no puede cubrir las necesidades nutricionales) y los 2-3 años de edad (cuando el ritmo de crecimiento se hace más lento y los niños ya pueden comer solos) (Burgess, Ann, 2006). Si un niño:

Aumenta de peso a un ritmo normal, significa que está comiendo bien y está sano; aumenta de peso muy lentamente o no gana peso, significa que algo no está bien. El niño puede estar enfermo o no está comiendo lo suficiente; pierde peso, es una señal muy peligrosa. El niño no está comiendo lo suficiente y casi con seguridad está enfermo; aumenta de peso a un ritmo más rápido de lo normal, es probable que esté recuperando el peso perdido durante una enfermedad, pero también puede significar que el niño está consumiendo un exceso de alimentos y puede llegar a tener sobrepeso u obesidad.

Un niño está gravemente desnutrido, en caso de: enflaquecimiento severo y/o presentar edema en ambos pies.

Descubrir por qué el niño no está creciendo bien. Conversar sobre los hábitos de alimentación (cantidad, variedad y frecuencia de las comidas), apetito, comportamiento y estado de salud del niño; examinar al niño para ver si tiene infecciones u otras enfermedades, tratando de descubrir las razones subyacentes de la desnutrición. Alimentar mejor al niño. Esto puede significar aumentar la lactancia materna, mejorar la alimentación complementaria, alimentarlo más frecuentemente y/o prestar mayor atención al niño durante las comidas

2.2.4. Actuaciones para prevenir la desnutrición infantil

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. (Wendy, 2011.).

El peso es el mejor indicador del estado nutricional y el peso de su niño debe controlarse en cada visita que se realice a las unidades operativas. Obtener la estatura o talla de su niño es también importante; sin embargo una sola medición de la estatura es menos valiosa para el diagnóstico de Retraso del crecimiento, que varias mediciones a lo largo del tiempo (crecimiento lineal). El crecimiento lineal puede afectarse en niños con desnutrición, pero usualmente indica un período prolongado de escasa nutrición. El tratamiento del retraso de crecimiento depende de la edad del niño, síntomas asociados y la razón subyacente para el escaso crecimiento. (Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, 2014).

Retraso del crecimiento. La meta inicial del tratamiento es proporcionar las calorías adecuadas y la cantidad adecuada de proteínas adecuadas para su edad, o cualquier otro apoyo necesario para promover el crecimiento del niño. Si su niño tiene retraso en el crecimiento. Un bebé prematuro tendrá retraso de crecimiento porque muchas de las funciones corporales necesarias para la ingestión y digestión apropiadas de la dieta son inmaduras al nacimiento, por lo tanto el único alimento que necesita es leche materna.

2.2.5. Cuidados de enfermería.

- Realizar el control de peso, toma de talla

- Realizar un plan educativo de acuerdo al tipo de desnutrición que presente el paciente, porque no es lo mismo un niño desnutrido crónico que un niño con desnutrición aguda o desnutrición global.
- Enseñar a reconocer síntomas y signos de desnutrición en los niños, que por lo general vienen acompañadas de infecciones respiratorias o enfermedades diarreicas o digestivas que pueden complicar el cuadro de desnutrición.

Consejería en alimentación adecuada

- Lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes
- Alimentación complementaria adecuada
- Transición alimentaria con papillas: aumento progresivo de la densidad de las preparaciones, pequeñas porciones de carnes para así aumentar la concentración de hierro y zinc.
- Aumentar la densidad con aceite
- Combinación múltiple: combinar los cinco grupos en cada comida, lácteos, carnes, verduras, legumbre y harinas, y por ultimo azúcar y miel.
- No proporcionar golosinas, gaseosas, pan, etc.
- Suspender otras actividades en el horario de la comida, por ejemplo el ver televisión
- Siempre debe estar un adulto al cuidado en la alimentación del niño
- Administrar los micronutrientes durante el embarazo y la lactancia
- Visitas domiciliarias de acuerdo al riesgo de desnutrición
- Vigilancia del estado nutricional
- Referir al nutricionista en el segundo nivel de atención de casos de desnutrición severa

2.2.6. Soluciones a las causas primarias de Malnutrición

Prácticas deficientes de alimentación del lactante

- Más de la mitad (60 por ciento) de los lactantes menores de seis meses reciben otros alimentos o líquidos y no son alimentados exclusivamente con leche materna.
- Durante el importante período de transición hacia una combinación de leche materna y alimentos sólidos, entre los seis y los nueve meses de edad, el 23 por ciento de los lactantes no es debidamente alimentado con leche materna y otros alimentos.

Solución: apoyar a las mujeres y sus familias para que amamanten a sus hijos recién nacidos en forma exclusiva por espacio de seis meses, e introducir alimentos complementarios adecuados cuando cumplan los seis meses de edad, y seguir suministrando el seno.

- Los niños desnutridos tienen mayores probabilidades de enfermar, mayor riesgo de morir que los niños que no padecen desnutrición.
- Las infecciones frecuentes como las diarreas consumen nutrientes y dificultan la alimentación de los niños.
- La infección parasitaria succiona los nutrientes del organismo y puede causar pérdidas de sangre y anemia.

Solución: prevenir y tratar las infecciones y enfermedades en la infancia, mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva, lavado de manos, la desparasitación, los suplementos de cinc durante y después de la diarrea y la alimentación continua durante las enfermedades. Promover una cobertura adecuada de servicios de salud básica y nutrición.

Acceso limitado a una alimentación nutritiva

- Para la mayoría de los hogares del Ecuador, el acceso a calorías no representa un problema.
- La diversidad de la dieta resulta esencial para la seguridad alimentaria.
- El logro de un régimen alimenticio diverso y nutritivo parece ser un problema que se refleja en las elevadas tasas de anemia, sobrepeso y obesidad.

Solución: mejorar la educación alimentario nutricional a personal responsable del cuidado de los niños, madres en periodos de gestación.

2.3. Marco Legal.

Código de la niñez y adolescencia

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional.
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;

2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;

3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;
4. Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;
5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;
6. Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y,
7. Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

Art. 29.- Obligaciones de los progenitores.- Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

1. Prestar los servicios médicos de emergencia a todo niño, niña y adolescente que los requieran, sin exigir pagos anticipados ni garantías de ninguna naturaleza. No se podrá negar esta atención a pretexto de la ausencia del representante legal, la carencia de recursos económicos, la falta de cupo, la causa u origen de la emergencia u otra circunstancia similar;
2. Informar sobre el estado de salud del niño, niña o adolescente, a sus progenitores o representantes;
3. Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre;

4. Identificar a los recién nacidos inmediatamente después del parto, mediante el registro de sus impresiones dactilar y plantar y los nombres, apellidos, edad e impresión dactilar de la madre; y expedir el certificado legal correspondiente para su inscripción inmediata en el Registro Civil;
5. Informar oportunamente a los progenitores sobre los requisitos y procedimientos legales para la inscripción del niño o niña en el Registro Civil;
6. Garantizar la permanencia segura del recién nacido junto a su madre, hasta que ambos se encuentren en condiciones de salud que les permitan subsistir sin peligro fuera del establecimiento;
7. Diagnosticar y hacer un seguimiento médico a los niños y niñas que nazcan con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo;
8. Informar oportunamente a los progenitores sobre los cuidados ordinarios y especiales que deben brindar al recién nacida, especialmente a los niños y niñas a quienes se haya detectado alguna discapacidad;
9. Incentivar que el niño o niña sea alimentado a través de la lactancia materna, por lo menos hasta el primer año de vida;
10. Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente;

Modelo propuesto por UNICEF.

Las líneas de acción deben ser entendidas como criterios prácticos y flexibles que facilitan los cambios, organizan la acción y orientan la creatividad de los gestores y diferentes actores, que se cobijan debajo del paraguas del Enfoque de Derechos, como principio de este documento y sustentados en la Convención Sobre los Derechos del Niño.

La forma más eficaz de reducir la desnutrición es prevenirla. Para ello es importante actuar a tiempo:

- Diversificando la producción agrícola y la dieta (por ejemplo, con huertos familiares o comunitarios) o promoviendo la suplementación nutricional (con elementos como hierro) para afrontar determinadas carencias de micronutrientes en un grupo de población.
- Asegurando cuidados básicos de nutrición y salud. Para ello es fundamental el trabajo con las madres, consiguiendo, entre otros, que introduzcan vitaminas y minerales en la dieta de sus hijos, prolonguen la lactancia materna, eviten el destete brusco, aseguren medidas básicas de higiene o sepan reconocer a tiempo la desnutrición aguda.
- Garantizando agua de calidad para evitar el contagio de enfermedades infecciosas. • Vigilando el estado nutricional de la población, y en particular de los sectores más vulnerables a través, entre otros, de encuestas nutricionales periódicas.
- Utilizando los sistemas de alerta temprana, que cruzan indicadores como los esquemas de lluvias, el nivel de pastos, los precios de los alimentos básicos en los mercados locales o el número de comidas diarias de una población para poder anticipar posibles crisis.

Apoyo a la atención integrada de servicios básicos y protección. Como parte del ciclo de vida, como otro de los principios, UNICEF tiene una vasta experiencia en cooperar para la prestación de servicios básicos a la infancia y a la madre, entre ellos la atención primaria de salud, supervivencia infantil y promoción del crecimiento y desarrollo.

Producción de información y conocimiento en nutrición. Para cumplir con el principio de Intervenciones basadas en evidencia, se hace prioritario el desarrollo de información que permita identificar las disparidades, apoyar la realización de censos de talla, mapas de prevalencia y la vigilancia nutricional municipal para identificar y focalizar acciones en las localidades de mayor riesgo.

Fortalecimiento de la alimentación infantil y materna. Acciones, como la alimentación infantil adecuada y la lactancia materna, no son practicadas por muchas familias por lo que se hace necesario incluir la información, comunicación y educación sobre la lactancia materna; así mismo, la promoción de marcos legales y la vigilancia de su cumplimiento y

el apoyo para la certificación de establecimientos amigos de la niñez para que su práctica sea una realidad.

