

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN
HUMANA**

T E S I S

Título:

**“EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS
INTERNADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. – IQUITOS, 2014”**

**Trabajo final de carrera para optar el título profesional de
Licenciada en Bromatología y Nutrición Humana**

Presentado por:

Br. Rosmar Nuzly Tinoco Ríos

Asesores:

Dr. Carlos Antonio Li Loo Kung


Dr. Ernesto Salazar Sánchez

Iquitos – Perú

2014

MIEMBROS DEL JURADO

Tesis aprobada en Sustentación Pública en la ciudad de Iquitos en las instalaciones del Auditorio de la Facultad de Ciencias Biológicas de la UNAP, llevado a cabo el día **Lunes 29 de Diciembre del 2014**, siendo los miembros del jurado calificador los abajo firmantes.



Roger Ruiz Paredes
Ingeniero en Industrias Alimentarias
CIP: 47754
Presidente



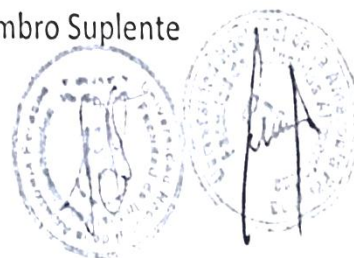
Emilio Díaz Sangama
Ingeniero en Industrias Alimentarias
CIP: 47754
Miembro Titular



Fery Tello Celis
Ingeniero en Industrias Alimentarias
CIP: 47489
Miembro Titular


.....
Miriam Ruth Alva Angulo
Licenciada en Nutrición
C.N.P. N° 0130

Miembro Suplente



DEDICATORIA

Al Todopoderoso, a nuestro Dios que día a día me viene brindando la dicha de un día más de vida, por socorrerme, brindarme sabiduría e inteligencia, hacer de mí un ser humano con el don de poder servir al prójimo en beneficio de su salud.

A mi señora madre: Dany Ruth Ríos Pasquel, mujer Iquiteña siempre pujante que no se amilana ante las adversidades, con su valentía me ha dado la oportunidad de la vida, con sus valores me enseñó el camino correcto a seguir y que con sus desvelos y atentos cuidado ha contribuido a mi crecimiento como mujer y profesional. Gracias mami.

A mi Mamá Aleja, mi abuelita querida doña Rosa Alejandrina Pasquel Dávila de Ríos, mujer con un corazón noble y de gran dulzura, nadie es más amorosa que ella, Dios la Bendiga siempre. A Félix Enrique Sánchez Ríos mí hermanito, mi debilidad hecha persona, que con sus preguntas y curiosidades alegra mi vida y me enseña a ser mejor hermana. Los amo siempre familia.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento sincero a las siguientes personas e instituciones:

- A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana a través de la Facultad de Industrias Alimentarias por implementar la escuela de Bromatología y Nutrición Humana y así poder darme la oportunidad de realizar mis estudios de pre-grado en esta hermosa carrera.
- A mi asesor, Dr. CARLOS ANTONIO LI LOO KUNG, por la confianza y buena disposición que me demostró a lo largo de este camino para llegar al ansiado título.
- A mi asesor, Dr. ERNESTO SALAZAR SÁNCHEZ, por la cooperación y motivación brindada las que contribuyen en mi crecimiento como profesional y persona.
- A mis profesores de la Facultad de Industrias Alimentarias por sus enseñanzas, amistad brindada, consejos asertivos y sobre todo por su calidad como seres humanos.
- Al Director del Hospital Regional de Loreto y a la comisión de ética del mismo, por permitirme ejecutar esta Investigación y por su desinteresada colaboración para realizar mi proyecto de tesis.
- A la Dra. Melissa Asunta y al Dr. Raúl Seminario pediatras del HRL que con sus enseñanzas y orientación me han dado toda la información necesitada y el apoyo en los momentos más cruciales y críticos de esta investigación.
- A todo el personal de salud que trabaja en el área de Pediatría del HRL por la calidez y amabilidad demostrada con mi persona.
- A todos los pacientes menores de 5 años que estuvieron internados en el Área de Pediatría del HRL y también a sus tutores que han colaborado al formar parte de este estudio de una manera desinteresada. Y por último a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a la realización de este trabajo con sus buenas energías.

