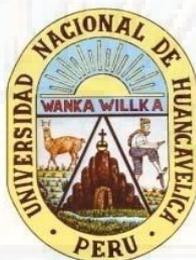


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE
36 MESES DE EDAD EN TIEMPOS DE COVID 19,
CONTROLADOS EN EL CENTRO DE SALUD
URIPA – CHINCHEROS**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
PREVENCION DE LA DESNUTRICION**

PRESENTADO POR:

Obsta. LOURDES MURILLO QUISPE

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

HUANCAVELICA – PERÚ
2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los nueve días del mes de diciembre a las 10:15 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

MURILLO QUISPE LOURDES

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares
Secretario : Dr. Leonardo LEYVA YATACO
Vocal : Dra. Lina Yubana CARDENAS PINEDA

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

“ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 36 MESES EN TIEMPOS DE COVID 19, CONTROLADOS EN EL CENTRO DE SALUD URIPA - CHINCHEROS”.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 336-2020-D-FCS-UNH, concluyendo a las 11:00 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 09 de diciembre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
PRESIDENTE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

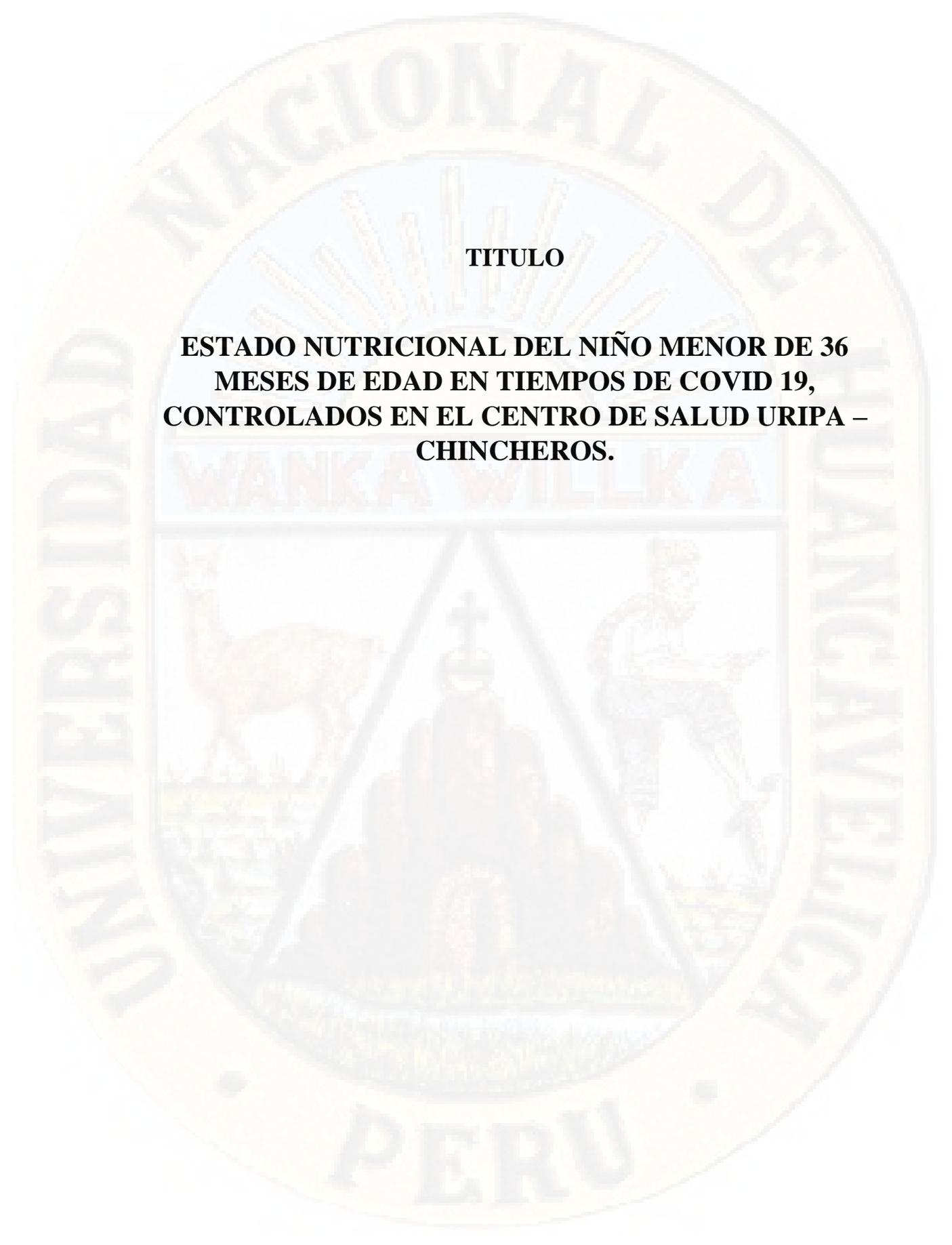
DR. LEONARDO LEYVA YATACO
DOCENTE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda
DOCENTE ASOCIADO
VOCAL

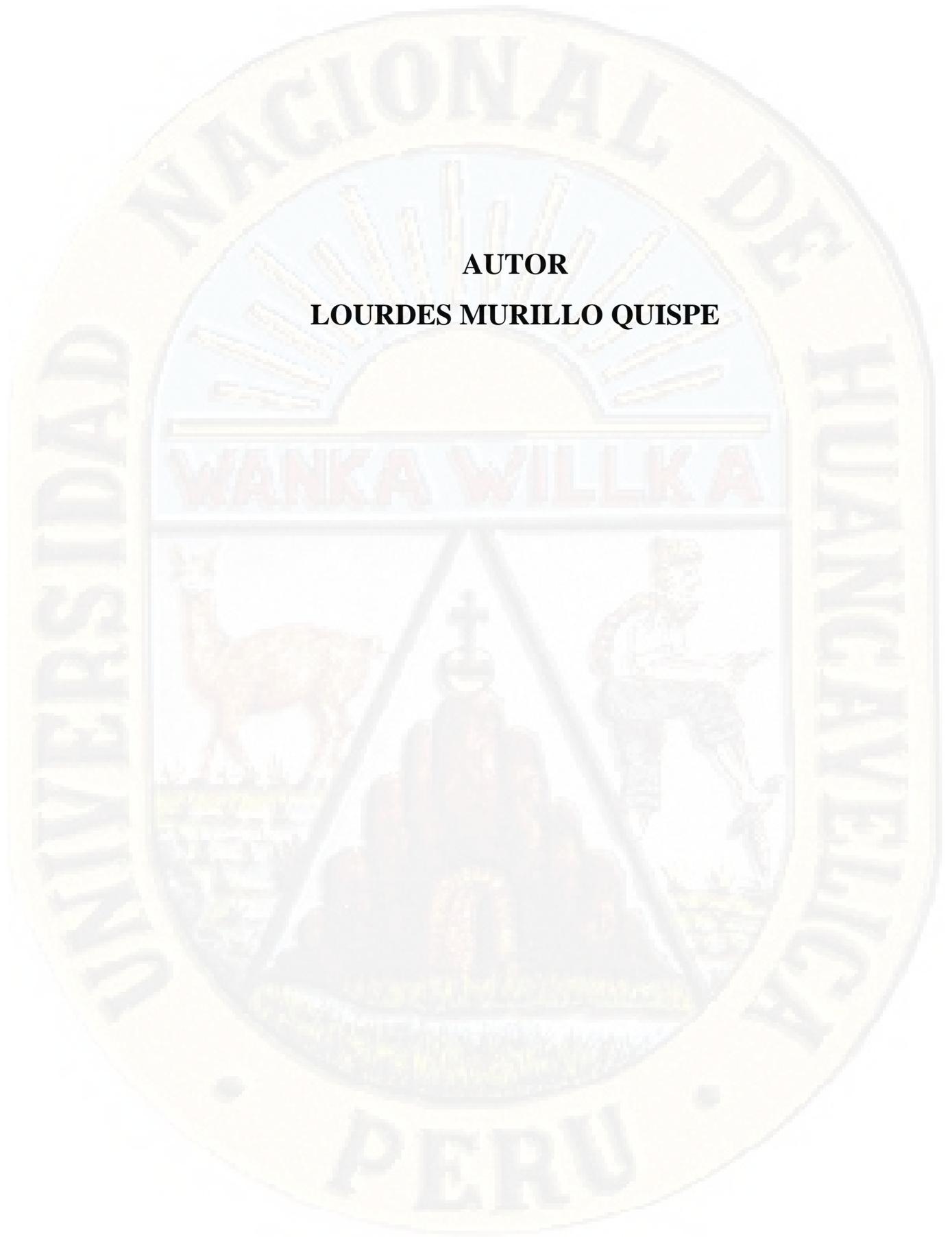


Mrs. Y. Niveste Laurente
SECRETARIA
C.O.P. N° 58759
VºBº SECRETARIA DOC.

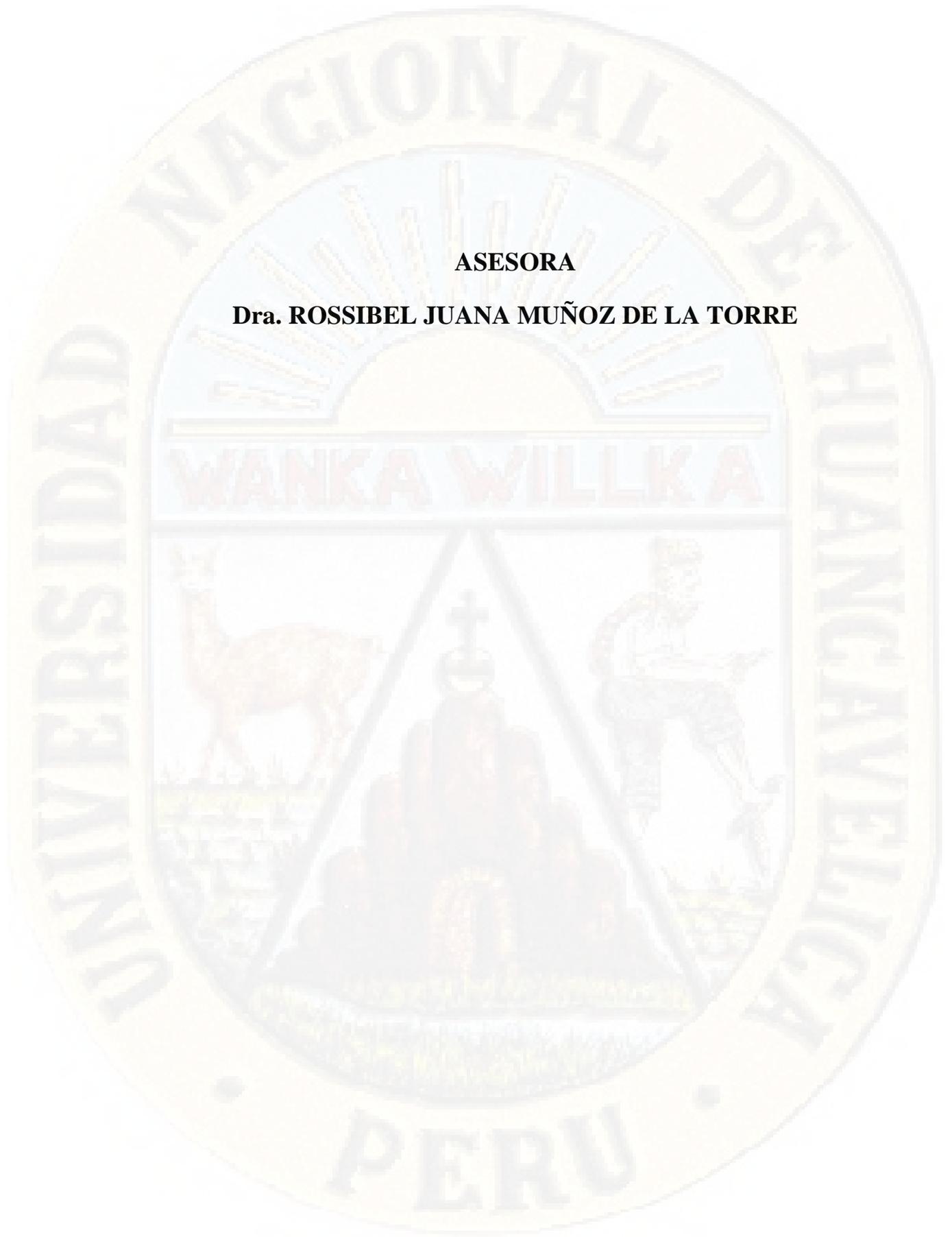


TITULO

**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 36
MESES DE EDAD EN TIEMPOS DE COVID 19,
CONTROLADOS EN EL CENTRO DE SALUD URIPA –
CHINCHEROS.**

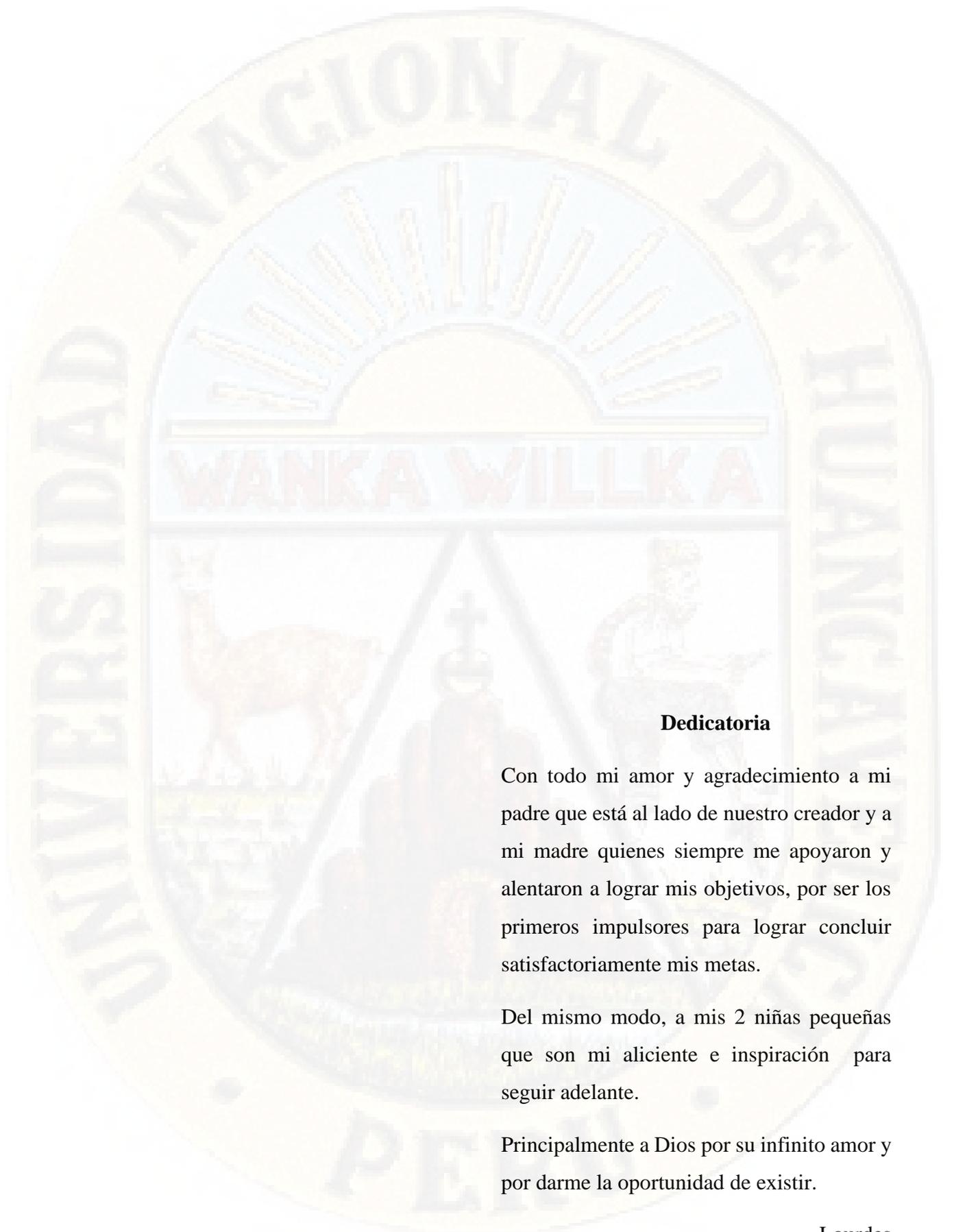


AUTOR
LOURDES MURILLO QUISPE



ASESORA

Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE



Dedicatoria

Con todo mi amor y agradecimiento a mi padre que está al lado de nuestro creador y a mi madre quienes siempre me apoyaron y alentaron a lograr mis objetivos, por ser los primeros impulsores para lograr concluir satisfactoriamente mis metas.