La cooperación de UNICEF en el área de micronutrientes debe concentrarse en mejorar el acceso a la suplementación de madres gestantes y lactantes y de niñas y niños menores de tres años, con hierro y vitamina A (o micronutrientes), la fortificación de alimentos con hierro, vitamina A y zinc, la promoción de mejores dietas usando los recursos disponibles, el control de infecciones comunes y del parasitismo intestinal; el monitoreo y control de la fortificación de la sal con yodo y el desarrollo de estrategias para la suplementación con zinc

2.3.1. Plan Nacional para el buen vivir 2013- 2017

Tomo I (Coordinadora de Desarrollo Social, 2013).

Las políticas de salud promoverán las prácticas de calidad de vida y la medicina, preventiva e integral, no solamente la curación de enfermedades. Se impulsará la universalización en el acceso a la atención primaria de salud y la expansión de su calidad y cobertura. Como resultado, la esperanza de vida al nacer ascenderá de su valor actual (setenta y seis años) a setenta y nueve años y medio, en 2030, y la mortalidad de niños menores de cinco años, que entre 2005 y 2010 fue de veintiséis niños por cada mil nacidos vivos, descenderá a un valor entre quince y veintitrés niños en el mismo intervalo (ONU, 2011).

Dos problemas actuales que merecen especial atención son: la desnutrición crónica en menores de cinco años y el embarazo adolescente. La desnutrición infantil, que hoy afecta a casi uno de cada cuatro niños menores de cinco años y causa una reducción irreversible en su rendimiento escolar y en su futuro rendimiento laboral, puede bajar sustancialmente mediante un conjunto integrado de políticas de fortificación y suplementación alimentaria, capacitación y, sobre todo, impulso a la soberanía alimentaria en los hogares rurales de la Sierra, donde el problema alcanza mayor intensidad. Como meta se propone reducir su prevalencia en un 40% hasta 2030, prestando especial atención a la población indígena serrana, que es el grupo social más afectado en la actualidad.

Se considera la desnutrición crónica en niños menores de cinco años por ser una meta a largo plazo, la misma que está acorde con la propuesta de eliminar la desnutrición crónica en niños menores de dos años al 2017. La prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años, según la ECV, era del 32,5% en 1998, y del 26% en 2006 (INEC, 2006); se proyecta reducirla al 15% en 2030.

Como objetivos de la política nutricional se plantean: la promoción de una dieta equilibrada con mayor ingesta de proteínas y micronutrientes, que modifique la dieta promedio actual con demasiados carbohidratos y grasas saturadas que conlleva, junto con pautas sedentarias de vida, a la obesidad. Complementariamente se promoverá el ejercicio físico como componente central de una vida saludable. En el caso del embarazo adolescente, se proyecta una reducción del 15% en la tasa de fecundidad entre quince y diecinueve años para 2030, mediante programas integrales de educación sexual, generación de oportunidades de empleo para adolescentes, y medidas contra la discriminación. Así también, se deben reforzar los logros alcanzados en la reducción de enfermedades infecto-contagiosas para toda la población y desarrollar estrategias preventivas frente a amenazas ambientales a la salud, en particular aquellas ligadas al cambio climático y varias formas de contaminación.

2.3.2. Metas

Meta 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%

Meta 3.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%

Meta 3.3. Erradicar (66) la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años

Meta 3.4. Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0%

(66) Se entiende por erradicación de la desnutrición alcanzar un valor de prevalencia del 3% o menor.

Meta 3.6 Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

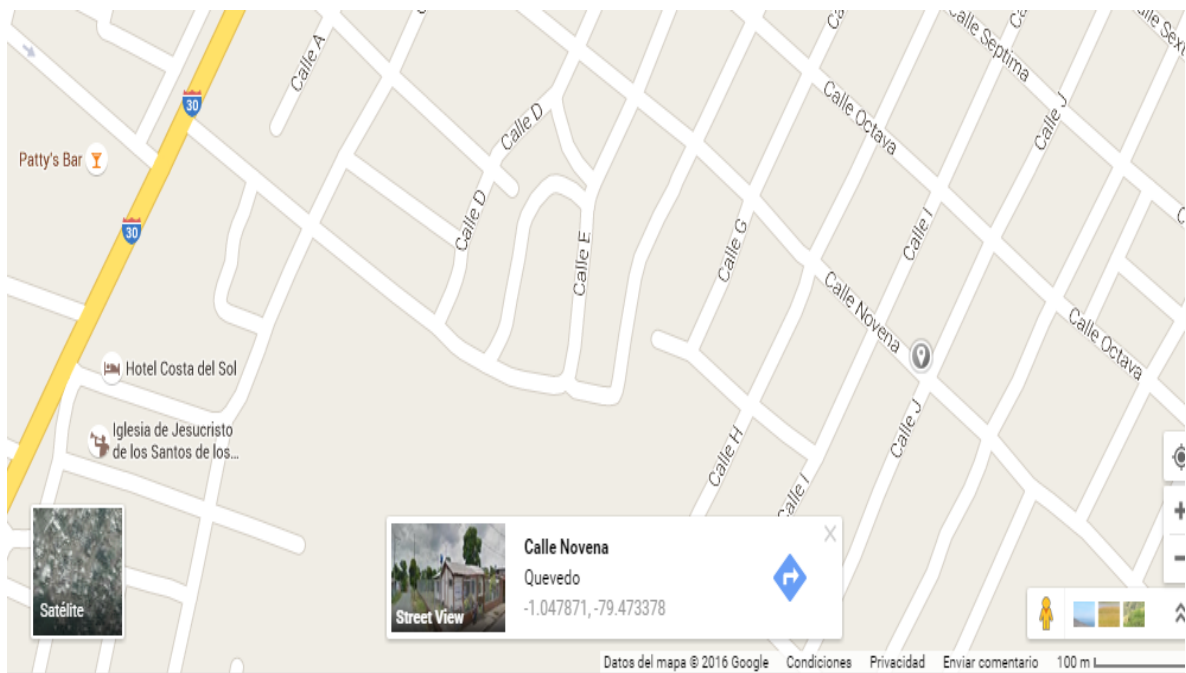
3.1 Localización del área de estudio

La Cooperativa 7 de octubre está localizada geográficamente en el cantón Quevedo, Provincia de Los Ríos, tiene como límites al Norte Hospital de Quevedo, al Sur parte Norte de INIAP lote 1, al Este La carretera Quevedo – El Empalme que se la conoce Av. Walter Andrade Fajardo y al Oeste la Parroquia Viva Alfaro.

La cooperativa 7 de Octubre tiene una dimensión de 78 hectáreas que corresponde a 780.000 m².

La presente investigación se realizara en el Centro de Salud 7 de Octubre, de la ciudad de Quevedo, Provincia de Los Ríos.

La población de estudio está representado por los/as niños/as, menores de cinco años, que asisten al Centro de Salud 7 de Octubre.



3.2 Tipo de investigación

3.2.1 Analítico - Descriptivo

Consiste en establecer comparaciones entre grupo de estudio y de control, De tipo transversal que permitirá determinar la prevalencia de desnutrición crónica de los niños menores de cinco años.

3.2.2 De campo

Este tipo de investigación permite la recopilación de datos e información primaria referente a la investigación que se está realizando, la instrumentación técnica se cumplirá en dos fases: Diseño, elaboración y reproducción de encuestas con un alto grado de confiabilidad.

3.2.3 Bibliográfica – Documental

Este tipo de investigación consiste en buscar y almacenar la información basada en el objeto de estudio de estudio obteniendo de diversas fuentes como libros, artículos científicos, folletos, manuales educativos del MSP, internet. Los fundamentos teóricos recopilados fortalecieron el hallazgo evidenciado, permitiendo establecer las pautas para analizar la prevalencia de la desnutrición en los niños menores de 5 años.

3.3 Métodos de Investigación.

3.3.1 Descriptivo- explicativo.

La investigación descriptiva se aplicó para llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas, se limita a la recolección de datos .porque puntualiza las causas de la desnutrición en los niños menores de cinco años. El método explicativo encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto

3.3.2 De observación.

Durante la investigación se realizó la observación y revisión de las historias clínicas de los niños menores de 5 años que acudieron a la consulta para determinar el grado de desnutrición de los niños durante el último semestre del 2014, considerándose la primera atención médica

3.3.3 Analítico–Sintético.

Se analizó cada una de las temáticas abordadas, estableciendo un análisis explicativo de las categorías del problema sintetizando los elementos, así como también analizar los resultados estadísticos obtenidos del trabajo de campo, para formular las debidas conclusiones obtenidas al término de la investigación.

3.3.4 Deductivo

Permite realizar el diagnóstico de la situación actual sobre el grado de educación cultural, y social de las madres respecto a la desnutrición, también se utilizaron las encuestas que se realizaron a las madres, y la información de las historias clínicas del paciente en el centro de salud 7 de octubre.

3.3.5 Estadístico

Este método permitió recopilar los datos de la investigación para establecer el análisis e interpretar la información recopilada en el estudio para representarla gráficamente y revelar los datos estadísticos de la investigación de la prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años que acudieron al centro de salud 7 de octubre durante el segundo semestre del año 2014

3.3.6 Histórico lógico

Se incrementó con la finalidad de conocer los sucesos anteriores y los antecedentes referentes al estudio realizado sobre la prevalencia de la desnutrición dirigiéndose

especialmente a las madres de los niños menores de 5 años que acudieron al centro de salud 7 de octubre en el segundo semestre del 2014

3.4 Fuentes de recopilación de información.

3.4.1 Fuentes primarias.

Que se relaciona a la revisión de las historias clínicas de los niños menores de 5 años.