MUCHAS GRACIAS

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Miembros del jurado.....	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Tabla de contenidos.....	5
Lista de tablas.....	7
Lista de gráficos.....	8
Abreviaturas.....	9
Resumen.....	10
I.- Introducción.....	11
II.- Revisión de la literatura.....	12
2.1. Antecedentes.....	12
III. Marco Teórico.....	15
3.1. Evaluación nutricional.....	15
3.2. Aplicación.....	15
3.3. Métodos o indicadores antropométricos.....	15
3.4. Mediciones antropométricas: técnicas, equipos e instrumentos.....	16
3.5. Estado de nutrición.....	17
3.6. Evaluación del estado nutricional en el menor de 5 años.....	18
3.7. Clasificación dada por Waterlow y Gómez.....	18
3.8. Fórmulas para calcular los indicadores antropométricos en base a los porcentajes de la mediana (percentil 50).....	18
3.9. Interpretación de los resultados.....	18
3.10. Leyenda de los resultados.....	19
3.11. Clasificación según Waterlow.....	19
3.12. Grados de desnutrición.....	19
3.13. Desnutrición.....	20
3.14. Clases de desnutrición.....	22
Marco conceptual.....	28
IV.- Objetivos de la investigación.....	30
V.- Metodología.....	30

5.1. Tipo y diseño de estudio	30
5.2. Selección del área o ámbito de estudio	30
5.3. Población	31
5.4. Muestra	31
5.5. Diseño muestral	31
5.6. Definiciones operacionales de las variables, indicadores e índices	32
5.7. Hipótesis de Trabajo	33
5.8. Procedimientos para la recolección de la información	33
5.9. Procedimientos para la recolección de mediciones antropométricas.....	33
5.9.1. Equipos	33
5.9.2. Técnicas	33
5.10. Procedimientos para la recolección de Datos	36
5.11. Análisis de datos	36
5.12. Aspectos Éticos.....	37
VI.- Resultados	38
VII.- Discusión.....	59
VIII.- Conclusiones.....	61
IX.- Recomendaciones	62
X.- Referencias Bibliográficas.....	63
XI.- Anexos.....	66
11.1. Hoja de información para participantes.....	66
11.2. Consentimiento informado.....	67
11.3. Hoja de recolección de datos.....	68
11.4. Encuesta para los cuidadores de los menores.....	70
11.5. Patrones de referencia de niños y niñas menores de años 5 de la OMS.....	71
11.6. Muestras de historias clínicas nutricionales realizadas.....	75
11.7. Muestras de las encuestas realizadas a los cuidadores de los Menores.....	85

LISTA DE CUADROS	Pág.
Cuadro N° 1. Clasificación del estado nutricional según Waterlow	19
Cuadro N° 2. Clasificación de los grados de desnutrición	20
Cuadro N° 3 Diseño Muestral	32
Cuadro N° 4: Distribución de las edades de los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto	38
Cuadro N° 5: Distribución de las edades de las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.	38
Cuadro N° 6: Distribución del peso al nacer en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto	39
Cuadro N° 7: Distribución del peso al nacer en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto	39
Cuadro N° 8: Distribución de la talla al nacer en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto	40
Cuadro N° 9: Distribución de la talla al nacer en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto	41
Cuadro N° 10: Distribución de los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto, según el lugar de procedencia.	41
Cuadro N° 11: Distribución de las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto, según el lugar de procedencia.	42
Cuadro N° 12: Distribución de la evaluación de los indicadores antropométricos en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.	43
Cuadro N° 13: Distribución de la evaluación de los indicadores antropométricos en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.	45
Cuadro N° 14: Clasificación del diagnóstico nutricional según Waterlow y Gómez en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto	46
Cuadro N° 15: Clasificación del diagnóstico nutricional según Waterlow y Gómez en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto	48
Cuadro N° 16: Distribución del grado de desnutrición en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.	49
Cuadro N° 17: Distribución del grado de desnutrición en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.	50

LISTA DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico N° 01: Indicadores nutricionales de los menores de 0 a 59 meses internados en el Hospital Regional de Loreto	51
Gráfico N° 02: Indicadores antropométricos usados en los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.	52
Gráfico N° 03: Clases de alimentación que recibieron los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.	53
Gráfico N° 04: Síntomas que presentaron los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.	54
Gráfico N° 05: Tratamientos que recibieron los menores internados del Hospital Regional de Loreto	55
Gráfico N° 06: Cuidadores preparados de los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.	56
Gráfico N° 07: Características de la Vivienda de los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.	57
Gráfico N° 08: Características de la Comunidad de los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.	58