Del mismo modo, a mis 2 niñas pequeñas que son mi aliciente e inspiración para seguir adelante.

Principalmente a Dios por su infinito amor y por darme la oportunidad de existir.

Lourdes

Agradecimiento

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la salud, por brindarme la oportunidad de mejorar mis conocimientos y lograr esta especialidad en Salud Familiar y Comunitaria, lo que me permitirá trabajar más cerca a la realidad de la familia y comunidad

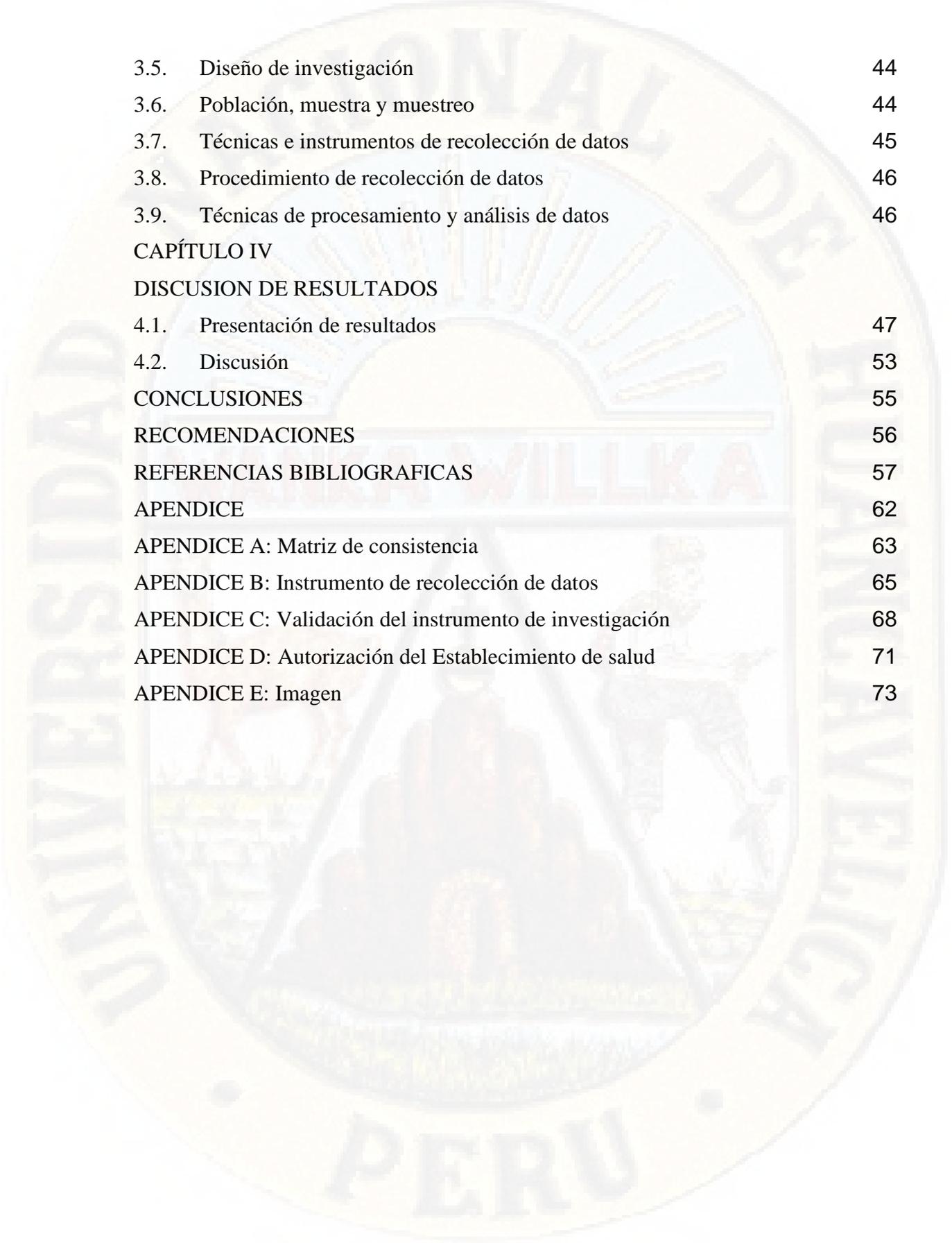
A nuestro creador por guiarme e iluminar mi camino día a día en mi vida.

A los directivos del Centro de Salud Uripa, por su colaboración y permitirme la elaboración y culminación de esta investigación

La autora

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Tabla de contenido	viii
Tabla de contenido de cuadros	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema	15
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema general	17
1.2.2. Problemas específicos	18
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. Justificación e importancia	18
1.5. Limitaciones	20
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	21
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definición de términos	40
2.4. Identificación de variables	41
2.5. Operacionalización de variables	41
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y METODOS	
3.1. Ámbito de estudio	43
3.2. Tipo de investigación	43
3.3. Nivel de investigación	44
3.4. Métodos de investigación	44



3.5.	Diseño de investigación	44	
3.6.	Población, muestra y muestreo	44	
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45	
3.8.	Procedimiento de recolección de datos	46	
3.9.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	46	
CAPÍTULO IV			
DISCUSION DE RESULTADOS			
4.1.	Presentación de resultados	47	
4.2.	Discusión	53	
CONCLUSIONES			55
RECOMENDACIONES			56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS			57
APENDICE			62
APENDICE A: Matriz de consistencia			63
APENDICE B: Instrumento de recolección de datos			65
APENDICE C: Validación del instrumento de investigación			68
APENDICE D: Autorización del Establecimiento de salud			71
APENDICE E: Imagen			73

TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS

	Pg.
Cuadro N°1 Edad del niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa, 2020.	47
Cuadro N°2 Procedencia y programa social que pertenece el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.	48
Cuadro N°3 Peso para la talla en el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.	49
Cuadro N°4 Talla para la edad en el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020	50
Cuadro N°5 Peso para la edad en el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.	51
Cuadro N°6 Nivel de hemoglobina en el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020	52

RESUMEN

Objetivo: Determinar el estado nutricional del niño menor de 36 meses en tiempos de covid 19, controlados en el Centro de Salud Uripa.

Métodos y materiales: Se utilizó un tipo de investigación observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal; el nivel y diseño de investigación fue descriptivo con una muestra de 90 niños quienes cumplieron los criterios de selección a quienes se les controló el peso, talla además del nivel de hemoglobina a través de la ficha de recolección de datos en tiempos de pandemia y cumplir con los criterios de elección.

Resultados: Las características sociodemográficas del niño menor de 36 meses, son edad de 15 meses, procedencia urbana el 84.4%, programa social en cuna más el 28.9% y JUNTOS el 15.6%; entre las características antropométricas se halló el peso/talla el 98.9%, talla/edad en riesgo a talla baja el 36.7%, peso/edad normal el 98.9%, hemoglobina anemia leve 44.4% y moderada el 4.4%.

Conclusiones: El estado nutricional del niño menor de 36 meses corresponde al riesgo de talla baja para la edad y anemia leve.

Palabras clave: estado nutricional, anemia infantil, antropometría.

ABSTRACT

Objective: To determine the nutritional status of children under 36 months of age in times of covid 19, controlled at the Uripa Health Center.

Methods and materials: An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional type of research was used; The level and design of the research was descriptive with a sample of 90 children who met the selection criteria who were controlled for weight, height, as well as hemoglobin level.

Results: The sociodemographic characteristics of the child under 36 months, are age 15 months, urban origin 84.4%, social program in crib plus 28.9% and JUNTOS 15.6%; Among the anthropometric characteristics, weight / height was found in 98.9%, height / age at risk of short height in 36.7%, normal weight / age in 98.9%, mild anemia hemoglobin 44.4% and moderate anemia in 4.4%.

Conclusions: The nutritional status of children under 36 months corresponds to the risk of short stature for age and mild anemia.

Key words: nutritional status, childhood anemia, anthropometry.

INTRODUCCIÓN

Más de un millón de niños nacen con bajo peso, seis millones presentan déficit de peso a nivel mundial; en América latina el 25% presentan deficiencias nutricionales (2) cuyo factor causal es la baja ingesta de nutrientes que no cubren necesidades.

El crecimiento y la maduración del niño, a través del diagnóstico del estado nutricional son determinantes para valorar su pronóstico (5); a ello aunado la enfermedad del covid se va devastando el sistema de salud aumentando la tasa de desnutrición infantil por su impacto en la pobreza, acceso al servicio para control de crecimiento y en la discontinuidad de las vacunas (6,7).

La anemia infantil en el Perú, es un problema de salud severo (8) que afectó al 43.6% en los menores de 36 meses con una proporción de 14.4% de niños con desnutrición crónica en la zona urbana menor que la rural (9); aunado a ello la llegada del covid compromete la salud en especial de los niños que por vulnerabilidad a la desnutrición podría ser de cronicidad (11).

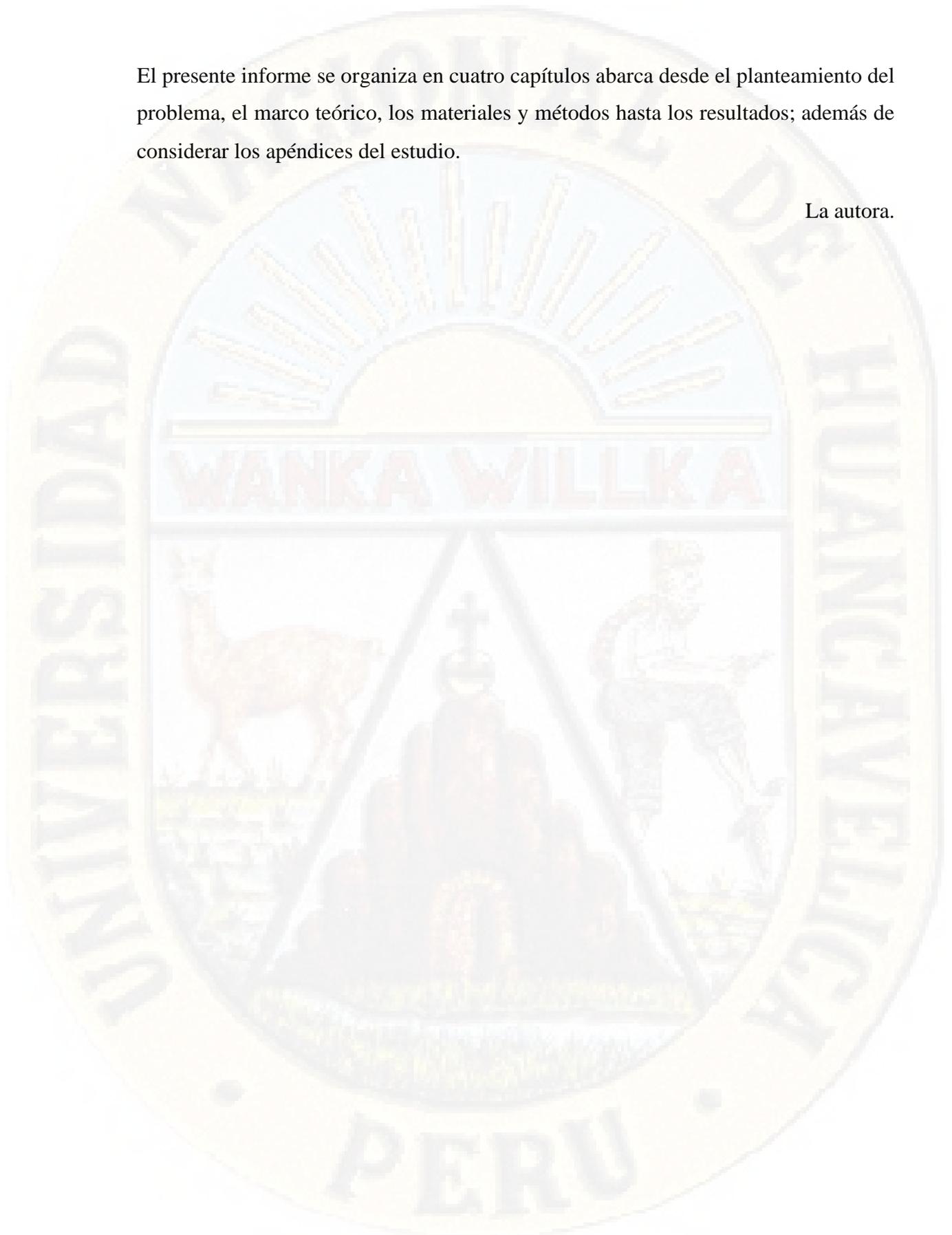
En Apurímac, diversos estudios demuestran que los niños entre 6 y 23 meses tienen un deficiente consumo de hierro, zinc, calcio y el 90% no alcanza a alimentarse con estos nutrientes, la misma que podría tener repercusión negativa en el Departamento y país (13) registrándose el 54.2% de anemia infantil (14).