3.4.2 Fuentes Secundarias.

Se consideró la aplicación de las encuestas, cumplirá los siguientes pasos: organización, ejecución, recolección de datos, tabulación, interpretación y presentación de resultados

3.5 Diseño de la investigación.

- Para el desarrollo de la investigación se establecieron diversos instrumentos que permitieron desarrollar el estudio de la investigación método no experimental cuali-cuantitativo que consiste en lo siguiente:
- Se desarrolló la investigación en el centro de salud 7 de octubre enfocándose en el grado de desnutrición de los niños menores de 5 años.
- Se realizó un test de preguntas con interrogantes de acuerdo al objeto de investigación y necesidad que requiere el estudio dirigido a las madres con niños menores de 5 años , se crearon variables con la finalidad de permitir varias alternativas al encuestado.
- Los instrumentos de investigación como entrevistas y encuestas que se realizaron en el centro de salud 7 de octubre fueron hechas en un horario establecido con el fin de no interrumpir la jornada laboral.
- Se consideró importante la fundamentación teórica y científica sobre el tema de la investigación ya que se mencionó temas referentes a la prevalencia de la desnutrición en los niños menores de 5 años, extrayendo información de artículos, libros, folletos, e internet.
- Para desarrollar y organizar el estudio de la investigación se utilizaron los métodos como descriptivo-explicativo, de observación, analítico, deductivo, estadístico e histórico también se consideró los tipos de investigación documental y de campo permitiendo recopilar y analizar la información.
- Con todos estos aspectos importantes se emprendió el desarrollo de la investigación documentado y de campo agregando los conocimientos científicos y prácticos adquiridos en el lapso de la carrera de enfermería

3.5.1 Recolección de la información

- La información se obtendrá de las historias clínicas de cada niño.
- Se utilizara una encuesta establecida dirigida a las madres para conocer las causas que lleva a los niños a presentar algún grado de desnutrición.
- Se utilizara las historias clínicas de las/os niños/as que acuden al control. Entrevistas

3.6 Instrumentos de investigación.

3.6.1 Observación

Esta técnica permitió facilitar el análisis de la información respecto a la prevención del grado de desnutrición de los niños menores de 5 años, observando el historial clínico de los pacientes, para de esta manera establecer las causas principales de los factores de riesgo de la desnutrición, y establecer los síntomas y el tratamiento para mejorar el desarrollo físico mental e intelectual del niño.

3.6.2 Encuesta

Se aplicó en las madres de los niños menores de 5 años para recopilar información respecto a las diferentes determinantes permitiendo establecer las causas de la prevalencia de la desnutrición y los factores de riesgo. Diseñado con preguntas cerradas de acuerdo al tema de la investigación.

3.7 Tratamiento de los datos.

- Métodos de procesamiento de la información
- La información obtenida se procesara en el programa informático **Excel**, para el procesamiento de los datos. La información se presentara en porcentajes de las variables estudiadas, prevalencia, los resultados serán presentados en gráficos y tablas.

- En **Word** se procesó el desarrollo de los textos de la investigación aplicando la estructura y formato de presentación para el proyecto de investigación.

3.7.1 Población

De acuerdo a la recopilación de datos de la población se estableció un promedio de niños y niñas menores de 5 años que acudieron mes a mes a la consulta en el segundo semestre del año 2014.

3.7.2 Muestra

La muestra la conforman las/os niños menores de cinco años que presentan algún grado de desnutrición, se utilizó la fórmula para cálculo de grupos finitos, considerando un nivel de confianza del 95%.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

$$N = \frac{305 * (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}{(0.03)^2 (305-1) + (1.96)^2 * 0.05 * 0.95} = 73$$

3.8 Recursos humanos y materiales

a) humanos

- Niños
- Madres
- Edad
- sexo
- Estado Nutricional actual
- Índice masa corporal
- Presencia de alguna enfermedad
- Presencia de anemia
- Lugar de procedencia
- Seguridad alimentaria del niño
- Factores de riesgo de la madre en el embarazo
- Personal de salud

b) Materiales

- Equipos de oficina:
- Remas de papel A4
- lápiz
- computadora
- carpetas
- bolígrafos
- anillados
- pendrive
- CD RW
- Empastado

c) Material bibliográfico

- libros
- internet
- folletos

La información conseguida será de absoluta confidencialidad, la misma que es utilizada con fines de carácter investigativo, indicando que no es un estudio invasivo.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados

4.1.1 Encuesta realizada a las madres de los niños menores de cinco años que asisten al centro de salud Siete de Octubre

4.1.1.1 Factores de riesgo asociados a los niños que presentan algún grado de desnutrición.

Pregunta 1. ¿Sexo del niño que asistió a la consulta?

Tabla 1. Sexo

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
Hombre	38	52,05
Mujer	35	47,95
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis.

De la muestra analizada del total de niños y niñas, se recolectó la información con el 52,05 % correspondiente al sexo masculino, mientras que el sexo femenino fue representado por el 47,95 %, no existe mayor diferencia de sexo que asiste al centro de salud.

Pregunta 2 ¿Edad del niño de los niños que asistieron al C.S?

Tabla 2. Niños

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
0 – 11 MESES	5	06,85
1 AÑO – 1 AÑO 11 MESES	19	26,02
2 AÑOS - 2 AÑOS 11 MESES	22	30,13
3 AÑOS - 3 AÑOS 11 MESES	17	23,30
4 AÑOS – 4 AÑOS 11 MESES	10	13,70
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

A= Año

M= Mes

Análisis e interpretación.

Como observamos en el presente cuadro, la asistencia de niños al centro con mayor porcentaje fue el grupo de 2 años a 2 años con 11 meses con el 30,13%, seguido con el grupo de 1 año a 1 año 11 meses, con el 26,02%, grupos de edades consideradas de mayor riesgo.

Pregunta 3. ¿Procedencia del niño según la zona que corresponde?

Tabla 3. Zona

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
URBANA	51	69,87
RURAL	22	30,13
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación

La procedencia de los niños/as en su gran mayoría pertenecían al área urbana con el 69,87%, mientras que de la zona rural pertenece un 30,13% esto se debe a que el centro de salud está dentro de una área urbana del cantón Quevedo.

Pregunta 4 ¿Peso que tuvo el niño al nacer?

Tabla 4. Peso

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
BAJO PESO	6	8,22
PESO ADECUADO	67	91,78
SOBREPESO	0	0,00
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación

Uno de los determinantes considerado como factor de riesgo para padecer desnutrición crónica permanente, está el peso al nacer del niño/a, donde solo el 8,22%, presento bajo peso al nacer, con una gran diferencia del 91,78% con peso adecuado.

Pregunta 5. ¿Qué tipo de enfermedad ha presentado el niño?

Tabla 5. Enfermedad

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	15	20,54
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	41	56,16
NINGUNA ENFERMEDAD	17	23,03
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

EDA'S = Enfermedad diarreica aguda IRA'S = Infección respiratoria aguda

Análisis e interpretación.

Al preguntar acerca de las enfermedades que ha padecido el niño/a, la patología con más relevancia fue la Infección respiratoria aguda con el 56,16%, uno de las enfermedades que inciden en la detención de crecimiento y pérdida de peso y solo un 23,03% no presento ningún tipo de enfermedad.

Pregunta 6. ¿La anemia de su niño es?

Tabla 6. Enfermedad

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
ANEMIA LEVE	32	43,84
ANEMIA MODERADA	36	49,32
ANEMIA SEVERA	0	0,00
NO PRESENTA	5	6,84
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro preguntamos si el niño/a presento anemia o no, teniendo que el 49,32% presenta anemia moderada seguida de anemia leve con el 43,48%. Entre los dos tipos de anemia nos da un total de 93,16%, siendo este como un adyacente a la desnutrición que pueden presentar los niños/as. La deficiencia de hierro durante la infancia reduce o detiene el crecimiento; también daña el sistema de defensa contra las infecciones. La anemia si es importante puede producir retardo del crecimiento.

4.1.2. Seguridad alimentaria del niño:

Pregunta 1. ¿Consumo de alimentos del niño?

Tabla 7. Alimentos

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
FRUTAS	31	42,46
CEREALES	67	91,78
PRODUCTOS CARNICOS	45	61,64
GRASAS	65	89,04
VEGETALES	50	68,49

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación.

En relación al consumo de alimentos podemos observar que el grupo de cereales es el más consumido con un 91,78%, seguido de un grupo de alimentos considerado energético como las grasas con un 89,04%, los vegetales como aportadores de hierro no hemínico consumen un 68,49%. Mientras que las carnes se encuentran en 61,64% y las frutas con un porcentaje bajo en el consumo con el 42,46%. Teniendo una dieta con predominio de carbohidratos.

Pregunta 2 ¿Consumo del niño Número de comidas?

Tabla 8. Número de comidas

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
CUANTAS VECES COME EL NIÑO		
MENOS 3 VECES	4	5,46
MAS DE 3 VECES	69	94,54
TOTAL	73	100,00
CON QUIEN COME EL NIÑO		
COME SOLO	3	4,11
COME ACOMPAÑADO	70	95,89
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación.

Determinantes claves para prevenir o incrementar el consumo de nutrientes en los niños es el número de veces que debe comer los alimentos el niño/a, presentando un 94,54% que comen más de tres veces al día, los mismos que el 95,89% comen acompañados, asegurando la ingesta de los productos alimenticios.

Pregunta 3 ¿Consumo de suplementos del niño es?

Tabla 9. Suplementos

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
TOMA CHISPITAZ		
SI	55	75,34
NO	18	24,66
TOTAL	73	100,00
RECIBIO VITAMINA A		
SI	71	97,27
NO	2	2,73
TOTAL	73	100,00
RECIBIO HIERRO		
SI	33	45,20
NO	40	54,80
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis.