ABREVIATURAS

- **ADA.** Asociación Dietética Americana.
- **AC.** Alimentación Complementaria.
- **AA.HH.** Asentamiento Humano.
- **CENAN.** Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
- **DA.** Desnutrición Aguda.
- **DC.** Desnutrición Crónica.
- **DG .**Desnutrición Global.
- **DEVAN.** Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
- **DIRESA.** Dirección Regional de Salud.
- **ENDES.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- **FAO.** Organización de Las Naciones Unidas para La Alimentación y La Agricultura.
- **IMC:** El índice de masa corporal.
- **INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- **INS.** Instituto Nacional de Salud.
- **JUNTOS.** Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres.
- **LM.** Lactancia Materna.
- **NTS CRED.** Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años.
- **ODM.** Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **P/E.** Indicador antropométrico de peso para la edad que determinan la desnutrición global del menor.
- **P/T.** Indicador antropométrico de peso para la talla que determinan la desnutrición aguda del menor.
- **PAN.** Programa Articulado Nutricional.
- **SIEN.** Sistema de Información del Estado Nutricional.
- **T/E.** Indicador antropométrico de talla para la edad que determinan la desnutrición crónica del menor.
- **UNICEF.** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

❖ En el presente estudio se realizó el diagnóstico del estado nutricional de los menores de 5 años que fueron internados en el Hospital Regional de Loreto., ciudad de Iquitos en el año 2014, los cuales representan al 100% de la población, teniendo como objetivo evaluar su estado nutricional. Razón por la cual las técnicas que se emplearon para este estudio fueron la antropometría, la encuesta y la observación directa siendo los instrumentos para la recolección de datos: la ficha de evaluación nutricional en donde se registraron las medidas antropométricas obtenidas con lo cual se logró realizar los diagnósticos nutricionales y conocer el grado de desnutrición en el que se encontraban los menores al momento del estudio, también se utilizó los nuevos patrones internacionales de crecimiento infantil, para lactantes y niños de hasta 5 años de la OMS año 2006, las mismas que proporcionan información sobre el crecimiento idóneo de los niños (as), demostrando por vez primera que los niños (as) nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se les ofrecen condiciones de vida óptimas, cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para las edades similares y como último instrumento: la encuesta que se le realizó a los cuidadores de cada menor, la cual nos brinda la información acerca de las características socio-culturales y cuáles son los determinantes de las distintas clases de desnutriciones encontradas en esta población menor de 5 años.

Luego de haber procedido a realizar las respectivas evaluaciones los resultados encontrados han sido interpretados por medio del uso de cuadros y gráficos estadísticos, aplicando la estadística descriptiva, promedio y porcentajes, logrando que la información obtenida del proyecto de tesis sea fácilmente entendible para su posterior utilización como fuente de información sobre la evaluación del estado nutricional en menores de 5 años internados en cualquier mosocomio. Fue por todo lo mencionado que se logró realizar la evaluación de estado nutricional de los menores en estudio de una manera correcta, satisfactoria y sin dificultades, conociéndose que una mala alimentación y la pobreza influyen es el estado nutricional.

I. INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras) y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez.

Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los ODM junto con otros indicadores de desarrollo social y económico. En el Perú, la reducción de la pobreza y la desnutrición, específicamente la desnutrición crónica, son metas de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial.

Por todo lo antes mencionado, en este proyecto de tesis se brinda información sobre el estado nutricional de los menores de 5 años de edad a través de la aplicación de los tres indicadores nutricionales de uso internacional los cuales son: P/E (desnutrición global), T/E (desnutrición crónica) y P/T (desnutrición aguda), los mismos que ha sido calculados a partir de la información del peso y talla (utilizando las técnicas de la antropometría) además de conocer la edad y el sexo de los menores.