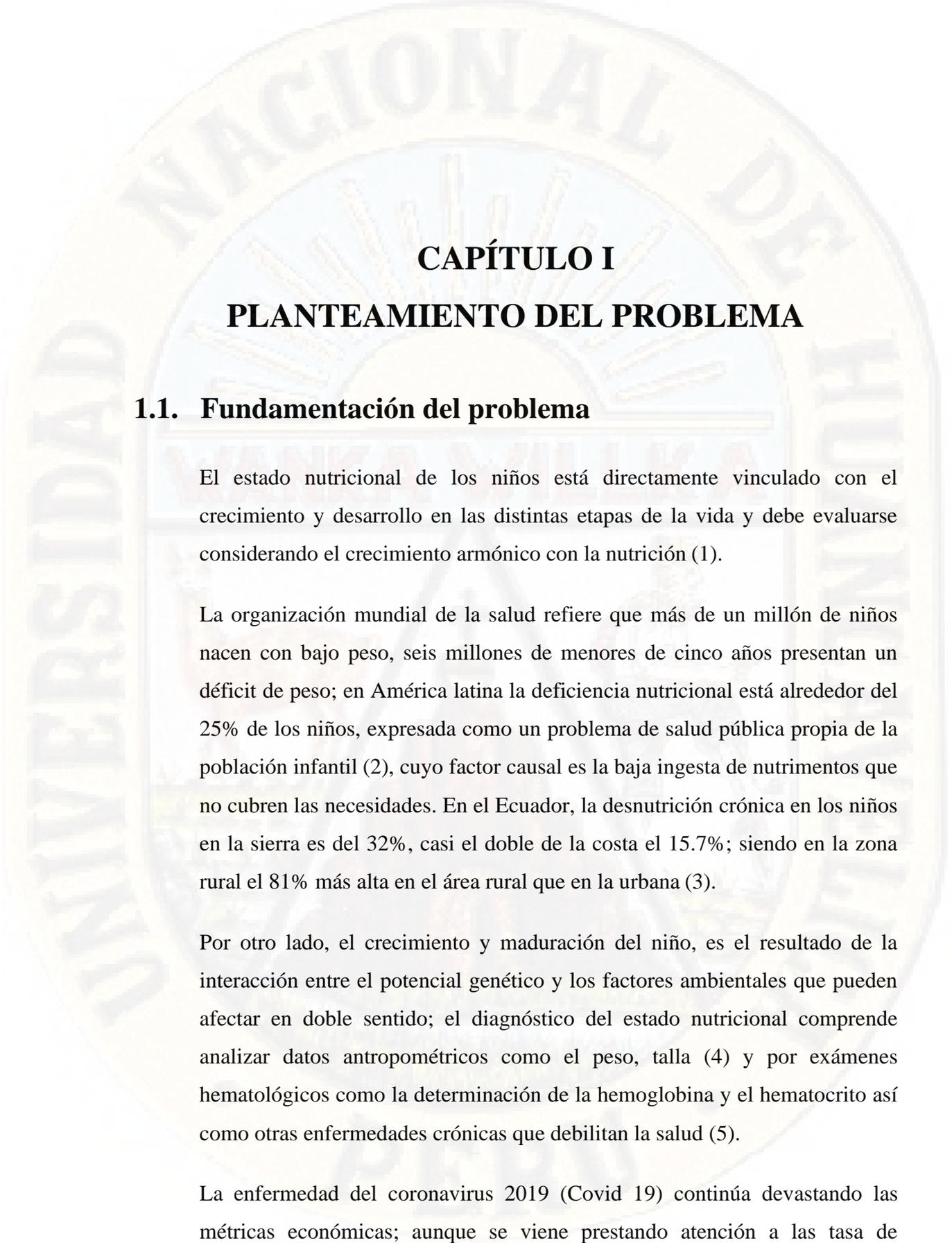
La emergencia sanitaria impuesta por la pandemia pone en riesgo el cuidado nutricional alimentaria del menor de 3 años sin haber eliminado la desnutrición infantil, el sobrepeso y la obesidad; posiblemente generando una crisis sanitaria con efectos en el aumento de la desnutrición y no necesariamente en la reducción de la desnutrición (12).

El Centro de Uripa, no es ajena a esta problemática, toda vez que la experiencia clínica enfatiza que los niños están en riesgo de desnutrición y anemia; con el objetivo de determinar el estado nutricional del niño menor de 36 meses.

El presente informe se organiza en cuatro capítulos abarca desde el planteamiento del problema, el marco teórico, los materiales y métodos hasta los resultados; además de considerar los apéndices del estudio.

La autora.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

El estado nutricional de los niños está directamente vinculado con el crecimiento y desarrollo en las distintas etapas de la vida y debe evaluarse considerando el crecimiento armónico con la nutrición (1).

La organización mundial de la salud refiere que más de un millón de niños nacen con bajo peso, seis millones de menores de cinco años presentan un déficit de peso; en América latina la deficiencia nutricional está alrededor del 25% de los niños, expresada como un problema de salud pública propia de la población infantil (2), cuyo factor causal es la baja ingesta de nutrimentos que no cubren las necesidades. En el Ecuador, la desnutrición crónica en los niños en la sierra es del 32%, casi el doble de la costa el 15.7%; siendo en la zona rural el 81% más alta en el área rural que en la urbana (3).

Por otro lado, el crecimiento y maduración del niño, es el resultado de la interacción entre el potencial genético y los factores ambientales que pueden afectar en doble sentido; el diagnóstico del estado nutricional comprende analizar datos antropométricos como el peso, talla (4) y por exámenes hematológicos como la determinación de la hemoglobina y el hematocrito así como otras enfermedades crónicas que debilitan la salud (5).

La enfermedad del coronavirus 2019 (Covid 19) continúa devastando las métricas económicas; aunque se viene prestando atención a las tasa de

emaciación, es probable que aumenten la tasa de desnutrición infantil a consecuencia del covid 19 por su impacto en la pobreza y el acceso a la alimentación nutritiva apropiada (6).

Los trastornos nutricionales son frecuentes en la edad pediátrica, estos incluyen las carencias, exceso o desequilibrio en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes abarcando la desnutrición, sobrepeso y obesidad (7). Así mismo, la deficiencia de hierro, es el problema nutricional más frecuente en menores de 3 años.

Cuando el niño nace cuenta con los nutrientes suficientes que han tomado de su madre, pero 6 meses después requieren de la administración de micronutrientes a través de los alimentos nutritivos; porque experimenta un acelerado crecimiento durante los primeros tres años de vida, sobre todo por su vulnerabilidad a la anemia ferropénica.

La anemia infantil en el Perú es un problema de salud pública severo (8), que afectó en el 2017 al 43.6% de los niños de 6 a 36 meses, con prevalencia en los niños de 6 a 18 meses, con una proporción del 14.4% de desnutrición crónica ; en las áreas urbanas es menor que en la rural (9.2% vs 27.7%); esta problemática es preocupante en todos los ámbitos y niveles de salud, puesto que las repercusiones en el desarrollo del infante son negativas (9), siendo la más común la anemia ferropénica. El problema afecta más a la población sureste particularmente en los residentes de comunidades indígenas y áreas rurales (10).

La organización panamericana de la salud, advirtió que los casos de anemia y obesidad infantil aumentan debido a la malnutrición, problema desafiante para el Perú, debido a los altos costos que demandan las enfermedades no transmisibles (11); aunado a ello, a partir del mes de marzo del presente año la salud de los peruanos se ve comprometida con el Covid 19, profundizando las dificultades y el debilitamiento de la economía provocando una mala alimentación y por ende la malnutrición. La crisis sanitaria se sobrepone a

condiciones socioeconómicas persistiendo la pobreza, desigualdad, carencia alimentaria y malnutrición (12).

En Apurímac, en los últimos tres años, estudios diversos demostraron que los niños entre 6 y 23 meses tienen un consumo disminuido de hierro, Zinc, calcio; el 90% no alcanza a alimentarse con estos nutrientes. Sin embargo, debido a la pandemia, la alimentación tuvo un impacto negativo empobreciendo los hogares y por ende la adquisición de alimentos nutritivos; la misma que podría tener una repercusión negativa en el Departamento y país (13). Así mismo, se registró el 54.2% de anemia infantil en esta ciudad (14).

Actualmente la emergencia sanitaria impuesta por la pandemia que viene azotando al país, aún con medidas de mitigación las familias en pobreza extrema aumentan, es probable que las personas en inseguridad alimentaria hayan superado poniendo en riesgo también el cuidado nutricional del menor de 3 años; sin haber eliminado la desnutrición infantil, el sobrepeso y la obesidad han crecido de manera acelerada en zonas rurales; por tanto esta crisis sanitaria posiblemente tenga un efecto en el aumento de la desnutrición y no necesariamente en la reducción del sobrepeso (12).

El Centro de salud Uripa, no es ajena a toda la problemática planteada, toda vez que la experiencia clínica enfatiza que los niños están en riesgo de desnutrición y anemia como problemas frecuentes en los menores de tres años; los resultados del presente estudio permitirán establecer estrategias para una alimentación saludable y prevenir las complicaciones en el desarrollo cognitivo de los niños, además de servir de base para otras investigaciones.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el estado nutricional del niño menor de 36 meses en tiempos de Covid 19, controlados en el Centro de Salud Uripa?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020?
- ¿Cuáles son las medidas antropométricas según sexo en el menor de 36 meses en tiempos de Covid, controlados en el Centro de Salud Uripa?
- ¿Cuál es el nivel de hemoglobina en tiempos de covid del niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de salud Uripa?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el estado nutricional del niño menor de 36 meses en tiempos de Covid 19, controlados en el Centro de Salud Uripa.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas del niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de salud Uripa – Chincheros 2020
- Evaluar las medidas antropométricas según sexo en el menor de 36 meses en tiempos de Covid, controlados en el Centro de Salud Uripa – Chincheros.
- Identificar el nivel de hemoglobina en tiempos de Covid 19 del niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa – Chincheros.

1.4. Justificación e importancia

A nivel nacional, el 50.5% de las niñas y niños menores de 3 años, cuentan con un Seguro integral de salud, el 25.7% aun no tienen ningún tipo de seguro y el 23.7% son asegurados por ESSALUD (15).

Según la Organización mundial de la salud, la prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 5 años ha disminuido el 28.5%; en la Sierra rural se halla el 36.4%, la misma que es un porcentaje 2.1 veces mayor a la encontrada en la Sierra urbana. Por otro lado, entre los Departamentos con mayor prevalencia se encuentra Apurímac, Ayacucho, Huancavelica. Además, que el estado nutricional del menor de cinco años se ve comprometida según quintiles de pobreza aunado a la pandemia, posiblemente agravando la situación de desnutrición, pero sin disminuir la obesidad en el infante.

Así mismo, la anemia infantil por déficit de hierro, es otra determinante para el desarrollo cognitivo durante los primeros años de vida, constituyendo un problema severo en la salud pública del país, siendo 4 de cada diez niños con anemia y la situación en población menor de dos años aún es más grave dado a que más de la mitad de ellos (56.3%) padecen de anemia (16), el 27.8% presenta anemia leve, el 15.5% anemia moderada y el 0.4% anemia grave (14).

Los niños con comorbilidades subyacentes como la desnutrición, obesidad/sobrepeso son sorprendentes en poblaciones vulnerables a enfermedades graves y muertes por covid 19; además, las condiciones económicas inseguras, vacunación retrasada y el acceso limitado a los servicios de salud para atención médica agravan las condiciones de salud del menor de 36 meses.

El distrito de Uripa, no es ajena a toda esta problemática; puesto que en los últimos años en la atención clínica se aprecia niños con anemia y riesgo de desnutrición; sin embargo aquejados por la pandemia del Covid 19, la emergencia sanitaria nos condiciona a problemas económicos que no cubren la canasta familiar poniendo en riesgo alimenticio (17).

Los resultados permitirán proponer estrategias de intervención sanitaria a través de la inmunización, suplementación con micronutrientes además de prevención de enfermedades prevalentes de la infancia (EDA e IRA), puesto

que será una lucha constante con las desventajas socioeconómicas en la ciudad de Uripa.

1.5. Limitaciones

La presente investigación fue factible de realizar porque la pandemia en la zona era escasa y con las medidas preventivas se pudo brindar la atención a los niños menores de 3 años.

Por otro lado, la investigación tiene validez interna cuyos resultados son de relevancia clínica para el Centro de Salud Uripa, careciendo de validez externa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Cedeño (18), en su estudio estado nutricional y su relación con el desarrollo psicomotriz en niños de 0 – 3 años. El objetivo fue conocer el estado nutricional, determinar sus factores y evaluar el desarrollo psicomotriz, 2020. Los materiales y métodos fue un estudio descriptivo, retrospectivo observacional de corte transversal en niños de 0 a 3 años de la parroquia Julcuy siendo un total de 50 niños de ambos géneros tomando en cuenta su peso y talla según estándares. Los resultados fueron el 64% un estado nutricional normal, 34% desnutrición, el 20% presentaron dificultades en el desarrollo psicomotriz; los niños que padecían de desnutrición presentaron un desarrollo de psicomotriz no adecuado para la edad.

León y Berro (19), en su estudio estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo, Ecuador 2009; objetivo de evaluar el estado nutricional de un grupo menor de 5 años atendidos en un consultorio de la ciudad de Babahoyo, provincia Los Ríos; Metodología, el universo conformado 140 niños atendidos en enero a diciembre de 2007, donde se evaluaron los indicadores antropométricos como el peso y talla; además de los índices Z del peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad e índice de masa corporal calculados a través del programa Anthro 2005. Los resultados, de 140 niños menores de 5 años, cuyo 56.4% procedían del área rural; el 77.1% del total recibió lactancia materna y el 97.1% tenía cumplido el esquema de

vacunación para su edad; según la escolaridad de la madre se observó que el 39.3% tenían un nivel primario y el 27.1% analfabetas. El peso y la estatura promedios fueron 9.87 Kg y 75.7cm respectivamente; el peso para la talla fue el 7.9% con algún grado de desnutrición; peso para la edad el 5.7% fueron desnutridos y el IMC se encontró en un 8.6% desnutridos, el 16.4% sobrepeso y el 5% obesidad; la talla para la edad fue normal en el 67.9%, con retraso de crecimiento en un 12.1%, el 67.9% el rango normal para su edad. En una evaluación integral de los tres indicadores, los niños estudiados el 65.7% es normal y con alimentación adecuada, el 2.1% desnutrición aguda y el 10.7% desnutrición crónica y el 21.4% con desnutrición actual.

Buitrón (20), en su estudio sobre estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonía ecuatoriana; el objetivo fue evaluar el estado nutricional de los niños indígenas naporunas menores de 5 años de la región Amazonía del Ecuador e identificar los factores de riesgo de desnutrición que afectan a esta población. Los métodos y materiales del estudio fue transversal en la provincia de Orellana, al nordeste de Ecuador, donde se realizaron entrevistas en 30 comunidades al azar hasta completar una muestra de 265 niños donde se aplicó un cuestionario en madres de los niños menores de cinco años; sí mismo, se aplicó un examen clínico a cada niño. Resultados, se entrevistó a 189 madres de 347 niños menores de cinco años, se trabajó con el 88.5%; se observó una desnutrición crónica en el 22.8%, la desnutrición crónica fue del 7.5%, bajo peso grave de 4.9%, y aguda grave en el 1.6%; en total el 1.6% presentaron desnutrición crónica y aguda. Los factores determinantes de la desnutrición crónica fueron vivir en una comunidad sin acceso a la carretera, los niños por familia eran mayor a 7 y la presencia de infecciones respiratorias agudas y de distensión abdominal el día del examen. En conclusión, la prevalencia de desnutrición crónica y aguda y el bajo peso son más elevadas que en poblaciones amazónicas.

Ravasco et al (21). Métodos para la valoración del estado nutricional; el objetivo fue Conocer los métodos para la valoración del estado nutricional. Los

materiales y métodos, fue un estudio de revisión bibliográfica para a identificación del diagnóstico nutricional de un individuo mediante la aplicación de métodos cuantitativos y cualitativos en sus diferentes grados de severidad. La revisión consistió en visitar paginas relevantes como Lilacs, Medline, PubMed entre otros. Los resultados fueron, para aplicar los métodos de valoración se requieren los datos como peso, talla, índice de grasa, índice de masa muscular, medición de la circunferencia brazo, tórax, muslo y pliegues cutáneos, parámetros bioquímicos además de otros indicadores clínicos. En conclusión, abordar la valoración nutricional es considerar los indicadores cualitativos y cuantitativos.

Oyhenart (22) en su estudio, estado nutricional y composición corporal de niños pobres residentes en barrios periféricos de La plata, Argentina 2004. El objetivo fue evaluar el estado nutricional y la composición corporal, como indicadores de calidad de vida, en niños pobres que concurren a comedores populares de La Plata, Argentina. Los materiales y métodos utilizados fueron un estudio transversal con 608 niños (as) de 1 a 11 años de edad que asisten al comedor popular ubicado de la periferia de La plata, Argentina, la muestra fue estratificada en según edad y sexo; se determinó talla para la edad, peso para la edad y el peso para la edad; así mismo el IMC, los datos fueron calculados con el Odds ratio y el IC 95%. Los resultados fueron, la prevalencia de bajo peso para la edad es de 9%, peso bajo para la talla 3% y talla baja para la edad de 15%; la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 12.5% y 7.1% respectivamente; el 47.2% presentó un déficit IMC y el 20.4% deficiente masa adiposa. En conclusión, en las comunidades infantiles prevalecen de la desnutrición y el sobrepeso; la prevalencia de retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) y desnutrición global (peso bajo para la edad) y el grave descenso de la masa muscular aun en niños con sobrepeso y obesidad son consecuencias de la vida adaptativa que llevan.