Como normativa, el Ministerio de Salud, hace la entrega de suplementos a los niños/as menores de cinco años, para disminuir la incidencia de déficit de nutrientes específicos como es el hierro, vitamina A y chispitaz. El consumo se presentaron de la siguiente manera, el 75,34%, consumían chispitaz,, de igual manera la Vitamina A con el 97,27%, siendo el suplemento más recibido por los niños/as. A diferencia del hierro se determinó que solo el 45,20%, lo consumían, sabiendo que el hierro ayuda a prevenir anemia.

4.1.3. Factores de riesgo de la madre (durante el embarazo)

Pregunta 4. ¿Edad y Ocupación de la madre?

Tabla 10. Edad y ocupación

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA					Nº	PORCENTAJE
EDAD DE LA MADRE (AÑOS)						
12 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	> 30	73	100,00
3	26	30	4	10		
4,10	35,62	41,10	5,48	13,70		
OCUPACION DE LA MADRE						
AMA DE CASA	AGRICULTOR	PROFESIONAL	ARTESANO	OTRO	73	100,00
57	1	1	4	10		
78,10	1,36	1.36	5,48	13.70		

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación

Como un factor de riesgo para desnutrición crónica, es tener niños con bajo peso al nacer, que se presenta en mujeres con edades comprendidas antes de los 20 años, teniendo un 35,62%, en la edad de 16 a 20 años y un 4,10%, en edades de los 12 a 15 años. La ocupación de la madre es un rol muy importante en el cuidado del niño/a, donde el 78,10% son amas de casa.

Pregunta 5. ¿Estado Nutricional/Nivel de Educación de la madre?

Tabla 11. Nivel de educación de la madre

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA			Nº	PORCENTAJE
ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE				
BAJO PESO	PESO ADECUADO	SOBREPESO	73	
12	31	30		
16,43	42,46	41,10		
PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	73	
19	49	5		
26,04	67,12	6,84		

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación

Como un factor predominante para tener niños con peso adecuado al momento de nacer es que la madre presente un estado nutricional adecuado o con ganancia de peso adecuado para su edad gestacional. El 16,43%, presento bajo peso en su embarazo y el 41,10%, tenía sobrepeso. El sobrepeso no quiere decir que su niño nacerá con un peso adecuado. El nivel de educación es considerado como otro determinante para tener niños con bajo o peso adecuado, debido a su nivel de educación y conocimientos que pueden presentar, donde el 26,04%, tenía primaria y el 67,12% presento secundaria.

Pregunta 6. ¿Qué tipo de lactancia, tomó el niño?

Tabla 12. Lactancia

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	52	71,23
LACTANCIA MIXTA	21	28,77
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación.

La lactancia materna exclusiva, es uno de los principales pilares para la ganancia de peso adecuado durante los seis primeros meses del niño/a, independientemente del estado de nutrición del recién nacido. La misma que se cumple con un 71,23% y solo un 28,77%, realizaban lactancia materna mixta.

Pregunta 7. ¿Talla para la edad de su niño es?

Tabla 13. T/E

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
NORMAL	43	58,90
ALTA	3	4,10
BAJA	27	36,98
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis.

La talla para la edad es un determinante de desnutrición crónica, desnutrición que viene trayendo desde el nacimiento e incluso desde el vientre materno, o por la presencia de enfermedades como la Enfermedad diarreica aguda, Infección respiratoria aguda e incluso el padecer anemia, nos determina que hay una detención en el crecimiento. El porcentaje de niños con talla baja es del 36,98%. Los niños con talla adecuada presento el 58,90%.

Pregunta 8. ¿Peso para la Edad del niño es?

Tabla 14. P/E

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA	Nº	PORCENTAJE
NORMAL	56	76,72
SOBREPESO	4	5,48
BAJO PESO	13	17,80
TOTAL	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación.

El bajo peso es conocida como desnutrición global, que se encuentra presente el momento, por una enfermedad, lo cual causa inapetencia, el 17,80%, tenía bajo peso para la edad, mientras que el 76,72% tenía un peso adecuado para la edad. El indicador peso para la edad nos ayuda a realizar determinaciones del momento, y conocer el grado de desnutrición que puede presentar el niño/a.

Pregunta 9. ¿Índice Masa Corporal del niño es?

Tabla 15. IMC

Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años del centro de salud 7 de octubre

ESCALA			Nº	PORCENTAJE
HOMBRE				
BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	38	52,06
12	23	3		
MUJER				
10	18	7	35	47,94
22	41	10	73	100,00

Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud 7 de Octubre

Elaboración: Egresada Gina Sanclemente

Análisis e interpretación.

El Índice de Masa Corporal (I.M.C.) es una manera sencilla y universalmente acordada para determinar si una niña o niño tiene un peso adecuado. En la siguiente tabla se presentó de la siguiente manera, el 31,57% en niños y el 28,57% en niñas con bajo peso, para la normalidad del peso, el 60,53%, en niños y el 51,43% en niñas.

4.2 Discusión

A pesar de encontrar anemia en los niños/as, el consumo de hierro es bajo, esto puede deberse a falta de suplementos en la unidad o falta de conocimiento de la importancia de la suplementación en los niños/as. Si la anemia no se cura hasta los cinco años de edad, los niños no podrán recuperarse y siempre tendrán un déficit cognitivo (Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2013).

Los niños en su gran mayoría son alimentados a base de cereales, presentando un consumo mínimo de frutas y productos cárnicos indispensables para la proporción de vitaminas y proteínas respectivamente. Los mismos comen en compañía de un familiar asegurando el consumo del alimento y manteniendo un mínimo de tres comidas como promedio, pero no comen para nutrirse sino comen para alimentarse, donde se presenta la mayor probabilidad de incremento de desnutrición en niños menores de cinco años

La edad de la madre, en edades comprendidas de 12 a 20 años un promedio de 29 madres menores, es un factor determinante para el estado nutricional del niño, encontramos con bajo peso 16,43%, un estado nutricional adecuado y un gran porcentaje de sobrepeso.

El estudio realizado a los 73 niños, un alto porcentaje de madres (73,00%) presentaron una práctica de lactancia materna exclusiva, lo que indica que ayuda a disminuir el riesgo de desnutrición en los niños menores de seis meses. Quedando claro que la madre prefiere seguir con la lactancia materna. La desnutrición se presenta a raíz de la introducción de una alimentación complementaria inadecuada, con la presencia de enfermedades infectocontagiosas, las cuales llegan a provocar desnutrición en los niños.

En el presente estudio alcanzamos establecer que la desnutrición presente en los niños, es la desnutrición crónica con un promedio de 36,98%, seguida de la desnutrición global con un 17,80%. Tomando en cuenta que la desnutrición crónica a nivel nacional, según cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, realizada por el Ministerio de Salud Pública, es del 25,3%. Mientras que a nivel de la Provincia de Los Ríos presenta el 17,0%, (Ecuador, 2014).

La prevalencia de enfermedad de los niños, que presentaron fue la enfermedad diarreica aguda, como la infección respiratoria aguda. Se puede observar que la anemia tanto la leve como moderada presentan un porcentaje elevado en los niños.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Un factor determinante es la presencia de anemia leve con 32 niños que nos determina un 43,84%, como moderada 36 niños que representa el 49,32%, el mismo que influye en el riesgo de desnutrición de los niños/as.
- La presencia de enfermedades infectocontagiosas, son determinantes importantes para que los niños estén condicionados a padecer desnutrición crónica, como es la (IRA), infección respiratoria aguda con el 56,16% que son 45 niños/as con este problema de salud, seguido de (EDA), con el 20,54%, siendo afectado 15 niños/as.
- El estado nutricional de la madre en la etapa gestacional el 16,43%, presento bajo peso en su embarazo y el 41,10%, tenía sobrepeso. El sobrepeso no quiere decir que su niño nacerá con un peso adecuado, la edad de la madre también es un factores de riesgo para tener bebés con bajo peso al nacer teniendo un 35,62%, en la edad de 16 a 20 años y un 4,10%, en edades de los 12 a 15 años., incrementando el riesgo de la desnutrición infantil.
- En el presente estudio determinamos que el grado más alto de desnutrición fue desnutrición crónica con el 36,98%, a diferencia de la desnutrición global que presento solo el 17,80%.

5.2 Recomendaciones

- Fomentar e implementar programas de educación nutricional, independientemente del estado nutricional de los niños y la relación que tiene una alimentación adecuada y variada, acorde a su edad., para mejorar su estado y promoviendo el consumo de los suplementos de chispitaz, hierro y vitamina A, entregados en el centro de salud, para mejorar el crecimiento y peso de los niños.
- Educar a la madre, estamos garantizando un mejor estado de salud y nutricional de la misma, para llegar a tener niños con peso adecuado al momento de nacer, así disminuir la incidencia y prevalencia de desnutrición en los mismos.
- Conociendo el tipo de desnutrición con más prevalencia, como la desnutrición crónica, sería fundamental un mayor seguimiento y control a los niños con desnutrición, garantizando un mejor desarrollo tanto físico (crecimiento), como ganancia de peso adecuado a la edad, concientizando a las madres de los riesgos de tener niños con desnutrición y la presencia de enfermedades infectocontagiosas fácilmente prevenibles.