Otro punto importante fue el aplicar la encuesta a los cuidadores de los menores ya que con el conjunto de preguntas se pudo conocer los determinantes que existen para las clases de desnutriciones encontradas, además que se pudo identificar cuáles son los limitantes y debilidades que tiene la población en estudio, tenerlo en cuenta y en el futuro realizar acciones y tomar medidas reguladoras para mejorar la deficiente alimentación que reciben los niños menores a 5 años por parte de las personas encargadas de velar por su salud y así contribuir a su buena y adecuada nutrición.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

Según el proyecto “FAMILIAS SALUDABLES DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE LAS CUENCAS DE LOS RÍOS PASTAZA, TIGRE Y CORRIENTES, 2009”. La prevalencia de la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años y, específicamente en los niños menores de 3 años, es un indicador del impacto del proyecto. Se ha evaluado el peso y la talla de los niños menores de 36 meses, tomando en cuenta las normas establecidas por el Ministerio de Salud y utilizando instrumentos de medición adecuados. Para la evaluación del estado nutricional se han tomado en cuenta los siguientes indicadores:

- Peso relacionado a la edad o Desnutrición global
- Peso relacionado a la talla o Desnutrición aguda
- Talla relacionada a la edad o Desnutrición crónica

Desnutrición global. A continuación se presentan los resultados del estudio de seguimiento de este indicador y su comparación con el estudio de línea de base:

En las comunidades de Trompeteros se ha disminuido 6 puntos la desnutrición global, esto se relaciona con la mejora de prácticas en el cuidado del niño y el seguimiento mensual que se hace a los niños con problemas nutricionales luego del control de peso. En el caso de las comunidades de Andoas, comunidades del río Pastaza, Tigre y una comunidad del río Corrientes, este indicador disminuyó en 11 puntos. Este es el resultado de todas las actividades del proyecto encaminadas a mejorar el cuidado de los niños y niñas del proyecto, a través de sesiones educativas, sesiones demostrativas de preparación de alimentos, consejerías familiares y el control en forma mensual del peso de los niños.

Desnutrición aguda. Habría disminuido en el ámbito de Trompeteros y se mantiene en Andoas; sin embargo en estos casos de muy baja incidencia el método de muestreo empleado no nos permite tener la certeza del cambio producido.

Desnutrición crónica. En niños menores de 3 años en las comunidades donde el proyecto ha intervenido 3 años. Como se aprecia, la desnutrición crónica ha disminuido en los dos ámbitos del proyecto, de manera mucho más clara en Trompeteros. Para el caso de las comunidades del río Corrientes en Trompeteros la desnutrición crónica de los niños menores de 3 años disminuyó de 31% a 18%; esto se debe al trabajo conjunto realizado entre el personal de salud del PEPISCO, Programa

JUNTOS, los líderes comunales (promotores de salud, JASS y autoridades comunales) y Cáritas del Perú; estas instituciones han sumado todas sus actividades para mejorar la salud en beneficio de los niños y niñas de nuestra Amazonía. En el ámbito de Andoas, a pesar del apoyo limitado del personal de los establecimientos de salud, se ha logrado disminuir 3 puntos la desnutrición crónica. Siendo este un proyecto educativo ha incidido en las prácticas de salud y nutrición que se reflejan en la salud de los niños y niñas de las comunidades del río Pastaza.

En las comunidades del río Corrientes intervenidas desde el 2006, se tuvo un trabajo fluido y continuo, por lo cual se pudo disminuir mucho más la desnutrición crónica que en las comunidades del ámbito de Andoas, donde la intervención no ha sido constante en estos tres años del proyecto. En el ámbito de Andoas, sólo ha intervenido el proyecto, diversificando las actividades y asumiendo algunas otras, como la vacunación en las comunidades del río Pastaza. Se ha tenido todo el apoyo de los establecimientos de salud del ámbito. Es preciso destacar el esfuerzo de los promotores, promotoras de salud, autoridades comunales, miembros de las JASS quienes también han sido piezas claves para el logro de estos resultados. La desnutrición crónica en los niños menores de 5 años sigue aumentando al pasar los tres años de edad y es mucho más difícil revertir el daño que produce pasado esta edad.

La desnutrición crónica en los niños menores de 5 años encontrada en el año 2006 y ahora en el año 2009, en aquellas comunidades donde se ha intervenido por tres años, tanto en Trompeteros como en Andoas. Se observa que en los dos ámbitos de trabajo hemos tenido una disminución considerable de la desnutrición crónica en menores de 5 años. En las comunidades de Trompeteros a partir del segundo año del proyecto se tuvo una presencia real del proyecto PEPISCO, a través del Centro de Salud de Villa Trompeteros, y el Programa JUNTOS, con los que se formó una alianza estratégica a favor de la nutrición infantil, por lo cual, las actividades de todas estas instituciones contribuyeron con en estos resultados positivos y alentadores del proyecto.