Illa y Herwing (23) en evaluación del estado nutricional de la población menor de cinco años, asistida a través del Ministerio de salud pública, Nicaragua; el

objetivo fue cuantificar los problemas nutricionales existentes en niños menores de 5 años a través de indicadores antropométricos; los materiales y método fueron aplicar una encuesta a niños menores de cinco años, asistidos a través de los servicios de salud donde determino el número de niños requeridos según criterio basado en la estimación de una proporción, la muestra se estratificó por áreas inferior y Montevideo y por departamentos, estudiando a 7353 niños de 0 a 5 años. Los resultados indican que la tasa de mortalidad en los menores de 5 años fue del 15.6 por mil nacidos vivos; el 48.5% estuvieron constituidos por menores de un año; el 88.4% de los niños tiene una cobertura de salud; los retrasos de crecimiento constituyen el tipo de desnutrición frecuente observado en la población asistida por el sistema de salud pública. En conclusión, la desnutrición es la causa del retraso de crecimiento, la desnutrición comienza tempranamente (dos meses).

Nacional

Quispe (24), en su estudio sobre la maternidad en soltería y estado nutricional en menores de 2 años. Comunidad Pokras – Ayacucho, 2016. El objetivo fue determinar la relación entre la maternidad en soltería y el estado nutricional en menores de 2 años de la comunidad de Pokras. Los materiales y métodos, fue una investigación aplicada, correlacional y transversal sobre 62 madres de niños menores de 2 años a quienes se les aplicó una evaluación psicométrica y antropométrica, el análisis fue aplicando la tau “b” de Kendall. Los resultados, el 67.8% de madres casadas con predominio de niños en estado nutricional normal talla/edad; el 32.2% es soltero, el 12.9% de niños con talla baja. En conclusión, la maternidad en soltería se relaciona con estado nutricional.

Gonzales y Guerra (25), en su estudio estado nutricional en niños escolares, valoración clínica, antropométrica y alimentaria, 2010; Objetivo, determinar el estado nutricional en niños escolares de tercero y sexto grado de las escuelas primarias del área de salud V del municipio de Cienfuegos; Metodología, fue un estudio de casos realizado en 445 escolares pertenecientes a 4 escuelas primarias; se aplicó una encuesta para evaluar la frecuencia de alimentos

seleccionados. Resultados, en cuanto al peso/talla según sexo el 77% fueron normo pesos, los niños con sobrepeso y obesidad fue mayor en el sexo masculino del 9% y 8.2% en el sexo femenino; y los desnutridos fue del sexo femenino el 5.9%; en cuanto a la talla para la edad el 78.8% fueron adecuados para la edad; el 2.2% fueron niños con talla baja; respecto al peso/edad según sexo el 71.5% fueron niños normo peso, el 24.7% se encontraban por encima del peso ideal (sobrepeso y obesos) con predominio en el sexo masculino; los antecedentes patológicos personales relacionados al estado nutricional, como la prevalencia de asma en el 17.5%, los alimentos más consumidos fueron los cereales el 96.6%, frutas cítricas el 98.4%, grasas vegetales 96.1% y los azúcares el 82%; el 100% consumió carnes rojas y blancas al igual que las procesadas, el 96.6% consumió huevos cuatro veces a la semana.

Gómez (26), en su estudio sobre los factores asociados al estado nutricional en niños menores de 5 años del Centro de Salud El Obrero. Sullana. setiembre - diciembre 2015; el objetivo es determinar los factores asociados al estado nutricional en niños menores de 5 años del Centro de Salud El Obrero, Sullana. Material y métodos, el estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, cuya técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario aplicado a las madres de los niños; los resultados, el estado nutricional fue normal en el 56.4%, desnutrición leve el 25.5% y sobrepeso el 18.2%, recibió lactancia materna el 45.1%, presentan enfermedades digestivas el 46.3% y enfermedades respiratorias el 20.7%; los factores socioculturales de las madres fue secundaria incompleta el 26.8% y conocen de prácticas saludables de la alimentación el 52.4%; en conclusión, el estado nutricional de los niños en su mayoría es normal y guardaron significancia la lactancia materna y el conocimiento saludable en la alimentación.

Angulo (27), en su estudio sobre evaluación nutricional en menores de 5 años que acuden al área de control de niño sano, en el Hospital II, san Martín, 2011. Objetivo, fue determinar el estado nutricional de los menores de cinco años. Metodología, fue un estudio observacional, prospectivo, cuya población fue de 575 niños menores de 5 años, con una muestra de 234 niños con un diseño

descriptivo simple a quienes se les evaluó el peso y talla de acuerdo a las normas de crecimiento y desarrollo del niño, posteriormente comparando con los parámetros establecidos en la Guía del ministerio de salud. Resultados, el 70% de los niños tiene un estado nutricional normal, 24% obeso y el 4% desnutrición; siendo mayor la obesidad en mujeres que en varones; en relación a la talla/edad es normal en el 51%, desnutrición crónica el 16%. En conclusión, el 28% de los niños menores de cinco años tienen problemas de malnutrición y el 16% tiene la talla baja para la edad.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Estado nutricional

Es un síndrome conocido desde hace muchos años que proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo (28).

La desnutrición por carencia de proteínas es una enfermedad multisistémica, prevenible y reversible que afecta a los órganos y sistemas del ser humano; se produce por una disminución drástica, aguda o crónica en la disponibilidad de nutrientes (3).

La organización mundial de la salud (OMS), define como el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y la energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas (3).

2.2.1.1. Etiología de la desnutrición

Primaria, cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrientes.

Secundaria, Se refiere a una ingestión o absorción inadecuada de una enfermedad subyacente, así como por ejemplo diarreas o infecciones respiratorias.

2.2.1.2. Métodos de evaluación del estado nutricional

- **Evaluación objetiva;** corresponde en usuarios desnutridos, en riesgo de desnutrición o para corregir desordenes alimentarios que conlleven a la malnutrición (21).
- **Evaluación global subjetiva,** cuando la enfermedad motiva la hospitalización, es decir, los parámetros de peso corporal, ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales; a través de este método se identifica pacientes con riesgo y desnutrición con una sensibilidad del 96% al 98% y una especificidad del 82% al 83%; no aplicable en pacientes con sobrepeso u obesidad (21).

2.2.1.3. Clasificación cualitativa de la desnutrición

- **Marasmo o desnutrición calórica,** es la desnutrición crónica por déficit o pérdida prolongada de energía y nutrientes (3).

Existe disminución de peso o pérdida de tejido adiposo, en menor cuantía de masa muscular y sin alteración significativa de las proteínas viscerales, ni edemas. Es la forma más antigua de desnutrición y causada por una ingesta inadecuada de todos los nutrientes.

Los niños con marasmo pueden tener estreñimiento severo y hambre voraz cuando la realimentación está en curso (29).

Entre los hallazgos al examen físico, se encuentran (3):

- ✓ Peso disminuido y talla para la edad
- ✓ Apariencia de viejo con piel sobrante
- ✓ Cabeza grande con mirada fija
- ✓ Emaciación y apariencia débil, irritable e inquieto.
- ✓ Bradicardia, hipotensión e hipotermia
- ✓ Delgadez

- ✓ Piel seca
- ✓ Brazos encogidos, muslos y nalgas con pliegues redundante con pérdida de masa cutánea.
- ✓ Pelo fino, escaso y frágil.

- **Kwashiorko o desnutrición protéica**, se da por disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos en infecciones graves, politraumatismos y cirugía mayor.

El panículo adiposo está preservado, siendo la pérdida fundamentalmente proteica, principalmente visceral.

- **Desnutrición mixta**, o también conocido como un déficit proteico calórico grave o kwashiorkor – marasmático. Disminuye la masa muscular , tejido adiposo y proteínas viscerales. Aparece con desnutrición crónica previa tipo marasmo que presentan algún tipo de proceso agudo productor de estrés.

- **Estados carenciales**, deficiencia aislada de algún nutriente como los oligoelementos o vitaminas, por disminución de ingesta o pérdida aumentada.

- **Desnutrición oculta**, a pesar de acceso a una alimentación saludable, existe una dieta inadecuada por un bajo consumo de vegetales y frutas.

La falta de nutrientes surge cuando la alimentación son hipercalóricos, deficientes en otros nutrientes fundamentales para el crecimiento (hierro, calcio, fósforo, vitamina A y C) (30).

La UNICEF, clasifica en:

- Malnutrición, estado patológico debido a la deficiencia o al exceso de alimentos, así como, la alteración en su asimilación.
- Desnutrición, es el resultado de una dieta deficiente en los nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.

2.2.1.4. Clasificación cuantitativa del estado Nutricional (31)

Se utiliza los siguientes indicadores:

- Peso para la edad gestacional, en recién nacidos.
- Peso para la edad (P/E), en el niño mayor o igual a 29 días hasta los menores de 5 años; es un indicador de desnutrición global, se utiliza para monitorear el crecimiento, el bajo peso refleja dietas inadecuadas, periodos prolongados de enfermedades entre otras (32).
- Peso para la talla (P/T), ≥ 29 días hasta < 5 años, refleja el estado nutricional actual cuando estos valores son bajos significa que la masa muscular y la grasa corporal están disminuidos en relación a la talla (33).
- Talla para la Edad (T/E), ≥ 29 días hasta < 5 años; una talla baja en relación edad indica insuficiencia alimentaria crónica que afecta el crecimiento longitudinal (33).

Basados en la comparación de estos indicadores (P/E, P/T, T/E) con los patrones de referencia vigentes, se considera lo siguiente:

Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
$> + 3$		Obesidad	
$> + 2$	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
$+ 2$ a $- 2$	Normal	Normal	Normal
$< - 2$ a $- 3$	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
$< - 3$		Desnutrición severa	

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006).

2.2.1.5. Compromiso orgánico por desnutrición proteico – energética (34).

- **Sistema cardiovascular**, el gasto cardiaco y el volumen plasmático sistólico se reducen por la pérdida de la masa corporal; tal es el caso de los niños con kwashiorko tienen frágil equilibrio de líquidos, el volumen de sangre puede comprometer la perfusión tisular.
- **Hígado**, se altera la síntesis hepática de proteínas, se reduce y se producen metabolitos anormales de aminoácidos; disminuye la glucogénesis aumentando el riesgo de hipoglucemia y la producción de energía a partir de sustratos es lento, más de lo normal (34).
- **Páncreas**, se presenta atrofia con alteraciones histopatológicas, como desorganización celular, disminuyendo la secreción de lipasa, tripsina, quimiotripsina y amilasa.
- **Sistema genitourinario**, la tasa de filtración glomerular disminuye, siendo común la infección del tracto urinario.
- **Tracto gastrointestinal**, la mucosa del intestino delgado está atrofiada y por tanto disminuye la producción de enzimas digestivas y la absorción de nutrientes.
- **Sistema inmune**, este se encuentra disminuido sobre todo en el marasmo; los ganglios linfáticos, las amígdalas están atrofiadas.
- **Sistema endocrino**, la insulina se reduce y los niños son intolerantes a la glucosa. La hormona de crecimiento se

incrementa, pero el efector de agua disminuye y los niveles de cortisol aumentan (34).

Cambios hormonales en la desnutrición

HORMONA	MARASMO	KWASHIORKOR	EFFECTOS ANORMALES
Insulina	↓	↓	↓ síntesis proteínica muscular ↓ lipogénesis ↓ crecimiento
Hormona de crecimiento	Variable	Aumentada	↑ síntesis proteínica visceral ↓ síntesis de urea ↑ lipólisis
Somatomedinas	Variable	↓	↓ síntesis proteínica muscular y de cartilago ↓ síntesis de colágena ↓ lipólisis ↓ crecimiento ↑ hormona de crecimiento
Epinefrina	Normal o ↑	Normal o ↑	↑ lipólisis ↑ gluconeólisis
Glucocorticoides	↑	Normales o ↓	↑ catabolismo proteínico muscular ↑ recambio proteínico visceral ↑ lipólisis ↑ gluconeogénesis
Renina-aldosterona (edema)	Normal	↑	↑ retención de sodio ↑ retención de agua
Hormonas tiroideas	T4 normal o ↓ T3 ↓	T4 ↓ T3 ↓	↓ oxidación de la glucosa ↓ energía basal expedita ↑ T3 reversa
Gonadotropinas	↓	↓	retarda la aparición de la menarquia

- **El metabolismo y la circulación**, tanto la generación como la pérdida de calor se deterioran.
- **Piel y glándulas**, la grasa y la piel se atrofian generando pliegues sueltos en la piel.
- **Sistema Nervioso Central**, existe modificaciones en la mielinización y la disminución de neurotransmisores alterando las estructuras y funciones del cerebro (34).

2.2.1.6. Estado Nutricional en tiempos de Covid

La pandemia del covid – 19 tiene efectos en el ámbito de la salud, llegó a América latina en un contexto de bajo crecimiento en el que se observan de tendencias crecientes de

pobreza y vulnerabilidad; además del trabajo en condiciones de precariedad laboral.

Así mismo, la pandemia agudizada las dificultades de la población; las principales medidas frente a ello fue la entrega de alimentos y la creación de transferencias monetarias para la canasta familiar a fin de asegurar la continuidad de la alimentación (35).

Las circunstancias en la que se vive es un factor de riesgo, porque aumenta la probabilidad de padecer o desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad produciendo un fenómeno de interacción negativa para el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño (36).

Este hecho de pandemia ocasionado por el covid, es un factor de riesgo social negativo como la pérdida de continuidad en los controles, ausencia del cuidador, malnutrición por déficit o por que la economía no cubre la canasta familiar,

Es así que la pandemia, no ha dejado ningún ámbito sin afectar, es así, como la nutrición y la alimentación están forzosamente afectados a través de la contracción de la oferta y demanda de productos agrícolas modificando los hábitos alimentarios porque también se modificó la distribución, disponibilidad y acceso a los alimentos (37).

Para algunas familias disponen de mayor tiempo para hacer ejercicios y cocinar alimentos saludables facilitados por el despacho a domicilio y menor exposición a ambientes obesos génicos (38); sin embargo, para la gran mayoría de a población padece de hacinamiento, empobrecimiento, menor acceso a alimentos saludables (39).

2.2.1.7. Malnutrición infantil

Se refiere a las alteraciones en las etapas de nutrición sea por déficit o exceso que conllevan a desnutrición/ obesidad según

sea el caso. Representa el desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes (40).

En la clínica, se utiliza para referirse a situaciones de desnutrición que incluyen un amplio espectro condicionadas por el déficit, la edad del sujeto y la causa que lo condiciona. Según la organización mundial de la salud, la malnutrición, es una emaciación o adelgazamiento morbo y un edema nutricional incluye las carencias de micronutrientes y el retraso del crecimiento (41) .

2.2.2. Niño menor de 36 meses de edad

Es todo niño o niña menor de 3 años de edad o sino cuando tiene 35 meses con 29 días de edad.

2.2.2.1. Evaluación del crecimiento y estado nutricional

La valoración antropométrica se deberá realizar en cada control del crecimiento y desarrollo a toda niña o niño desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses y 29 días, a través de la oferta fija, oferta móvil la cual considera el peso y la talla (36); considerando que la niña y el niño tienen su propia velocidad de crecimiento.

La velocidad de crecimiento demanda de la calidad de la evaluación antropométrica en proporción de la edad, esta se grafica.

- **Control de crecimiento y desarrollo**

Es una actividad periódica y sistemática de atención del niño hasta el nacimiento, con el fin de detectar oportunamente cambios en el estado de salud; tiene una amplia cobertura en la zona rural comparado a la urbana

(42); facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades (36).