CAPITULO VI
BIBLIOGRAFIA

6.1. Bibliografía

1. *Martínez Triana Raúl, Svarch Eva, Menéndez Veitía Andrea. Limitación cognitiva en niños con anemia drepanocítica sin historia de afectación neurológica. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [revista en la Internet]. 2009 Abr. Pp 25.*
2. *Freire W. et al. 1988. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años -DANS-1986. CONADE, MSP, Quito - Ecuador.*
3. *Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Coordinación Nacional de Nutrición. Nutrición en salud propuesta para el fortalecimiento institucional en el área de nutrición en salud. 2011., Diseñado e impreso en ecuador.p.p.56*
4. *Freire W. et al. 1988. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años -DANS-1986. CONADE, MSP, Quito - Ecuador.*
5. *La desnutrición infantil [citado 16 Nov 2013]. Disponible en:*<http://www.medicosecuador.com/espanol/noticias/nocitia45.htm> 3. *Bengoa JM. Panorama mundial de la desnutrición [citado 16 Nov 2013]. Disponible en:*http://www.slan.org.ve/publicaciones/completas/panorama_mundial_desnutricions_iglo_xx.asp 4. *Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos. 2006 [citado 16 Nov 2013];2. Disponible en:*<http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion%2813%29.pdf>
6. *Freire W.B., y col. Resumen Ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. Ensanut – Ecu 2011 – 2013 Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de estadísticas y Censos.*
7. *Plan Nacional para el buen vivir 2013 2017, tomo I. Resolución 2. Registro oficial suplemento 78 de 11-sep-2013 estado: vigente Consejo Nacional de Planificación.*
8. *Coordinadora de Desarrollo Social. <http://www.andes.info.ec/es/no-pierda-sociedad/ecuador-tiene-objetivo-erradicar-desnutricion-cronica-infantil-hasta-2017.html>.*
9. *Gomez F, Galvan RR, Cravioto J, Frenk S. Malnutrition in infancy and childhood, with special reference to kwashiorkor. AdvPediatr. 1955;7:131–169.*
10. *Waterlow JC. Classification and definition of protein-calorie malnutrition. Br Med J. 1972 Sep 2;3(5826):566-9.*
11. *Avalos Chávez L. DCSP. Social. 2004. DESNUTRICIÓN. CAPÍTULO NO.20.*

12. Freire W.B., y col. *Resumen Ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. Ensanut – Ecu 2011 – 2013* Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de estadísticas y Censos.
13. Wisbaum Wendy. *LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Unicef. Noviembre 2011.*
14. Gomez F, Galvan RR, Cravioto J, Frenk S. *Malnutrition in infancy and childhood, with special reference to kwashiorkor. AdvPediatr. 1955;7:131–169.*
15. Avalos Chávez L. DCSP. Social. 2004. *DESNUTRICIÓN. CAPÍTULO NO.20.p.p.22. México.*
16. Asociación Libertad y Democracia (ALD) *La lucha contra el hambre y la desnutrición Propuesta para la adopción de una política de seguridad alimentaria Fundemos Consultores, S.A. Mayo de 2009*
17. Freire W.B., y col. *Resumen Ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. Ensanut – Ecu 2011 – 2013* Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de estadísticas y Censos.
18. Martínez R, Fernández A. *Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. 2006:4-9.*
19. UNICEF TACRO *Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe Guías para Líneas de Acción UNICEF TACRO, Panamá Enero 2008.*
20. MEDISAN 2014;18(10):1381 *ARTÍCULO ORIGINAL Caracterización de la desnutrición infantil en el hospital guatemateco de Poptún Characterization of the child malnutrition in Guatemala hospital of Poptún. MsC. Neydis Baute Pareta y MsC.*
21. Burgess, Ann *Desnutrición infantil, Prevención y control de la malnutrición Guía de Nutrición de la Familia 2006 109- 119*
22. Wisbaum Wendy. *LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Unicef. Noviembre 2011.p.p 32.*
23. Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (NASPGHAN), *Retraso del crecimiento.*
24. Coordinadora de Desarrollo Social. <http://www.andes.info.ec/es/no-pierda-sociedad/ecuador-tiene-objetivo-erradicar-desnutricion-cronica-infantil-hasta-2017.html>.

25. *Ecuador Inmediato com. Desnutrición crónica en el Ecuador. Febrero. 2014*
26. *Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social; PROYECTO PARA LA REDUCCIÓN. 2013*

REFERENCIAS

27. *Cusminsky, Marcos. Dr. y col. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C. 1993.*
28. *Desnutrición infantil: • causas, consecuencias y estrategias para combatirla. UNICEF Estado Mundial de la Infancia. 1998.*
29. *Marín Agudelo Alejandro. Y col. Manual de pediatría ambulatoria. Nutrición – Desnutrición. Ed. Médica Panamericana, p.p 75 – 78. 2008 - 786 páginas*
30. *Marcos Galván y Hugo Amigo. .Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina. ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION.*
31. *Organización Panamericana de la Salud. Pautas para el desarrollo de estrategias en salud ante desplazamientos masivos: Guía para autoridades territoriales. Ministerio de la Protección.*
32. http://www.bioestadistico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=153:calculo-del-tamano-de-la-muestra-para-estimar-parametros-categoricos-en-poblaciones-finitas&catid=46:calculo-del-tamano-de-la-muestra&Itemid=213
33. *Actividades nutricionales del Banco Mundial en América Latina:Nutricion de un vistazo. Ecuador.www.worldbank.org/lacnutrition.*
34. *Cusminsky, Marcos. Dr. y col. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C. 1993.*
35. *Desnutrición infantil: • causas, consecuencias y estrategias para combatirla. UNICEF Estado Mundial de la Infancia. 1998*

36. *Federico Gómez Dr. Desnutrición. salud pública de México / vol.45, suplemento 4 de 2003.*
37. *Firman G. MD .Medical CRITERIA.com. Martes 20 de Julio de 2010.*
38. *Marín Agudelo Alejandro. Y col. Manual de pediatría ambulatoria. Nutrición – Desnutrición. Ed. Médica Panamericana, p.p 75 – 78. 2008 - 786 páginas.*
39. *Martínez R, Martínez. La salud del niño y del adolescente. Crecimiento y desarrollo. 4ª ed. México: Manual Moderno, 2000:30-78, 605-618.*
40. *Marcos Galván y Hugo Amigo. .Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina. ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION.*
41. *Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades prevalentes graves de la infancia. 2da. Edición. Washington D.C. OPS/Paltex. 2004.*
42. *Prevención y control de la malnutrición. Desnutrición infantil. Guía de Nutrición de la familia. Tema 11. p.p. 109- 119.*
43. *Razo Dulce Milagros Dra. Hernández Blanco, M en C. Virgilio Lima-Gómez. Dra. Glenda Fabiola Hernández-Juárez, Dra. Alma Rosa Quezada-García, Hospital Juárez de México/Escuela de Medicina, Universidad Justo Sierra. alqzada9@hotmail.com. salud pública de México / vol. 50, no. 1, enero-febrero de 2008.*
44. *Shrimpton R, Victoria G, De Onis M, Costa R, Blóssner M, Clugston G. Worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. Pediatrics.2001; 107:75-81.*
45. *<http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/Multilingual/ES/Pages/Anemia.aspx>*

CAPÍTULO VII

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta recolectada a las madres de niños con desnutrición

UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
CARRERA DE ENFERMERIA

Encuesta recolectada a las madres de niños con desnutrición

Objetivo:

Verificar los factores de riesgo asociados a los niños que presentan algún grado de desnutrición.

Peso Kg Talla cm. IMC

Estado Nutricional:

Talla/Edad: Peso/Edad

Diagnóstico:

1) Sexo del niño:

Hombre () Mujer ()

2) Edad del niño:

0 – 11 meses () 1 año – 1 años 11 meses () 2 años – 2 años 11 meses () 3 años –
3 años 11 meses () 4 años - 4 años 11 meses ()

3) Procedencia del niño:

Zona Urbana () Zona Rural ()

4) Peso que tuvo el niño al nacer?

Bajo peso () Normal () Sobre peso. ()

5) Qué tipo de enfermedad a presentado el niño?

EDA's () IRAS's () Ninguna ()

6) Presenta Anemia:

Leve () Moderada () Severa ()

SEGURIDAD ALIMENTARIA DEL NIÑO

7) Mayor consumo de alimentos del niño?

Fruta () Cereales () Carnes ()

Grasas () Vegetales ()

8) Cuantas veces come el niño al día?

3 veces () + de 3 veces ()

9) El niño come?

Solo () acompañado ()

10) Toma chispitaz: Si () No ()

11) Recibió Vitamina A: Si () No ()

12) Recibió Hierro: Si () No ()

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE (DURANTE EL EMBARAZO)

13) Edad de la madre?

12 a 15 a () 16 a 20 a () 21 a 25 a ()

26 a 30 a () más de 30 a ()

14) Ocupación de madre?

Madre: Ama de casa () Agricultor () Profesional ()

Artesano () Otro ()

15) Cuantos controles prenatales tubo la madre durante el embarazo?

Menos de 3 () 3 consultas o más ()

16) Estado Nutricional de la madre en el embarazo:

Bajo Peso () Peso Adecuado () Sobrepeso ()

17) Nivel educativo de la madre?

Primaria () Secundaria () Superior ()

18) Qué tipo de lactancia, tomo el niño?