Según la “ENDES, 2013”. De los menores de cinco años de edad en la encuesta 2013, el 4,9% padecía de desnutrición global (deficiencia del peso para la edad). Este indicador mostró una disminución de 3,0 puntos porcentuales entre las encuestas de 1991-1992 y la de 1996; y de 1,1 puntos porcentuales al comparar los años 2009 y 2013. Este comportamiento indica que se alcanzó la meta de reducir a 5,4% la

insuficiencia ponderal o desnutrición global para el año 2015. Entre los años 2009 y 2013, la desnutrición global ha disminuido entre los menores de cinco años de edad con madres sin nivel de educación (8,3 puntos porcentuales), residentes en el área rural (2,0 puntos porcentuales) y en la Selva (1,7 puntos porcentuales). Al comparar por sexo, se observó mayor reducción en los niños (1,2 puntos porcentuales) que en las niñas (1,0 punto porcentual). En el año 2013, el 13,1% de las niñas y niños menores de cinco años de edad padecía de desnutrición crónica, esto es, presentaron retardo en el crecimiento de la talla para la edad. En el transcurso de 22 años de análisis, el porcentaje de menores con déficit alimenticio se redujo en 23,4 puntos porcentuales, entre los años 1991-92 y 2013, como consecuencia de las intervenciones entre sectores y niveles de gobierno; y de la aplicación del PAN.

Asimismo, este resultado superó la meta de 18,3% para el año 2015. El porcentaje de los menores de cinco años de edad, con nutrición insuficiente disminuyó en los niños al pasar de 37,1% en 1991-92 a 13,4% en 2013; y en las niñas de 35,8% a 12,6%, en los periodos de referencia.

Según el “SIEN 2006-2013”. Situación nutricional en niños menores de 5 años”. La proporción promedio mensual de casos de desnutrición crónica, a nivel nacional durante el 2013 fue de 16.0% entre los niños menores de 5 años que acuden a los EESS. Más de la mitad de DIRESA superan la proporción promedio mensual nacional. Las proporciones más altas de niños desnutridos crónicos se concentran en el trapezio andino y en el norte del país, mientras que las menores proporciones están en Lima, Callao y la costa sur del país.

La proporción promedio mensual de casos de desnutrición global durante el 2013 fue de 6.7%.

La proporción promedio mensual de casos de desnutrición aguda durante el 2013 fue de 1.3%.

La proporción promedio mensual de casos de sobrepeso durante el 2013 fue de 4.5%.

La proporción promedio mensual de casos de obesidad durante el 2013 fue de 1.4%.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Evaluación nutricional. La misma ha sido definida por diversos autores, considerando diferentes elementos de la misma, a continuación se enlistan alguno de ellos:

- La ADA la define como un acercamiento integral para definir el estado de nutrición utilizando historias médicas, nutricias y de medicamentos, examen físico, mediciones antropométricas y datos de laboratorio.
- El Departamento de salud y servicios humanos de Norteamérica lo define como: “la medición de indicadores del estado dietético y estado de salud relacionado con la nutrición, para identificar la ocurrencia, naturaleza y extensión de alteraciones en el estado de nutrición”
- Por su parte Gibson (Gibson, 1990), establece que representa la interpretación de la información obtenida de estudios y que esta información se utiliza para conocer el estado de salud determinado a partir del consumo y utilización de nutrimentos de los sujetos o grupos de población.
- Según Lee (Lee y Nieman , 2007), la define como “la evaluación del estado de nutrición de los individuos o poblaciones a partir de la medición de su consumo de alimentos y nutrimentos y la valoración de indicadores de nutrición relacionados con el estado de salud”
- Por su parte la OMS no la define pero la ubica como la aplicación metodológica cuyo propósito final es mejorar la salud de los seres humanos.

3.2 Aplicación. A pesar de todas las definiciones existentes, el punto crucial en la evaluación del estado nutricional es considerar que se requiere de varios elementos para su aplicación (Suverza y Haua, 2010):

- La obtención de datos e información por parte del individuo evaluado.
- La realización de una serie de pruebas y mediciones.
- La aplicación e interpretación de los datos, informaciones, mediciones y pruebas obtenidas.
- Finalmente, el establecimiento de un diagnóstico sobre el estado de nutrición en que se encuentra el individuo evaluado.