- ✓ **Crecimiento:** es un proceso en el que se ve involucrado la masa corporal del hombre; este proceso se regula a través de la alimentación, factores socioculturales, genéticos y neuroendocrinos, tomando en cuenta las variables antropométricas como peso, talla, perímetro cefálico, torácico, abdominal, valores de hemoglobina.

Medina (43), hace énfasis en que los procedimientos periódicos y sistemáticos es desarrollado por el médico o enfermera , con la finalidad de vigilar adecuadamente la progresión del niño (a), identificando precozmente los riesgos, alteraciones o trastornos disminuyendo la probabilidad de deficiencias y discapacidades.

- ✓ Esquema de la periodicidad de controles de la niña y niño menor de 5 años (31).

Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años		
Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida.
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22 meses.
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45 m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.

La norma técnica de CRED se deben cumplir con las siguientes actividades:

- Examen físico de la identidad y estado emocional del niño o niña.
- Verificación de pertenencia a un programa de apoyo social o protección de derechos.

- Detección de enfermedades prevalentes, contaminaciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda.
- Detección de anemia y parasitosis, a través de exámenes de laboratorio de dosaje de hemoglobina y hematocrito, para suprimir la anemia a partir de los seis meses hasta los 4 años de edad, una vez por año y examen seriado de heces y test de Graham para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.

✓ **Valoración antropométrica (31) (44):**

La antropometría es el proceso de mediciones nade dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano a través del peso, talla, perímetro, entre otros (36).

La valoración del crecimiento se realiza a través de medidas como peso, talla, perímetro cefálico, entre otros para ser confrontados con patrones de referencia vigentes, obteniéndose la siguiente clasificación:

- **Crecimiento adecuado o normal**, cuando el niño (a), tiene una ganancia de peso, talla de acuerdo a los rangos de normalidad para su edad (+2DE); la tendencia de la curva es paralela a la curva de crecimiento del patrón de referencia vigente.
- **Crecimiento inadecuado o riesgo de crecimiento**, cuando el niño (a) no presenta ganancia peso o talla de acuerdo a los rangos del patrón vigente (31),

existe un aplanamiento de la curva o ganancia mínima de talla.

Se dispone de diversos instrumentos, que incluyen un plan de cuidados, antecedentes, datos de la alimentación, carné de atención del menor de 5 años, valorando las curvas de crecimiento de Peso/ edad; Talla/ edad, Peso/talla y perímetro cefálico, de acuerdo a los patrones de referencia y a la edad del niño (a) (31).

- **Estado nutricional del menor de 36 meses**

Es la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios bioquímicos y clínicos.

Constituye un factor importante en el crecimiento y desarrollo de los niños, al proporcionar una buena alimentación a los niños trae consecuencias positivas para el desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social; una nutrición insuficiente causa daños irreversibles con consecuencias desfavorables como la desnutrición, anemia, déficit de vitaminas y minerales.

- ✓ **Medición del peso (36)**

- Obtener la edad exacta
- Dominio de la técnica para pesar y tomar la longitud o talla.
- Estado emotivo de la niña o niño
- Vestimenta ligera
- Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento

Los materiales para el control del peso, es necesario contar con un abalanza de pie con graduación por cada 100g siguiendo los siguientes pasos:

Colocar la balanza en una superficie horizontal, plana, firme y fija para garantizar la estabilidad de la balanza, luego equilibrarla en cero; la niña o el niño debe tener la menor cantidad de ropa, sin calzado y medias colocando los pies sobre las huellas de la plataforma para distribuir el peso en ambos pies. Sobre el brazo principal, mueva la pesa hasta sobrepasa el eso y luego hacerla retroceder hasta que equilibre la aguja del indicador de la balanza (kilogramos), registre el peso en los documentos y forma correspondientes finalmente equilibre la balanza en cero.

✓ **Medición de longitud y talla (36)**

Es la medición de la longitud a través de un tallímetro de pie de madera.

Ubicar el tallímetro sobre una superficie nivelada, pegada a una pared estable, lisa y sin zócalos que forme un ángulo de 90° entre la pared y la superficie del piso; solicitar a la madre o cuidador que quite los zapatos, medias y accesorios en la cabeza del niño o niña. Parar a la niña o niño sobre la base del tallímetro con la espalda recta apoyada con la tabla. El asistente debe asegurarse que la niña o niño mantenga los pies sobre la base y los talones estén pegados contra la tabla y colocar la cabeza de la niña o niño con la mano izquierda sobre la barbilla, de manera tal forme un ángulo de 90° entre el ángulo externo del ojo y la zona comprendida entre el conducto auditivo externo y la

parte superior del pabellón auricular con la longitud del cuerpo del niño.



Asegurarse que la niña o niño tenga los hombros rectos y que la espalda esté contra la tabla; no debe agarrarse de la tabla y los dedos de los índices de ambas manos deben estar sobre la línea media de la cara externa de los muslos (a los lados del cuerpo). Bajar al tope móvil del tallímetro con la otra mano de la persona que mide hasta que toque la cabeza de la niña o el niño, pero sin presionar. Luego leer el número inmediatamente por debajo del tope; si sobrepasa la línea del centro añadir 5mm al número obtenido.

2.2.2.2. Nivel de hemoglobina en el menor de 36 meses

La baja concentración de hemoglobina en la sangre genera la anemia.

La anemia infantil constituye un problema de salud pública grave; tiene una prevalencia de 43.6%; casi seis de cada diez niños tienen entre los 6 y 12 meses de edad, es decir el 59.3%, siendo la anemia ferropénica la presentación común. Los valores normales de hemoglobina y la anemia, son:

Cuadro: valores normales de concentración de hemoglobina en el menor de 5 meses

Edad	Normal (g/dl)	Anemia (g/dl)
Menor de 2 meses nacido a término	13.5-18.5	<13.5
Niños: 2 a 5 meses	9.5 -13.5	< 9.5

Fuente: OMS (2011) Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad, Ginebra.

Cuadro: Valores normales de concentración de hemoglobina y grados de anemia en niños (as) de 6 a 59 meses de edad.

Población	Normal (g/dl)	Anemia por niveles de hemoglobina (g/dl)		
		Leve	Moderada	Severa
Niños de 6 a 59 meses de edad	11.0-14.0	10,0 - 10,9	7,0 - 9,9	<7,0

- **Situación de anemia y desnutrición crónica infantil en niños según programas sociales;** Los programas sociales que apoyan a las familias con menores de 36 meses tenemos al programa JUNTOS, donde el 53.4% padecen de anemia, y la desnutrición crónica es el 29.5%; Programa Cuna más el 46.9% tiene anemia y el 25.4% desnutrición crónica; el SIS donde el 48.9% anemia y el 19.6% con desnutrición crónica (45, 46).

2.2.2.3. Enfermedades prevalentes del menor de 3 años

La enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda son problemas de frecuencia en el menor de 36 meses, ello genera morbilidad; en el 2016 tuvo una incidencia de 15% de EDA con más de tres episodios por año con riesgo a una desnutrición aguda y crónica; la infección respiratoria aguda (IRA) tuvo similar incidencia del 16.9% causada generalmente por la presencia de bacterias y virus (46).

Esta problemática en medio de la pobreza con una educación insuficiente de la madre o inadecuado saneamiento ocasiona mayor morbilidad.

2.2.2.4. Intervención focalizada en anemia infantil

Son actividades de seguimiento e intervención en el menor de 36 meses, tomando en cuenta:

- Cantidad de niños y niñas que conforman la población objetivo.
- Nivel de pobreza distrital de acuerdo al mapa de pobreza distrital publicado en el INEI.
- Quintiles de pobreza monetaria distrital de forma independiente en cada departamento.
- A través de programas sociales “CUNA MAS y JUNTOS”

2.3. Definición de términos

- **Menor de 36 meses:** niño que ha cumplido dos años y 11 meses de edad y 29 días.
- **Anemia:** nivel de hemoglobina debajo de los valores normales.
- **Control de crecimiento y desarrollo:** son actividades periódicas y sistemáticas para vigilar el crecimiento y desarrollo del niño (a)

- **Antropometría:** estudio de proporciones y medidas del cuerpo humano, sirve para valorar el estado nutricional.
- **Peso,** es la masa corporal expresada en kilogramos.
- **Talla,** es la longitud de la persona.
- **Masa muscular,** es el volumen de tejido corporal total, calculado en base al peso de la persona.
- **Estado nutricional,** es la evaluación biológica y bioquímica de la persona.

2.4. Identificación de variables

Variable 1: estado nutricional del menor de 36 meses.

2.5. Operacionalización de variables

VARIABLE DE INTERES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Estado nutricional del niño menor de 36 meses en tiempos de Covid 19	Condición nutricional del niño menor de 36 meses de edad, controlados en tiempos de pandemia.	Resultado de los parámetros antropométricos y bioquímicos (hemoglobina) del niño menor de 36 meses de edad en tiempos de pandemia	Características sociodemográficas del niño	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
				Edad	1. De 6 a 11 meses 2. De 12 a 23 meses 3. De 24 a 35 meses	Ordinal
				Procedencia	1. Urbano 2. Rural	Nominal
				Aseguramiento en salud	1. SIS 2. ESSALUD 3. Otro 4. Ninguno	Nominal
			Características antropométricas	Peso para la talla	1. Desnutrición 2. Riesgo de desnutrición 3. Normal 4. Sobrepeso 5. Obesidad	Ordinal
				Talla para la edad	1. Talla alta 2. Normal 3. Riesgo a talla baja 4. Talla baja	Ordinal
				Peso para la edad	1. Bajo peso 2. Riesgo nutricional 3. Normal 4. Sobrepeso 5. Obesidad	Ordinal
Nivel de hemoglobina	Concentración de hemoglobina en sangre	1. Anemia leve 2. Anemia moderada 3. Anemia severa 4. Normal 5. Policitemia	Ordinal			

CAPÍTULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1. Ámbito de estudio

El Centro de Salud Uripa, ubicada en la ciudad del mismo nombre destacada por su ubicación geopolítica estratégica que la constituye como el gran puerto comercial, captando una gran afluencia de población flotante e itinerante seguida de muy lejos de los otros polos como Chincheros, Ocobamba y Huaccana.

Uripa, pertenece al distrito de Ancco, Huallo y provincia de Chinchero, se ubica a 3269 msnm albergando un aproximado de 1668 viviendas y una población de 5587 habitantes, además de contar con la mayor tasa de crecimiento de la provincia (4.6%); aquí se concentran las principales funciones relacionadas al comercio, educación, industria, agricultura y ganadería; con su principal lengua el quechua.

El Centro de Salud Uripa, corresponde al nivel I – 4, pertenece a la Red de salud Cocharcas y Micro Red Uripa, con atención a usuarios de la comunidad campesina de Uripa, con predominio de la lengua quechua, seguido del castellano.

3.2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica porque se profundiza el conocimiento en el conocimiento mismo (47), relacionada con nuevos conocimientos sin ocuparse de las aplicaciones prácticas (48).

La tipología de la investigación es observacional porque no interviene el investigador en los resultados; descriptivo, porque describe los hechos como

son observados; prospectivo, porque los datos se obtuvieron de fuentes primarias y sincrónicas (un periodo corto de estudio) y transversal porque las variables se midieron en una sola vez (49).

3.3. Nivel de investigación

Según la escala propuesta por Supo la investigación corresponde a un nivel descriptivo, porque muestra los fenómenos como aparecen en la actualidad (48), además de poseer una sola variable de estudio (50).

3.4. Métodos de investigación

Los métodos aplicados fueron el método deductivo porque se partió de una premisa general para obtener conclusiones particulares.

3.5. Diseño de investigación

El diseño es descriptivo simple, el esquema es:

M O

Donde:

M = niño menor de 36 meses

O = Estado nutricional

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Estuvo conformada por todos los niños menor de 36 meses de edad controlados en el Centro de Salud Uripa, Chincheros, durante los meses de mayo a julio de 2020, siendo un total de 93 niños.

3.6.2. Muestra

Estuvo conformada por todos los niños menores de 36 meses controlados en el Centro de Salud Uripa, en tiempos de Covid 19; siendo un total de 90 , quienes cumplan los criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Niño (a) desde los 6 meses hasta los 35 meses de edad.
- Niño controlado en tiempos de Covid 19 (mayo a julio)
- Niño con control de hemoglobina en tiempos de Covid 19 (mayo a julio).

Criterios de exclusión:

- Niño (a) menor de 6 meses de edad.
- Niño que carece de control de hemoglobina en tiempos de Covid 19.
- Niño (a) con nacimiento prematuro.
- Niños nacidos prematuro y bajo peso al nacer

3.6.3. Muestreo

El muestreo fue no probabilístico según criterios de selección.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica utilizada fue la ficha de observación, tomando en cuenta aspectos según la normatividad de control y crecimiento del menor de 36 meses, además se aplicó la cartilla de CRED para el diagnóstico de la antropometría infantil; así mismo se tomó en cuenta los valores de la hemoglobina evaluados por el personal de laboratorio.

3.7.2. Instrumento

Ficha de observación, elaborada por la investigadora y validada cualitativamente a través del juicio de expertos; consta de aspecto sociodemográfico, características antropométricas según sexo y nivel de hemoglobina.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Primero: Se solicitó los permisos respectivos a nivel institucional y personal al jefe del Centro de Salud Uripa, Chincheros.

Segundo: Se capacitó a dos investigadores de campo para la recolección de datos de la investigación.

Tercero: Con la debida autorización y capacitación a los investigadores de campo se procede al llenado de la ficha de observación acorde al formato establecido sobre el estado nutricional del niño menor de 36 meses.

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se ordenaron y codificaron las fichas de observación recolectadas por las investigadoras de campo, luego se procedió a elaborar una base de datos en el spss versión 24 para su interpretación respectiva haciendo uso de la estadística descriptiva según la naturaleza del estudio.

Las tablas se presentarán en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

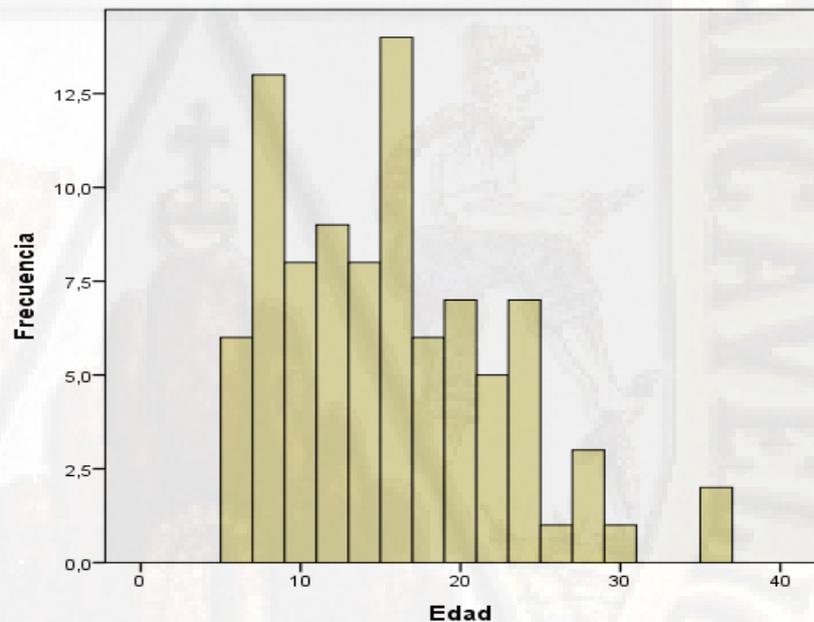
CAPÍTULO IV

DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

Características sociodemográficas

Cuadro N° 1: Edad del niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.



Fuente: Ficha de observación aplicada al menor de 36 meses, controlados en el C.s Uripa, Chincheros.