Lactancia Materna Exclusiva () Mixta ()

ENCUESTADOR_____

Anexo 2. Cronograma

UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
CARRERA DE ENFERMERIA

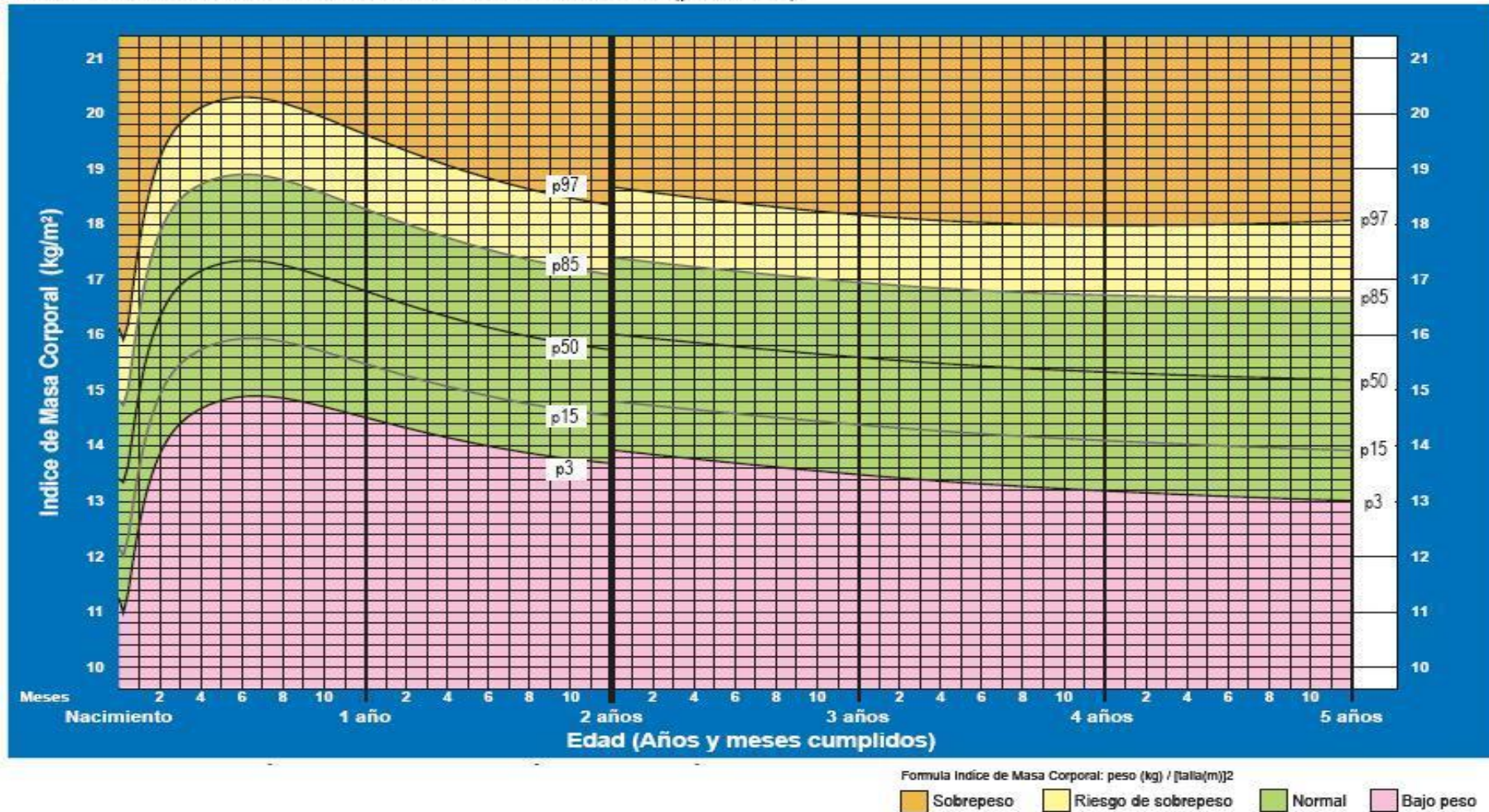
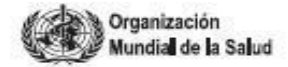
CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2014 - 2015					
	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X			
PRESENTACION DEL ANTEPROYECTO			X			
APROBACION DEL PROYECTO			X			
RECOLECCION DE INFORMACION Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS			X	X		
INTERPRETACION DE DATOS				X		
ANALISIS ESTADISTICO				X		
PRESENTACION DEL INFORME					X	
DEFENSA DE TESIS						X

Anexo 3. Índice de Masa Corporal - Niños

Índice de Masa Corporal - NIÑOS

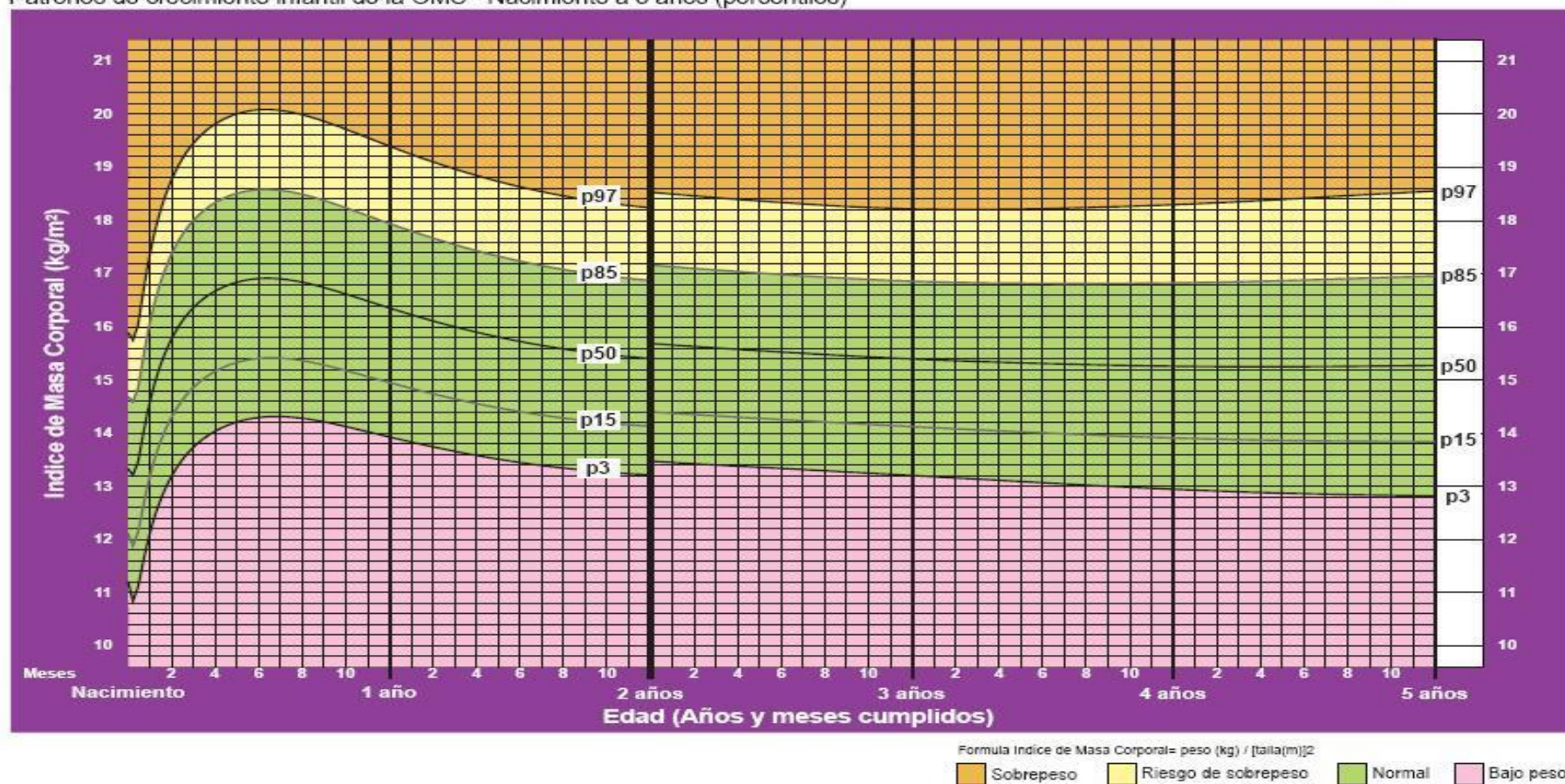
Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)



Anexo 4. Índice de Masa Corporal - Niñas

Índice de Masa Corporal - NIÑAS

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



Anexo 5. Plan de capacitación para niños con desnutrición

UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL DE QUEVEDO UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA CARRERA DE ENFERMERIA

Plan de capacitación para niños con desnutrición

Medidas para mejorar prevenir la desnutrición:

Justificación:

La desnutrición a nivel de país sigue siendo un problema de fácil prevención, pero depende de la organización de todos, madre, padre, personal de salud, comunidad y gobiernos locales, para tomar decisiones en demostrar y reiterar la importancia que tiene la lactancia materna en el niño recién nacido así como una alimentación complementaria adecuada.

Conocemos que la desnutrición está relacionada directamente con el bajo peso al nacer, la detención del crecimiento (desnutrición crónica), y la afectación a nivel de desarrollo cognitivo, la cual puede afectar para el resto de su vida.

En la actualidad sabemos, que prevenir es mejor que curar, por lo tanto debemos empezar desde el periodo de gestación de la madre, con la prevención de desnutrición gestacional y los dos primeros años de vida del niño.

La intervención educativa es, ha sido y seguirá siendo la mejor herramienta para prevención en todo ámbito de los problemas de salud y en especial los que son fácilmente prevenibles por medio de una alimentación adecuada.

La idea es que las madres sean partícipes de los programas de nutrición que el gobierno promueve, como las capacitaciones en nutrición y alimentación al niño menor de dos años, la importancia de la suplementación de los niños menores de cinco años, el control de la madre embarazada y el fomento de la lactancia materna exclusiva, como lo indica la Iniciativa del Hospital Amigo del niño/a y la madre.

Objetivo.

- Planificar y elaborar una guía educativa de alimentación y nutrición para las madres que tienen niños/as menores de cinco años que presentan desnutrición.

Factores a considerar.

Prevención.

- Aporte de vitaminas y minerales esenciales como hierro, ácido fólico a la madre embarazada.
- Entrega, seguimiento y control en el consumo adecuado de los micronutrientes como el hierro, vitamina A y chispitaz, dados a los niños menores de cinco años.
- Fomento de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.
- Enseñar, impulsar y fomentar una alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses, promoviendo el seguimiento de la lactancia hasta los dos años.
- Control de ganancia de peso y talla adecuado y detección de los niños con riesgo de desnutrición.

Cambios en la conducta.

- Prevención de embarazos en adolescentes
- Fomentar alimentación saludable
- Control, prevención y tratamiento de las diarreas.
- Tratamiento de la desnutrición
- Capacitación al personal

Sostenibilidad.

La propuesta será realizada a todas las madres que asisten al centro de salud 7 de Octubre.

Recursos.