Media = 15.13meses
meses

Mediana = 15 meses

D.E = 6. 8

En el presente cuadro, se observa la edad frecuente de los niños menores de 36meses atendidos en el Centro de Salud Uripa, siendo la edad promedio de 15 meses, con una mediana de 15 meses y la desviación estándar de 6.8 meses.

Cuadro N° 2: Procedencia y Programa social al que pertenece el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.

	N° (n = 90)	%
Procedencia		
Urbano	76	84.4%
Rural	14	15.6%
Programa Social		
Cuna mas	26	28.9%
JUNTOS	19	21.1%
Ninguno	45	50.0%

Fuente: Ficha de observación aplicada al menor de 36 meses, controlados en el C.S Uripa, Chincheros.

En el presente cuadro, se observa la procedencia y el programa social al que pertenece; tal es así que del 100% (90) de los niños proceden de la zona urbana el 84.4% (76) y de la zona rural el 15.6% (14); en cuanto al programa social Cuna más pertenecen el 28.9% (26), al programa JUNTOS el 21.1% (19) y no corresponden a algún programa el 50% (45).

Características antropométricas

Cuadro N° 3: Peso para la talla en el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.

Peso/Talla	N°	%
Riesgo de Desnutrición	1	1.1%
Normal	89	98.9%
Total	90	100%

Fuente: Ficha de observación aplicada al menor de 36 meses, controlados en el C.S Uripa, Chincheros.

En el presente cuadro, se observa el peso para la talla; del 100% (90) obtuvo un peso para la talla normal el 98.9% (89) y con riesgo de desnutrición el 1.1% (1)

Cuadro N° 4: Talla para la edad en el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.

Talla/Edad	N°	%
Normal	57	63.3%
Riesgo a talla baja	33	36.7%
Total	90	100%

Fuente: Ficha de observación aplicada al menor de 36 meses, controlados en el C.S Uripa, Chincheros.

En el presente cuadro, se observa la talla para la edad; del 100% (90) la talla es normal el 63.3% (57) y presentaron riesgo para talla baja el 36.7% (33)

Cuadro N° 5: Peso para la edad en el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.

Peso/Edad	N°	%
Riesgo a desnutrición	1	1.1%
Normal	89	98.9%
Total	90	100%

Fuente: Ficha de observación aplicada al menor de 36 meses, controlados en el C.S Uripa, Chincheros.

En el presente cuadro, se observa el peso para la edad; tal es así que del 100% (90) de los niños menores de 36 meses, presentan el peso para la edad normal del 98.9% (89) y con riesgo nutricional el 1.1% (1).

Cuadro N° 6: Nivel de hemoglobina en el niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa 2020.

Hemoglobina	N°	%
Normal	46	51.1%
Anemia leve	40	44.4%
Anemia moderada	4	4.4%
Total	90	100%

Fuente: Ficha de observación aplicada al menor de 36 meses, controlados en el C.S Uripa, Chincheros.

En el presente cuadro, se observa el nivel de hemoglobina; tal es así que del 100% (90) de los niños menores de 36 meses, tiene un nivel de hemoglobina normal el 51.1% (46), seguido de anemia leve el 44.4% (40) y anemia moderada el 4.4% (4).

4.2. **Discusión**

Las características sociodemográficas del niño menor de 36 meses son edad promedio de 15 meses, procedencia urbana el 84.4% cuyos padres están registrados en los programas sociales de cuna más y Juntos en el 50%; probablemente ello se deba a la necesidad nutricional; los programas sociales son soportes nutricionales del sector público con la finalidad de brindar mejoramiento nutricional dirigida a la población en pobreza crítica identificadas a través de focalización geográfica (51).

Respecto a la antropometría se halló el peso/talla el 1.1% tiene riesgo de desnutrición; la talla/edad el 36.7% tiene el riesgo a talla baja; el peso/edad con riesgo a desnutrición el 1.1%, resultados similares a lo hallado por Celdeño (18), pues el 64% tuvo un estado nutricional normal, el 34% desnutrición; así mismo, León y Berro (19) hallaron el 8.6% de desnutrición, el 16.4% sobrepeso y el 5% con obesidad con retraso de la talla para la edad del 12.1%. Por otro lado, en estudios nacionales como Quispe (24) y Gómez (26) hallaron niños con talla baja (12.9% en el primero). Posiblemente estos resultados reflejan la problemática que se vive a nivel mundial además de que el contexto sociocultural del estudio se vive la pobreza que, junto a la desnutrición, interfieren y obstaculizan el desarrollo de la vida y de las personas de quienes se subalimentan, puesto que afecta no solo al que padece, sino que además tiene consecuencias directas en la sociedad, ocasionando un círculo vicioso de pobreza – desnutrición – pobreza difícil de romper. Estos resultados enfatizan en la existencia de talla baja como un indicador de desnutrición progresiva que probablemente en el tiempo de cuarentena y el momento en que se recabó los datos fueron cortos y no se denota desigualdades alimentarias y nutricionales en el distrito de Uripa.

El nivel de hemoglobina en el menor de 36 meses es bajo en el 44.4% (anemia), estos resultados se asemejan al estudio de Gisela (52) donde la anemia promedio de 10.6 g/d con una frecuencia de 53%; así mismo, se reportan en

Apurímac el 56.8% y en Cusco el 53.1% (53); los resultados probablemente se deban a la deficiencia nutricional, al déficit económico o a consumo de alimentos hipocalóricos o baja disponibilidad de nutrientes.

Brindar alimentos sólidos a los niños en edad preescolar requiere paciencia y tiempo para ofrecerlos; sin embargo, por necesidad económica la comida no es muy densa y muchas veces monótona, aunque cuenta con la buena voluntad en la preparación. Estos podrían ser los sustentos de los resultados hallados con una baja biodisponibilidad del nutriente.

Probablemente ello se deba a que el estudio se realizó dos meses después de la llegada del covid a nuestro país y aunque no se evidenció parámetros de desnutrición pues casi la mitad de la población presenta anemia, factor que puede desencadenar en malnutrición.

La pandemia de covid 19 tiene todos los ingredientes de una tormenta perfecta para la desnutrición global; a través de los resultados hallados se puede evaluar estrategias para prevenir el impacto que trae consigo a nivel nutricional.

CONCLUSIONES

1. La edad promedio del niño menor de 36 meses es de 15 meses, con una mediana de 15 meses y una D.S de 6.8 meses.
2. Entre las características sociodemográficas del niño menor de 36 meses se hallan de procedencia urbana el 84.4% y pertenecen a los programas sociales Cuna más y JUNTOS en el 28.95 y 21.1% respectivamente.
3. Entre las medidas antropométricas según el sexo del menor de 36 meses se encuentran el peso/talla normal el 98.9%, talla/edad en riesgo a talla baja el 36.7% y peso/edad normal en el 98.9%.
4. El nivel de hemoglobina identificado en el menor de 36 meses es anemia en el 48.8%, de ellos corresponde a una anemia leve el 44.4% y anemia moderada el 4.4%.

RECOMENDACIONES

1. Al director del centro de salud Uripa, implementar un plan de monitoreo dirigido a evaluar las tendencias nutricionales de esta población.
2. Al personal de enfermería implementar sesiones demostrativas vía virtual dirigido a las madres de todo niño menor de 5 años.
3. Al personal de enfermería, planificar seguimiento estricto a las niñas y niños con problemas de anemia para poder corregirlas a pesar de las dificultades de la pandemia.
4. A todo profesional que labora en el primer nivel de atención, promover la alimentación saludable y atenciones integrales para corregir la desnutrición y anemia.
5. Al jefe del servicio de enfermería proponer estrategias de atención para salvaguardar la nutrición de los niños con anemia.

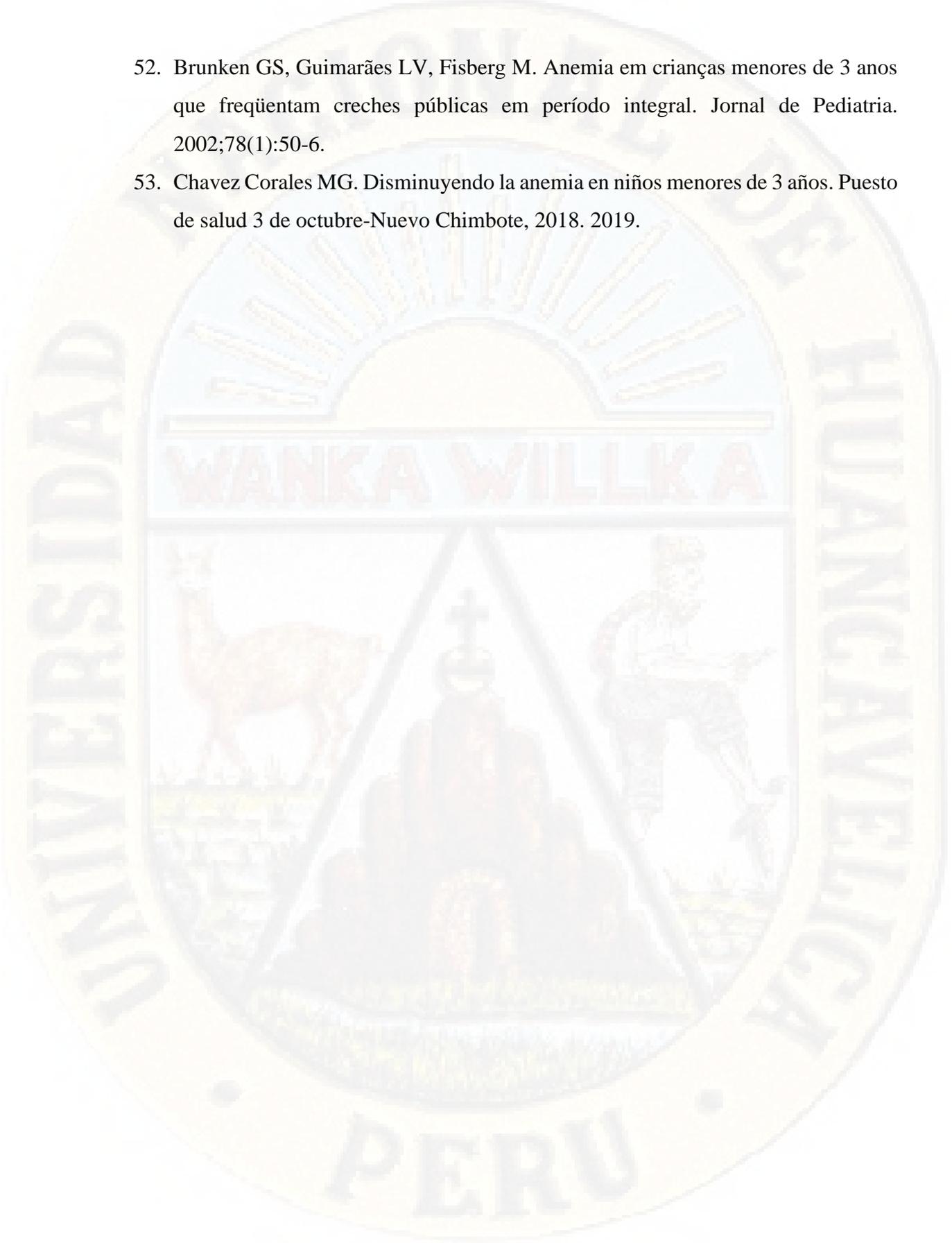
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

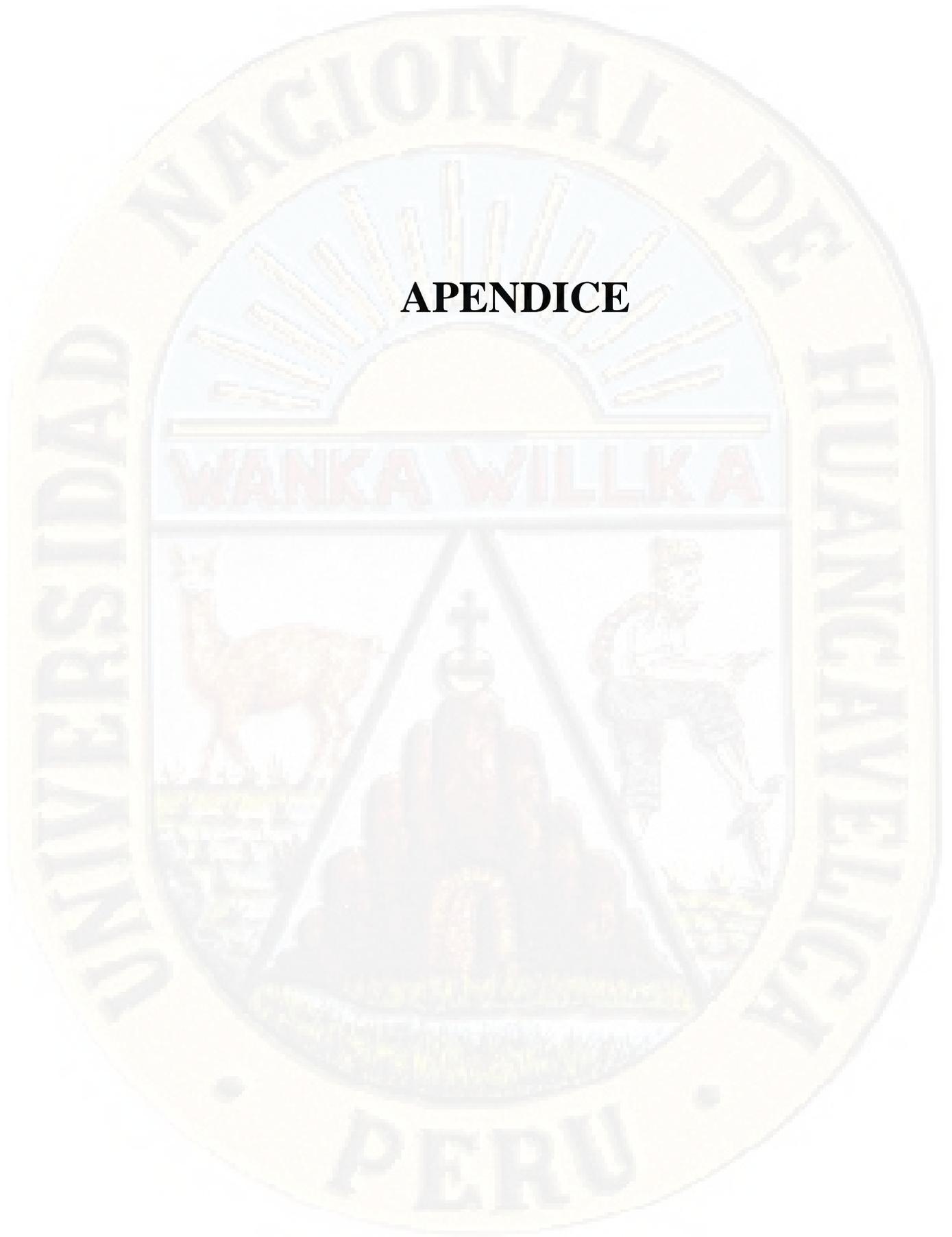
1. Unicef. Estado mundial de la Infancia 2007: Resumen Ejecutivo: UNICEF; 2006.
2. Organization WH. Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO, 2002. Fifty-fifth World Health Assembly A.55(3).
3. Barrionuevo Marín ME. Desnutrición Infantil Marasmo y Kwashiorkor: Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Medicina; 2016.
4. López Blanco M, Hernández Valera Y, Landaeta Jiménez M, Henríquez Pérez G. Crecimiento y nutrición en la región latinoamericana. An venez nutr. 1993:47-90.
5. Marín Rodríguez ZR. Elementos de nutrición humana. 1998.
6. Akseer N, Kandru G, Keats EC, Bhutta ZA. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. The American journal of clinical nutrition. 2020;112(2):251-6.
7. Ubillúz ÓU, Vásquez ZES, Sánchez CC, Juárez LSM, Castro WS, Abanto JRS. INDICADORES DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL SEGÚN MONITOREO NACIONAL DE INDICADORES NUTRICIONALES 2008-2010.
8. Organization WH. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2011.
9. Norma Técnica- Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas Resolución 250-2017/MINSA (2017).
10. Quezada IC, Guillén EF, Díaz-López HO. Malnutrición y covid-19. Ecofronteras. 2020:22-4.
11. Wisbaum W. La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2011.
12. Flores M. Covid-19: alimentación, salud y desarrollo sostenible. Descarga de responsabilidad.195.
13. Alcázar L. Impacto económico de la anemia en el Perú. GRADE; Acción contra el Hambre; 2012.

14. INEI. Indicadores de resultados de los programas presupuestales 2012-2017. Instituto de Estadística e Informática, Perú; 2018.
15. Perú I. Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima: INEI. 2017.
16. Román Y, Rodríguez Y, Gutierrez E, Aparco J, Gómez I, Fiestas F. Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte. Instituto nacional de salud. 2015.
17. JIMÉNEZ DP. COVID-19: Entre el Miedo y Ansiedad y Nuestra Capacidad para Manejarlo.
18. Cedeño Manzaba GM. Estado nutricional y su relación con el desarrollo psicomotriz en niños de 0-3 años: Jipijapa-UNESUM; 2020.
19. León Valencia A, Terry Berro B, Quintana Jardines I. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2009;47(1):0-.
20. Buitrón D, Hurtig A-K, San Sebastián M. Estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonía ecuatoriana. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004;15:151-9.
21. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutrición Hospitalaria. 2010;25:57-66.
22. Oyhenart EE, Torres MF, Quintero FA, Luis MA, Cesani MF, Zucchi M, et al. Estado nutricional y composición corporal de niños pobres residentes en barrios periféricos de La Plata, Argentina. Revista panamericana de salud pública. 2007;22:194-201.
23. GONZÁLEZ I, Herwig Queiroz G. Evaluación del estado nutricional de la población menor de cinco años, asistida a través de los servicios del Ministerio de Salud Pública. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2004;75(3):235-58.
24. Quispe Llallahui EP. Maternidad en soltería y estado nutricional en menores de 2 años. Comunidad Pokras-Ayacucho, 2016. 2016.
25. González Hermida A, Vila Díaz J, Guerra Cabrera C, Quintero Rodríguez O, Dorta Figueredo M, Pacheco J. Estado nutricional en niños escolares. Valoración clínica, antropométrica y alimentaria. MediSur. 2010;8(2):15-22.

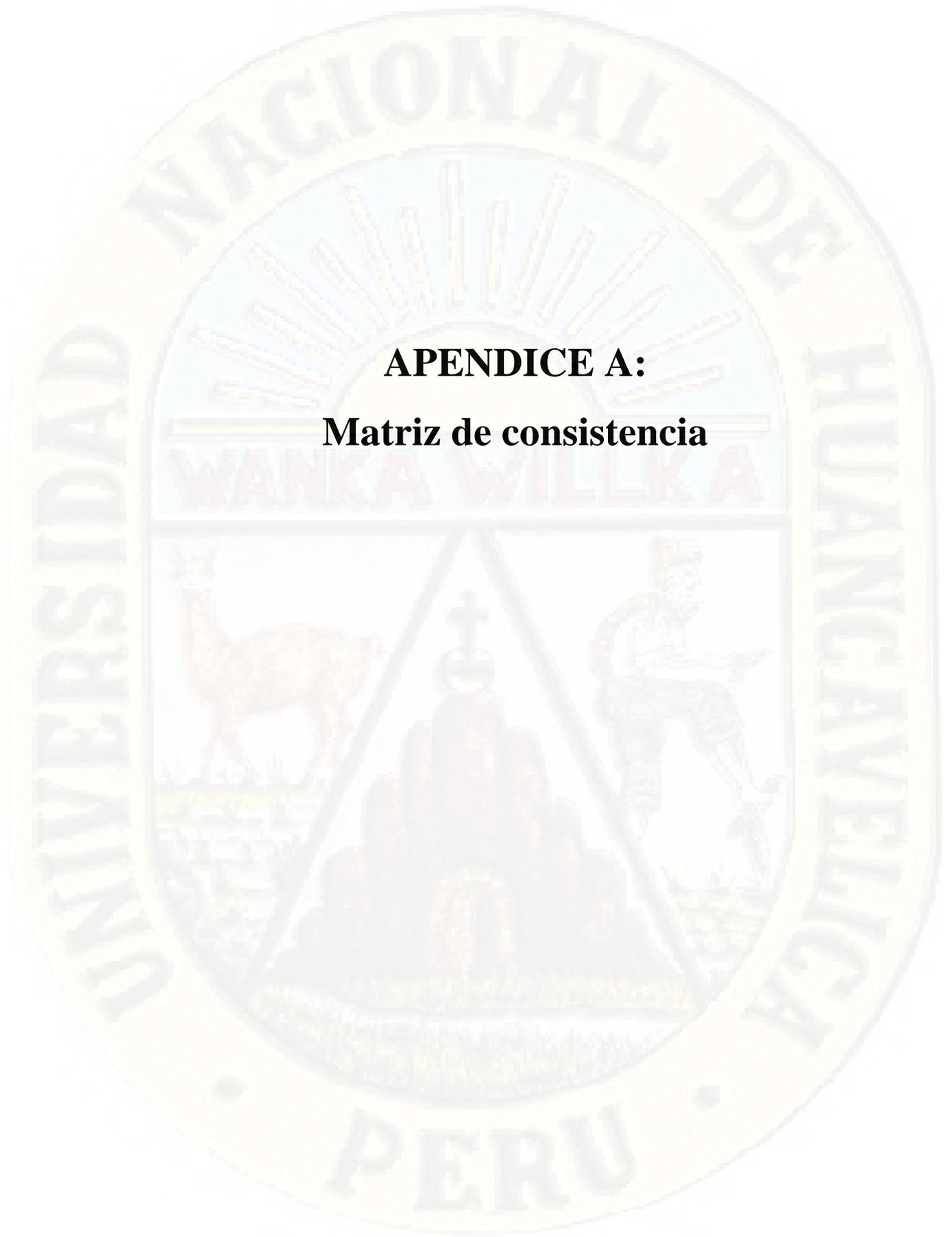
26. Gómez Purizaca NN. Factores asociados al estado nutricional en niños menores de 5 años del Centro de Salud el Obrero. Sullana. Setiembre-Diciembre 2015. 2017.
27. Angulo Guevara RR. Evaluación nutricional en menores de 5 años que acuden al área de control de niño sano, hospital ii 2, san martin, junio 2011". 2011.
28. Romero E. Desnutrición proteínico-energética. SAM Nutrición. 2005.
29. Williams CD. Kwashiorkor. A nutritional disease of children associated with a maize diet. Lancet. 1935;229:1151-2.
30. Olivares R, Soto-Moyano R, Hernández A, Gil J, Gimeno M, Laborda J, et al. Efecto de la desnutrición oculta prenatal sobre la histología del esplenio callosal. International Journal of Morphology. 2007;25(4):723-7.
31. Salud Md. Norma técnica de salud para el control, crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. MINSA, editor2011.
32. Torún V, Desnutrición calórico-protéica VF. En Nutrición en Salud y Enfermedad. Shils. 9ª. Edición México. Mc Graw Hill; 2002.
33. Chueca AS. Comentarios y tablas respecto al nuevo patrón de crecimiento infantil según la OMS. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. 2008;38(1):5-8.
34. Goday PS, Motil KJ, Li B, Hoppin AG. Malnutrition in children in resource-limited countries: Clinical assessment. UpToDate. 2017.
35. CEPAL N. El desafío social en tiempos del COVID-19. 2020.
36. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, R.M - N° 537-2017/MINSA. Sect. IV. Disposiciones generales (2017).
37. Butler MJ, Barrientos RM. The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. Brain, Behavior, and Immunity. 2020.
38. Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. The Lancet. 2020;395(10227):846-8.
39. Rodríguez Osiac L. Evitemos la inseguridad alimentaria en tiempos de COVID-19 en Chile. Revista chilena de nutrición. 2020;47(3):347-9.

40. García de Lorenzo A, Álvarez J, Calvo M, de Ulíbarri J, Río Jd, Galbán C, et al. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2005;20(2):82-7.
41. salud Md. Estado nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del ministerio de salud. Instituto Nacional de Salud. 2014.
42. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes del primer nivel de atención., (2016).
43. Lozano GB, López CM, Alonso CP, Gallardo CO, Romero C, Andrés CB. Evolución del peso, la longitud-talla y el perímetro craneal en los prematuros de menos de 1.500 gramos al nacimiento. *An Esp Pediatr*. 1998;48:283-7.
44. Grad E. Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años. Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años 2004. p. 94-.
45. Epidemiológico B. Análisis y Situación de Salud. Situación epidemiológica de la muerte materna en el Perú. 2015:7-8.
46. MINSA. Plan Nacional para la reducción de la anemia. In: Salud Md, editor. Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas 2016.
47. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar N, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias México: McGraw-Hill Editorial. 2013.
48. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación Quinta ed México DF: McGraw-Hill/Interamericana Editores, SA de CV. 2010.
49. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2009:169-81.
50. Supo JA. Metodología de la Investigación. Bioestadístico. 2012.
51. Gajate G, Inurritegui M. El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del 'Propensity Score Matching'. Lima: Grade. 2002.

- 
52. Brunken GS, Guimarães LV, Fisberg M. Anemia em crianças menores de 3 anos que freqüentam creches públicas em período integral. *Jornal de Pediatria*. 2002;78(1):50-6.
53. Chavez Corales MG. Disminuyendo la anemia en niños menores de 3 años. Puesto de salud 3 de octubre-Nuevo Chimbote, 2018. 2019.

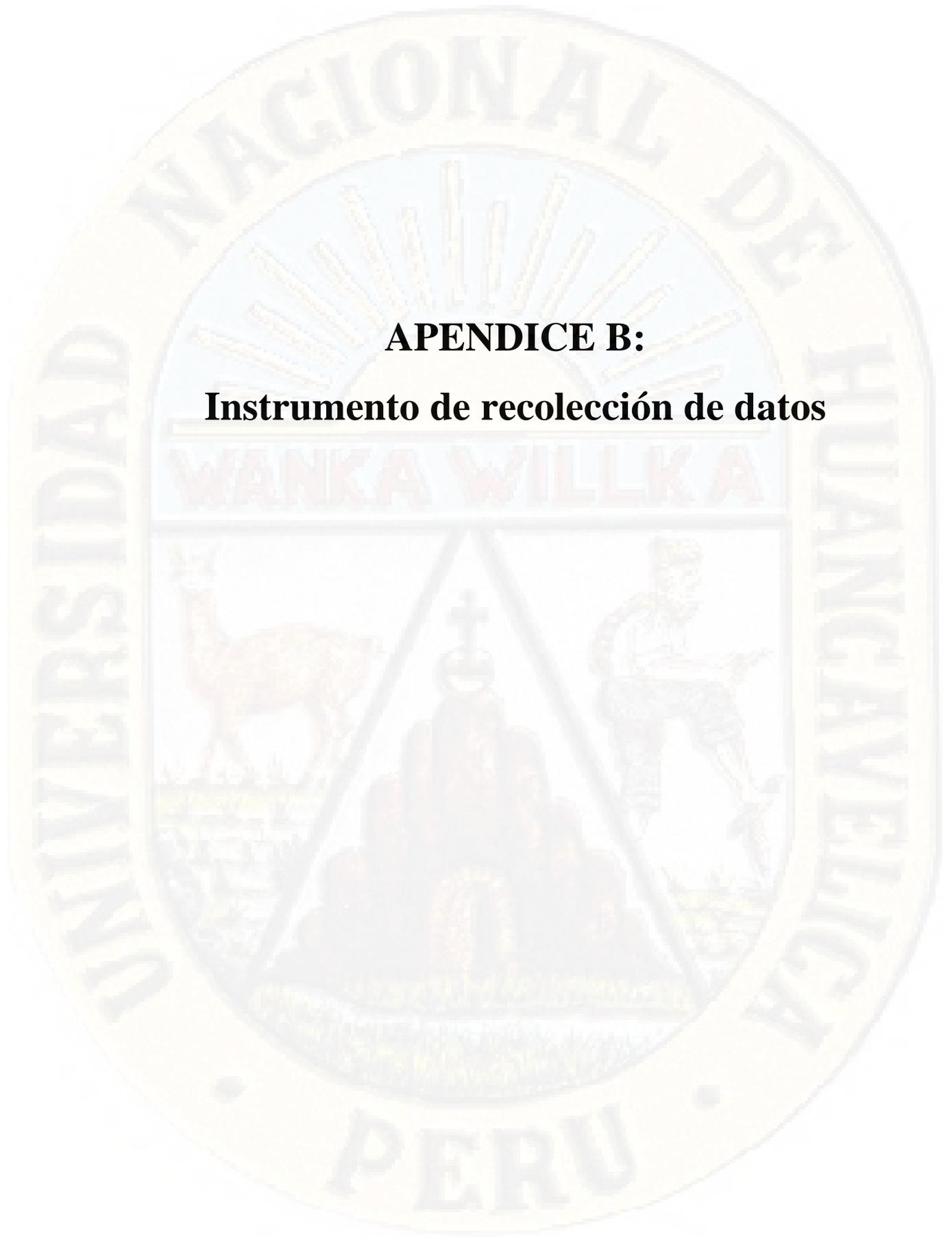


APENDICE



APENDICE A:
Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es el estado nutricional del niño menor de 36 meses en tiempos de Covid 19, controlados en el Centro de Salud Uripa?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas del niño menor de 36 meses controlados en el Centro de Salud Uripa? • ¿Cuáles son las medidas antropométricas según sexo en el menor de 36 meses en tiempos de Covid, controlados en el Centro de Salud Uripa? • ¿Cuál es el nivel de hemoglobina en tiempos de covid 19 del niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa? 	<p>Objetivo general Determinar el estado nutricional del niño menor de 36 meses en tiempos de Covid 19, controlados en el Centro de Salud Uripa.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas del niño menor de 36 meses controlados en el Centro de Salud Uripa • Evaluar las medidas antropométricas según sexo en el menor de 36 meses en tiempos de Covid, controlados en el Centro de Salud Uripa. • Identificar el nivel de hemoglobina en tiempos de covid 19 del niño menor de 36 meses, controlados en el Centro de Salud Uripa. 	<p>El estudio obedeció a la necesidad de conocer el estado nutricional del niño menor de 36 meses en tiempos de covid 19. A nivel nacional, el 50.5% del niño menor de 3 años, cuentan con un SIS, el 25.7% aun no tienen ningún tipo de seguro y el 23.7% no asegurados. Según la OMS, la prevalencia de la desnutrición en < 5 años es el 28.5% encontrándose mayor porcentaje en la sierra urbana.</p> <p>Los resultados del presente estudio permitirán proponer estrategias de intervención sanitaria a través de la inmunización, suplementación con micronutrientes además de prevención de enfermedades prevalente de la infancia.</p>	<p>Estado nutricional</p> <p>Oligohidramnios</p> <p>Preeclampsia</p>	<p>Características Sociodemográficas</p> <p>Características Antropométricas</p> <p>Nivel de hemoglobina</p>	<p>Sexo</p> <p>Edad</p> <p>Procedencia</p> <p>Aseguramiento en salud</p> <p>Peso para la talla</p> <p>Talla /edad</p> <p>Peso /edad</p> <p>Hemoglobina</p>	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>De 6 a 11 meses</p> <p>De 12 a 23 meses</p> <p>De 24 a 35 meses</p> <p>Urbano</p> <p>Rural</p> <p>SIS</p> <p>ESSALUD</p> <p>Otro</p> <p>Desnutrición</p> <p>Riesgo de desnutrición</p> <p>Normal</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obesidad</p> <p>Talla alta</p> <p>Normal</p> <p>Riesgo a talla baja</p> <p>Talla baja</p> <p>Bajo peso</p> <p>Riesgo nutricional</p> <p>Normal</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obesidad</p> <p>Anemia leve</p> <p>Anea moderada</p> <p>Anemia severa</p> <p>Normal</p> <p>Policitemia</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo</p> <p>Tipo de investigación investigación observacional, descriptivo, transversal.</p> <p>Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo: M O Donde: M = niños < 36 meses O = estado nutricional</p> <p>Población, muestra, muestreo La población y muestra para los casos: Fueron 90 niños menores de 36 meses controlados en el C.S Uripa.</p> <p>Procesamiento de datos Los datos fueron procesados en la base de datos Microsoft Excel y a través de la estadística descriptiva se presentan en cuadros y gráficas.</p>



APENDICE B:

Instrumento de recolección de datos



**ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD
CONTROLADOS EN EL CENTRO DE SALUD URIPA, 2020.**

Instrucciones: Marcar con un aspa según corresponda, de acuerdo a lo hallado en los registros e historias clínicas del menor de cinco años, atendido en el Centro de Salud Uripa.