- Humanos: Personal del centro de Salud, Madres de familia
- Materiales: dípticos, guías alimentarias.

Temas de acuerdo a la problemática encontrada:

- Lactancia materna

- Alimentación complementaria
- Nutrición niños menores de cinco años
- Importancia de alimentos ricos en hierro, vitamina A, ácido fólico, zinc

Anexo 6. Lactancia materna

El mejor regalo que mami me dió y papi apoyó...

La leche materna
Gracias a ella

BENEFICIOS Y MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA

BONDAD DEL AMAMANTAMIENTO

AL BEBÉ

Aumento de peso
Entre 30 y 50 gr/día

Disminuye las probabilidades de futuros males (diabetes, cáncer y enfermedades crónico-degenerativas)

Estimula el cerebro y el desarrollo del sistema inmunológico

MADRE Y BEBÉ

Favorece el apego. El niño crece más seguro y con mayor estabilidad emocional.

TRES MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA QUE MOTIVAN EL USO DE LECHE ARTIFICIAL

- Es doloroso y agrieta los pezones
- Al "dar pecho" el padre no participa en la crianza
- Los biberones son mejores porque indican la cantidad de leche que toma el bebé

Solo el **50%** de neonatos inician la lactancia en la 1ª hora de nacido

POR RAZONES MÉDICAS SOLO 2% de madres deberían usar fórmula

Mami es la Leche

Disponible a cualquier hora.

Nutrientes perfectos, vitaminas, minerales, proteínas.

Mayor seguridad emocional.

Protección contra bacterias y enfermedades.

Rápida recuperación post parto: al amamantar se estimula la hormona prolactina que ayuda a la involution del útero.

Favorece a la pérdida de peso.

Fácil digestión.

Beneficios de alimentar a tu bebé con leche materna

- Protección contra diarrea y problemas estomacales
- Protección contra infección del pecho y ubilancias
- Protección contra infecciones de oído
- Menos gases alorosos
- Riesgo menor de diabetes
- Mejor desarrollo mental
- Menos eczema
- Mejor formación de boca
- Huesos más fuertes
- Menor riesgo de cancer de mama prematuro

LACTANCIA MATERNA MEMORIA

Anexo 7. Alimentación complementaria 6- 11meses

6 - 8 meses	9 - 11 meses	A partir de 12 meses
Alimentos Aplastados	Alimentos Picados	Alimentos de la olla familiar

Alimentación Complementaria

Característica de la preparación que debe reunir la alimentación complementaria

EDAD EN MESES	CONSISTENCIA	DEFINICION
6 MESES	Aplastado	ES LA CONSISTENCIA SEMISOLIDA, ESPESA HOMOGENEA SIN GRUMOS
7 a 8 MESES	MACHACADO O TRITURADO	ES LA CONSISTENCIA QUE SE OBTIENE DE MACHACAR CON EL TENEDOR CON PRESENCIA PARTICULAS DE ALIMENTO SUAVES
9º A 11 MESES	PICADO	ES LA CONSISTENCIA QUE SE OBTIENE DE PICAR EN DADITOS PEQUEÑOS A LOS ALIMENTOS
12 a 24 MESES	NORMAL	ALIMENTOS DE COMO SE COCINAN DE LA OLLA FAMILIAR

Tabla de introducción de los alimentos (6 meses)

Agua
La leche materna sigue proporcionando agua, pero en caso de introducir alimentos se debe ofrecer siempre agua.

Zumos
La recomendación es ofrecer la fruta con textura, simplemente machacada con un tenedor, no licuada.

México las papilas con leche materna

Twitter: @BabymamaOficial | Babymama.weebly.com

EL HUEVO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Crema de garbanzos con verduras

Pure de Aguacate con trozos de pechuga de pavo

Pure de zanahoria con trozos pequeños de pavo

Crema Calabaza, Aceite, Pollo sin piel

Crema Zanahoria

Pure de Patatas

trocitos de Pollo Asado al horno con pure de patatas

Mezclas al final de los 6 meses	
Cereal	Leguminosa
Maíz	Frijol negro
Arroz	Habas
Maíz	Frijol blanco
Arroz	Garbanzos
Maíz	Frijol rojo



PURÉ DE BANANO		
CANTIDAD	INGREDIENTE	PREPARACIÓN
1 unidad	banano crudo o cocido	Machaque la yema de huevo duro y mezcle con el banano bien deshecho, hasta que quede el puré suave. De a la niña o niño. La puede hacer con plátano cocido en vez de banano.
1 unidad	yema de huevo	



Se debe introducir cereales ricos en hidratos de carbono.

Como cereal se puede usar la masa mezclada con leche materna.

Otro cereal es el arroz.



También se pueden incluir las leguminosas: *frijol *arvejas molidas y coladas



También se recomienda introducir la yema de huevo y pollo cocido.

Estos alimentos tienen cantidades de hierro importantes.

Además, son ricos en proteínas, grasas, vitaminas y minerales.

PURÉ DE FRIJOL CON MASA

CANTIDAD	INGREDIENTE
2 cucharadas	tríjoles molidos o colados
2 cucharadas	masa de maíz
1 cucharadita	aceite

PREPARACIÓN
Ponga juntos la masa de maíz y el aceite y cocine a fuego suave. Agregue los tríjoles colados con un poquito de caldo. Cocine por 10 minutos. Saque del fuego y revuelva con una cuchara, hasta que quede un puré suave. De a la niña o niño.



empezando la
alimentación
complementaria
de tu bebé

PURÉ DE ZANAHORIA

CANTIDAD	INGREDIENTE
1 unidad	zanahoria mediana cocida
3 cucharadas	masa de maíz
1 cucharadita	aceite

PREPARACIÓN
Ponga a freír la masa con el aceite y deje cocinar por un rato la mezcla. Aparte machaque bien la zanahoria cocida. Échela sobre la masa y revuelva, agregando un poquito del agua con que coció la zanahoria. Deje cocinar un ratito y saque del fuego. De a la niña o niño.



Anexo 8. Nutrición niños menores de cinco años

PIRÁMIDE guía de los alimentos para niños pequeños

Una guía diaria para los niños de 2 a 5 años de edad

¡Come una variedad de alimentos y disfrute!

EL DESAYUNO IDEAL PARA LOS NIÑOS

- ✗ Hidratos de carbono y fibra: pan, cereales, galletas, azúcar, miel, mermelada
- ✗ Lácteos: queso fresco, leche, yogures
- ✗ Aceite y grasas: mantequilla, margarina, aceite de oliva
- ✗ Fruta: zumo, batidos,
- ✗ Proteínas: huevo

Constructores (proteína)

2

Carne, pollo, huevo, pescado, atún, leche, yogur, queso.

ALIMENTOS PROTECTORES

(ANTIÓXIDANTES, VITAMINAS, MINERALES Y FIBRA DIETÉTICA)

VERDURAS

FRUTAS

ALIMENTOS ENERGETICOS

(AZÚCAR Y VIDA)

CEREALES

GRANOS INTEGRALES
QUINUA - KIWICHA - CAÑIGUA

TUBÉRCULOS

GRASAS "BUENAS"

Mantequilla Es Preferible SOLO 1 o 2 VECES A LA SEMANA

DIARIA

Lunes

Choclo con queso + Limonada + Mandarina

Martes

Yogurt + Refresco de manzana + Plátano de seda

Nombre: _____



Si comes más calorías, aumenta tu actividad física.

Granos	Vegetales	Frutas	Lácteos	Proteína
1 porción = 1 taza	3 porciones = 1 1/2 tazas	3 porciones = 1 1/2 tazas	2 porciones = 2 tazas	4 porciones = 4 onzas
Poner la mitad de granos integrales en tus porciones. Tratar mínimo de comer 3 1/2 onzas de granos integrales cada día. 1 taza = 1 taza de cereal 1 vaso de pan 1/2 taza de arroz blanco	Los vegetales son la fuente principal de la Vitamina A. Variar los vegetales y no olvidar los de hojas verdes y vegetales amarillos como la espinaca, brócoli y zanahoria.	Las frutas son la fuente principal de la Vitamina C. Una taza de frutas pueden tener bastante azúcar. Elegir el que tiene 100% de jugo de fruta. Comer variedad de fruta fresca.	La leche da calcio para los dientes y los huesos fuertes. Elegir la leche, yogur y queso bajo en grasa o libre de grasa.	Escoger carnes y pollo bajo en grasa o libre de grasa. Variar la proteína incorporando más pescado y legumbres. 1 onza = 1 cucharada de mantequilla de maní 1 huevo 1/2 taza de legumbres

Encuentra tu balance entre la comida y las actividades físicas. Haga actividades físicas por lo menos 60 minutos cada día o casi todos los días.

Limitar Grasas y Azúcar. Limitar alimentos con extra grasa y azúcar. Estos alimentos añaden más calorías pero no tienen otros nutrientes.

Miércoles

Papa con huevo + Refresco de naranja + Manzana

Jueves

Ensalada de frutas + Refresco de quinua + Agua

ESCOGE UNA OPCIÓN DE LO QUE PUEDES LLEVAR EN LA LONGHERA

- Un pan con mantequilla. - Refresco de quinua. - Un plátano. - Una botella de agua.	- Un yogurt con cereal. - Un paquete de galletas azules. - Una fruta.	- Una porción de fruta picada. - Un paquete de galleta azada. - Un vaso de piña.
- Una bebida láctea chocolatada. - Un pan con queso. - Una fruta.	- Una porción de uvas. - Un pan con mermelada. - Un vaso de jugo de mandarina.	- Una porción de queso. - Una botellita de agua. - Un vaso de jugo de naranja.
- Un vaso pequeño de yogurt. - Diez paquetes de galletas. - Una mandarina. - Una botella de agua.	- Un huevo sancochado. - Una tajada de queso. - Un vaso de jugo de naranja. - Una pera.	- Un pan con pollo. - Una tajada de queso. - Un vaso de jugo de naranja. - Una porción de uva.
- Una botella de limonada. - Planes con sangrecita. - Un plátano. - Un vaso de chicha morada. - Un pan con aceitunas. - Una mandarina.	- Una pera. - Un refresco de mandarina. - Un durazno. - Una botella con agua. - Una mandarina. - Un paquete de galletas. - Un vaso de cebada. - Una botella con agua.	- Una porción de plátano sancochado. - Jugo de granadilla. - Un pan con mantequilla. - Un paquete de galletas. - Una fruta. - Un vaso de jugo de naranja.

- Importancia de alimentos ricos en hierro, vitamina A, ácido fólico, zinc

¿Qué es la Anemia?

Es una enfermedad muy común que se le llama anemia y se caracteriza por la disminución de hemoglobina en los glóbulos rojos de la sangre.

Algunos signos y síntomas de anemia son:

- Concentración y sueño.
- Dificultad y palidez.
- Pérdida de peso.
- Falta de energía.
- Falta de concentración.
- Manos.
- Comer más rápido.
- Ansiedad.
- Manos y pies fríos.

Anemia

¿Quiénes tienen más riesgo de tener anemia?

- Bebes nacidos prematuros.
- Niños pequeños (especialmente entre 6 meses de edad y los dos años de edad).
- Embarazadas y mujeres que amamantan.
- Adultos mayores.

¿Qué causa la anemia?

- Consumo de alimentos pobres en hierro.
- Algunos tipos de dieta (como la vegetariana) que no tienen suficiente hierro.
- Enfermedades que afectan la absorción de hierro.
- Enfermedades que afectan la producción de glóbulos rojos.

EJEMPLOS DE COMIDAS:

Desayuno:

- 1 taza de leche
- 1 sándwich de queso y aguacate

Colación:

- 1 fruta
- 1 yogurt

Almuerzo:

- 1 sopa de verduras.
- 1 arroz con 1 trozo de pescado, ave o carne con 1 ensalada de lechuga con tomate.
- 1 fruta

Colación:

- 1 taza de leche
- 1 pan con mantequilla

Merienda:

- 1 ensalada de verduras con carne,
- pan
- fruta

HIERRO NO HEMO



ORIGEN VEGETAL
ABSORCION A TRAVES DE VITAMINA A, VITAMINA C Y BETACAROTENOS

Alimentos ricos en Hierro

(mg/100g de porción comestible)

CARNES Y DERIVADOS

Morcilla	14
Hígado	hasta 13
Pavo, filete gordo	5.3
Vaca	4.5
Lomo embuchado	3.7
Cerdo	2.5
Solomillo de ternera	hasta 2

VERDURAS

Espinacas	4
Acelgas	3.3
Endivia	2
Guisante fresco	1.9
Habas	1.7

LEGUMBRES

Soja en grano	9
Lentejas	7.3
Guisantes, judías	6.5
Guisantes cocidos	5.3

CEREALES

Añitos con avena tipo Cheerios	15.9
Cereales tipo All-bran	12
Copos de maíz tipo Corn Flakes	6.7
Pan integral	2.5
Resto bollería	4

FRUTOS SECOS

Pistachos	7.3
Pipas de girasol	6.6
Amandas	4.2
Avellanas	4
Uvas pasas	3.8
Nueces	2.8
Cereales ricos, como arroz, pimientos	2.3
Cacahuets, dátiles, olivos verdes	2

HIERRO HEMO



ORIGEN ANIMAL
ABSORCION DIRECTA

VARIOS

Yema de huevo	8
Patatas fritas	1.9



El hierro de origen animal se absorbe mejor. Sin embargo, el de origen vegetal se absorbe en poca cantidad. Para mejorar su absorción, combínalo con vitamina C, por ejemplo, en caso de zumo de naranja recién exprimido.



Fuentes de Vitamina A





ALIMENTOS QUE CONTIENEN ZINC

- LENTEJAS
- POLLO
- QUESO
- SARDINAS

El zinc resulta esencial para el crecimiento



Plan de alimentación para niñas y niños de 2 a 5 años			
Alimentos	Frecuencia	Hombres	Mujeres
Verduras	Diaria	2 platos crudas o cocidas	
Frutas	Diaria	3 unidades	
Lácteos bajos en grasa	Diaria	3 tazas	
Legumbres	2 veces por semana	1 plato chico	
Pescado	2 veces por semana	1 presa chica	
Pollo, pavo o carnes sin grasa	2 veces por semana	1 presa chica	
Huevos	2 a 3 veces por semana	½ a 1 unidad	
Cereales o pastas o papas (cocidas)	4 a 5 veces por semana	1 plato chico	
Pan	Diaria	1 unidades	½ unidad
Azúcar	Diaria	Poca cantidad Máximo 4 cucharaditas	
Aceite y otras grasas	Diaria	Poca cantidad	
Agua	Diaria	1,2 a 1,5 litros (5 a 6 vasos)	
Aporte calórico aproximado		1.400 kcal	1.250 kcal

...Recomendaciones

RESPECTO AL CONSUMO DE	SITUACIÓN ACTUAL	RECOMENDACIONES
Pescado	Escaso consumo de pescado.	Debe ser estimulado el consumo de pescado, y muy especialmente el llamado pescado azul (pescado graso), como la sardina, caballa, boquerón, etc.
Legumbres	Escaso consumo.	Debemos estimular el consumo de legumbres ricas en fibra dietética y que tienen, además, proteínas vegetales de buen valor biológico.
Frutas	Abuso de zumos de frutas, con frecuencia industriales. Escaso consumo de frutas enteras.	Se debe insistir para que los niños tomen fruta natural.

Conocer mas sobre los alimentos, nos ayudará a alimentarnos mejor.

APRENDAMOS A COMER MEJOR

RESPECTO AL CONSUMO DE	SITUACIÓN ACTUAL	RECOMENDACIONES
Dulces	Consumo excesivo de dulces, generalmente elaborados por la industria.	Deben tomarse con moderación.
Refrescos	Consumo elevado.	Cuando se toman a cualquier hora pueden provocar inapetencia. Debe ser una bebida ocasional.
Grasas	Consumo alto, en forma de quesos grasos, mantequilla y margarinas aromatizadas, generalmente utilizadas para desayuno y meriendas. Igualmente, grasas contenidas en pates, pastas para untar, pan tipo sandwich y bollos diversos.	La grasa es necesaria para el organismo puesto que aporta vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales, pero su consumo abusivo, en las formas señaladas, provoca rápidamente saciedad e impide el consumo de otros alimentos más necesarios para el crecimiento y la salud del niño. El abuso de grasa no es recomendable en la dieta, puesto que el porcentaje de calorías aportado por este nutriente no debe ser superior al 30% del total.



FECHA: 8 -1 – 2015

TEMA: IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

OBJETIVO: DAR A CONOCER A LAS MADRES LOS BENEFICIOS QUE APORTA AL BEBE LA LACTANCIA MATERNA

SUBTEMAS: MANERA ADECUADA DE ALIMENTARSE DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

POR CUANTO TIEMPO ES NECESARIO LA LACTANCIA MATERNA

INFORMAR POR QUE SE RECOMIENDA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: se realiza charla educativa a madres que acuden al centro de salud 7 de octubre, informando y educando sobre los beneficios de la lactancia materna tanto para él bebe como para las madres que están dando de lactar. Recomendaciones, consejos, beneficios hábitos alimenticios. Se entregó material instructivo.

Fotos de la actividad



GINA SANCLEMENTE CARBO



10 -5 -2015

TEMA: ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE 6MESES-8MESES DE 9 A 11MESES Y A PARTIR DEL AÑO

OBJETIVO: GUIAR A LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y NUTRICION DE LOS DIFERENTE GRUPOS DE EDADES.

SUBTEMAS: ALIMENTOS RECOMENDABLES DE ACUERDO AL GRUPO DE EDADES

CONSEJOS PARA LLEGAR A UNA BUENA COMUNICACIÓN Y FORMAS DE ESTIMULAR ESTA RELACION AFECTIVA ENTRE EL NIÑO PADRES Y CUIDADORES.

LA ADECUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (EN TÉRMINOS DE TIEMPO, SUFICIENCIA, SEGURIDAD Y ADAPTACIÓN)

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: se informa a las madres y usuarios del centro de salud. Sobre la manera adecuada de alimentación en los niños de acuerdo al grupo de edades. A qué edad se debe llevar a cabo la alimentación complementaria, se informa sobre las inquietudes de las participantes se reparte material educativo

FOTO DE LA ACTIVIDAD



GINA SANCLEMENTE CARBO



24-03-2015

TEMA: MICRONUTRIENTES DEL M.S.P.

OBJETIVO: INFORMAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS MICRONUTRIENTES DEL M.S.P.

SUBTEMAS: SUPLEMENTACION Y VENTAJAS DEL HIERRO (LIMERICHIS PLUS) SOBRES EN NIÑOS DE 6 MESES A 4 AÑOS 11 MESES 29 DIAS

VENTAJA Y SUPLEMENTO DE LA VIT. A EN NIÑOS DE 4-6 MESES, 6 MESES A 11 MESES DE 12 A 59 MESES.

IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES MEDICOS MENSUALES DEL NIÑO EN LOS PRIMEROS 5 AÑOS.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

Se informó sobre la importancia del consumo de micronutrientes en los niños

Menores de 5 años, y forma adecuada de la administración del hierro sobres (limerichis plus) y vit A, se realizó la consejería nutricional sobre la deficiencia del hierro y la vit a en los niños.

FOTOS DE LA ACTIVIDAD



GINA SANCLEMENTE CARBO.

TOMA DE PESO Y TALLA A LOS NIÑOS DEL CENTRO DE SALUD 7 DE OCTUBRE



REALIZANDO HEMOGLOBINAS



CAPACITANDO A USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD SIETE DE OCTUBRE