I. Características sociodemográficas de los niños (as):

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:
.....

Procedencia:

Urbano ()
Rural ()

Aseguramiento en salud:

Seguro integral de salud ()
EsSalud ()
Otro:

Programa Social:

Programa Juntos ()
Cuna más ()
Programa articulado nutricional ()
Otros ()
Ninguno:

II. Características antropométricas según sexo

- **Peso:**
- **Talla:**

• **Peso para la talla**

Desnutrición ()
Riesgo de desnutrición ()
Normal ()
Sobrepeso ()

Obesidad ()

• **Talla para la edad**

Talla alta ()

Normal ()

Riesgo a talla baja ()

Talla baja ()

• **Peso para la edad**

Bajo peso ()

Riesgo nutricional

Normal ()

Sobrepeso ()

Obesidad ()

III. Nivel de hemoglobina:

Considerar la hemoglobina al nacimiento

• Anemia leve ()

• Anemia moderada ()

• Anemia severa ()

• Normal ()

• Policitemia ()

Control de la Hb.

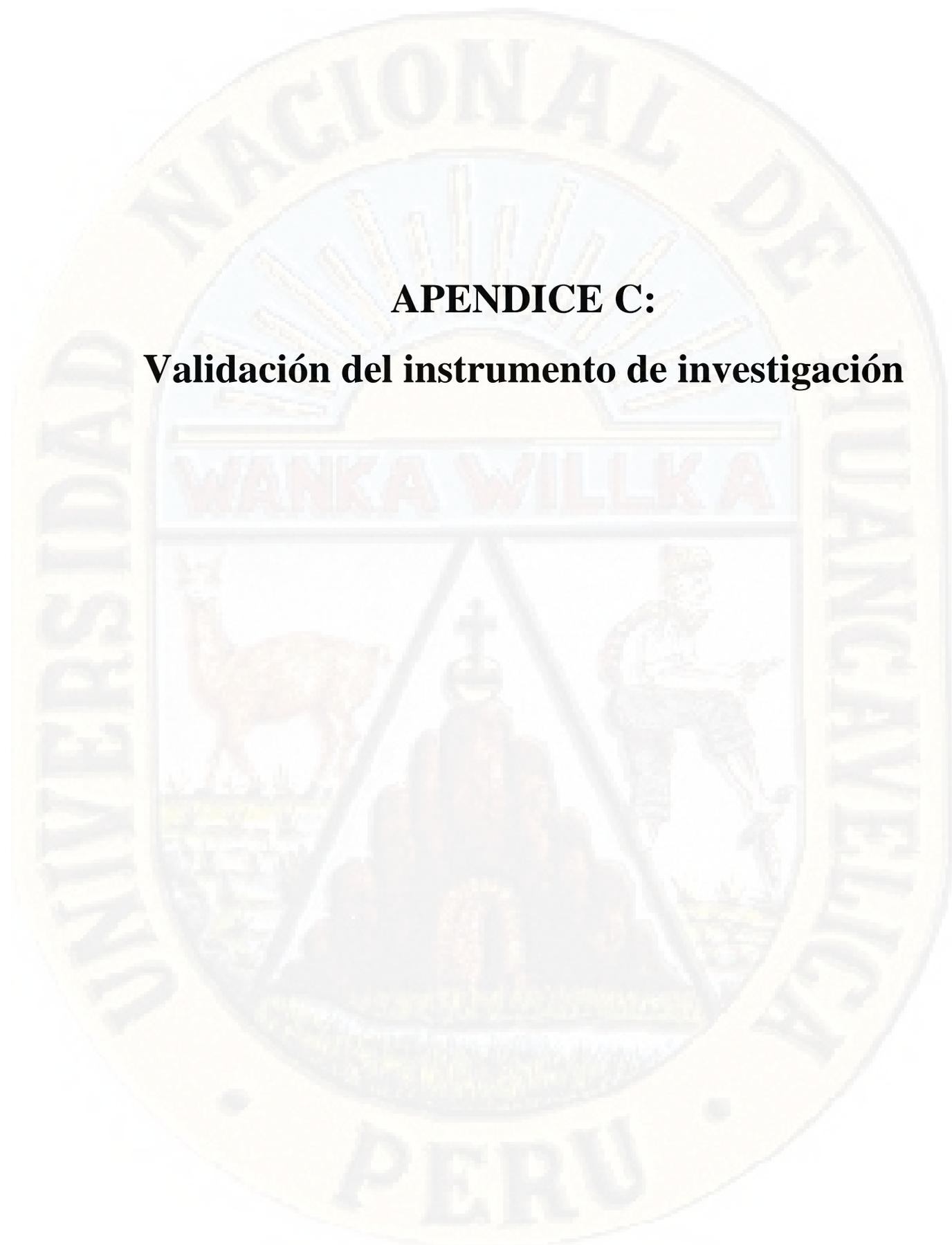
• Anemia leve ()

• Anemia moderada ()

• Anemia severa ()

• Normal ()

• Policitemia ()



APENDICE C:

Validación del instrumento de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: Ficha de observación

Investigación: Estado nutricional del niño menor de 36 meses de edad en tiempos de Covid 19, controlados en el Centro de Salud Uripa, 2019.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓ A	↓ B	↓ C	↓ D	↓ E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1x A + 2x B + 3x C + 4x D + 5x E}{50}$
= -----

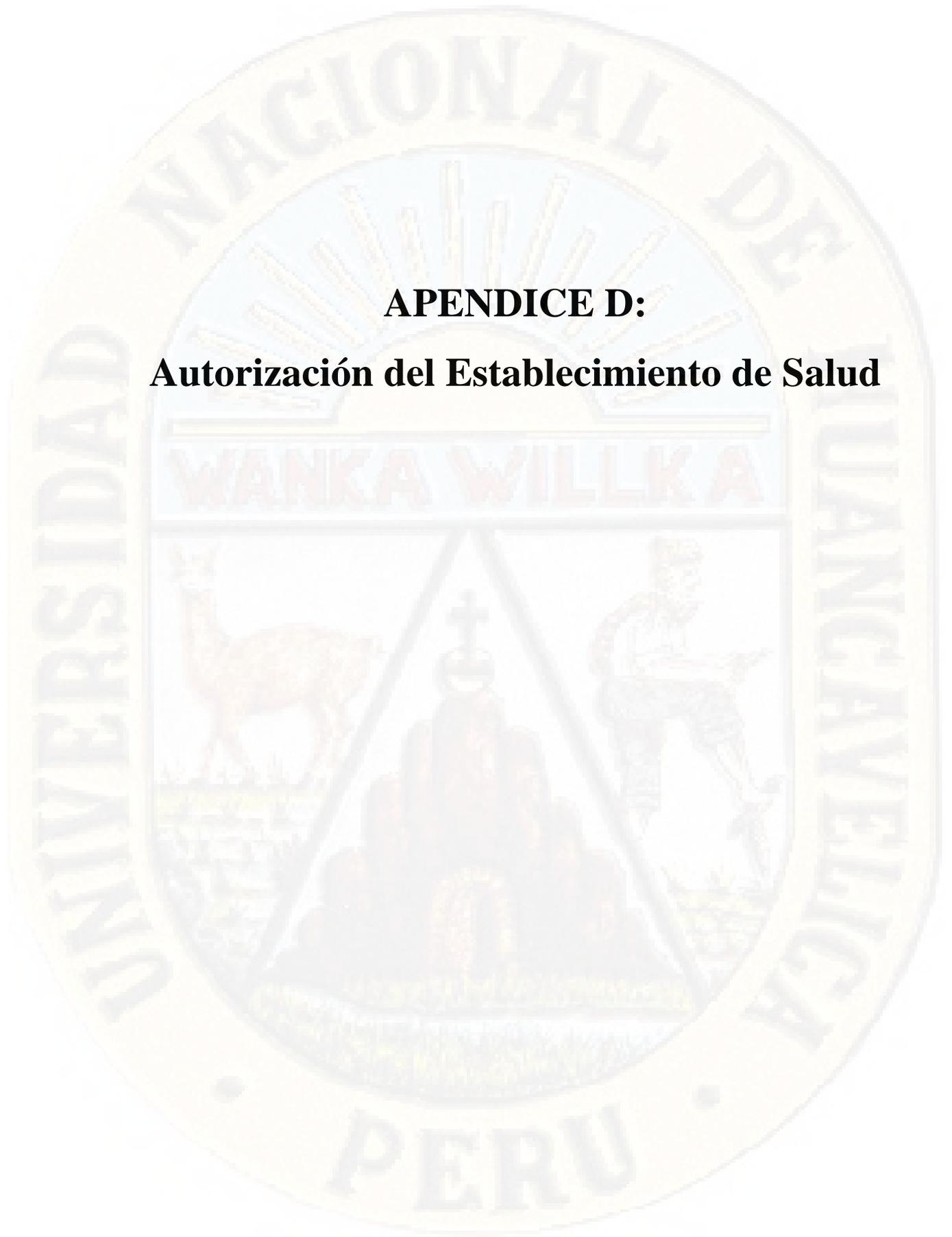
3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. **RECOMENDACIONES:**

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma del Juez



APENDICE D:

Autorización del Establecimiento de Salud

SOLICITA: PERMISO DE CAMPO CLÍNICO
PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS.

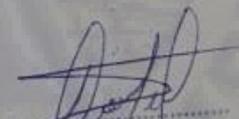
SEÑORA JEFA DEL CENTRO DE SALUD DE URIPA OBST. MEREDITH
ORDOÑEZ PALOMINO

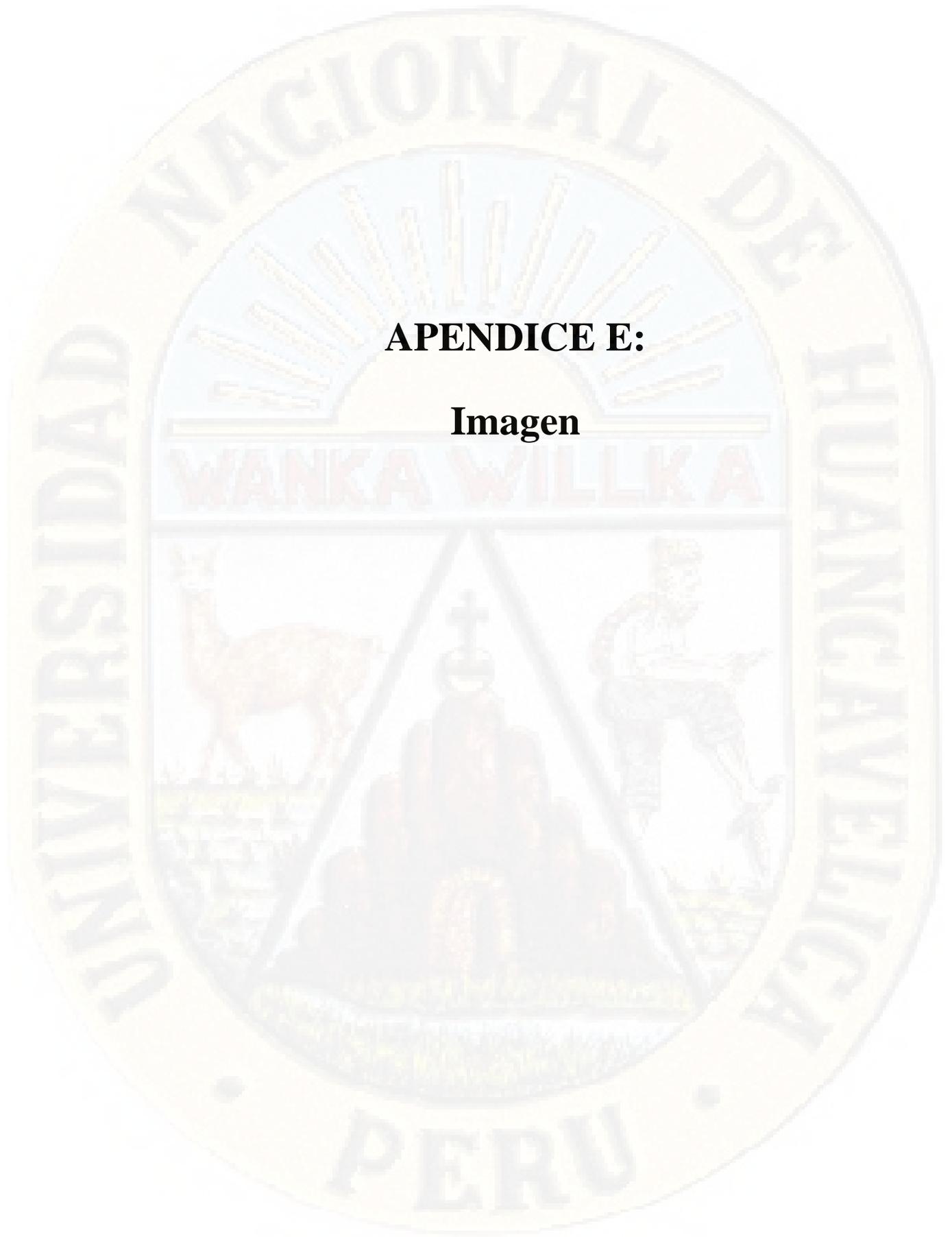
DISEÑO VIRGEN DE COCHABAMBA	
MICRO RED URIPA	
Nº REGISTRO	831
FECHA	10/6/2019 HORA 9:30
REGISTRADOR	E FOLIOS 1

LOURDES MURILLO QUISPE;
identificada con DNI N° 40350191,
domiciliada en el Jr. Micaela bastidas S/N,
del Distrito de Ancohuallo, comunidad
campesina Uripa, Provincia Chincheros
Departamento de Apurímac, teléfono
983991971, correo electrónico:
dambala5@hotmail.com, ante Ud. con el
debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo estudiante de la segunda
especialidad de Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de
Huancavelica, solicito a Ud, a realizar trabajo de investigación en su institución
sobre "HEMOGLOBINA Y ANTROPOMETRIA EN NIÑOS MENORES DE 36
MESES DE EDAD CONTROLADOS EN EL CENTRO DE SALUD URIPA 2019"
para optar el título de la Segunda Especialidad.

Por lo expuesto ruego a ud. Acceder a mi petición.


Lic. Lourdes Murillo Quispe
NUTRICIONISTA
CNP 4370



APENDICE E:

Imagen

Imagen N°1: Toma de muestra de hemoglobina del menor de 36 meses en el Centro de Salud Uripa, 2020.