3.3 Métodos o indicadores antropométricos. La antropometría se encarga de medir y evaluar las dimensiones físicas y composición corporal del individuo, para el caso de

los niños permite evaluar el crecimiento lineal. Es muy útil para determinar alteraciones proteicas y energéticas, permite detectar estados moderados y severos de mala nutrición, así como problemas crónicos o inferir sobre la historia nutricional del sujeto (Suverza y Haua, 2010).

3.4 Mediciones antropométricas: técnicas, equipos e instrumentos. Existen una infinidad de mediciones antropométricas del cuerpo humano, que incluyen peso, estatura, panículos adiposos (también denominados pliegues cutáneos en la práctica clínica) en diversos sitios (más de 100 reportados en la literatura), perímetros o circunferencias, longitudes y anchuras de segmentos corporales, a partir de ello se ha descrito un montón de índices. Todos estos modelos antropométricos han sido desarrollados para predecir la composición del organismo en los diferentes grupos de edad (Ellis, 2000) pero que en este proyecto de tesis solo se hará mención de los que han sido utilizados los cuales son: peso, estatura y longitud. Cabe recalcar que la evaluación antropométrica puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil. Las evaluaciones transversales del estado nutricional deben incluir los índices P/T y T/E para determinar si hay desnutrición aguda (adelgazamiento), desnutrición crónica (retardo del crecimiento) o ambas.

- ❖ Técnica. La técnica para realizar las mediciones antropométricas utiliza el protocolo establecido por el Manual de la antropometrista, 2012.
- ❖ Equipos:
 - Para medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses. Una balanza calibrada en Kilos con graduaciones cada 10 gramos. Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas. Una de ellas, que generalmente es la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño, se encarga de sujetar al niño y asegurarse de que el niño no se vaya caer, mientras que el personal de salud encarga de realizar la medición y registrar (NTS CRED; 2011).
 - Para medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses. Una balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos (NTS CRED, 2011).
 - Para la medición de la longitud de la niña o niño menor de 24 meses.
- Infantómetro: Es un instrumento que se emplea para medir la longitud de niños menores de dos años y se mide en posición horizontal Es de madera, puede ser fijo

cuando su diseño es para uso en el establecimiento de salud, y es móvil o portátil cuando se necesita transportar a campo.

Constan de las siguientes partes: Tablero, con bastidores, travesaños, correderas y cinta métrica, base o tope fijo, con escuadra y tope móvil, con correderas, asideros, tablero de lectura y tablero tope (Manual de la Antropometrista. ENDES, 2012)

- Para la medición de la estatura de la niña o niño mayor de 24 meses.
- Tallímetro: Es un instrumento de madera que se emplea para medir la estatura de niños y niñas de 24 a 59 meses (2 a 4 años y se mide en posición vertical. Es de madera, puede ser fijo cuando su diseño es para uso en el establecimiento de salud, y es móvil o portátil cuando se necesita transportar a campo y tiene cuerpos que se ensamblan. Necesita de una mochila porta tallímetro para su protección y transporte y sus partes son: Tablero: cuerpos con bastidores, travesaños, pernos tipo pivote, correderas y cinta métrica, base o tope fijo, con escuadra y tope móvil, con correderas, asideros, tablero de lectura y tablero tope (Manual de la Antropometrista. ENDES, 2012)

❖ Instrumento:

- Los patrones de crecimiento infantil de la OMS, 2006. Son un instrumento que se utiliza extensamente en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente (con insuficiencia ponderal o sobrepeso) y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. Los nuevos gráficos constituyen, por consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son superiores a los patrones de referencia que se manejaban antes. Permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para varones y para hembras y también gráficos para lactantes (hasta un año de edad) y para niños de hasta 5 años.

3.5 Estado de nutrición. Por estado de nutrición se entiende:

- Condición resultante de la ingestión de alimentos y la utilización biológica de los mismos por el organismo (Orientación alimentaria, 2010)

- El estado de nutrición refleja el grado en que las necesidades fisiológicas han sido cubiertas (Shill et al, 2006).
- 3.6 Evaluación del estado nutricional en el menor de 5 años. El estado nutricional puede expresarse cuantitativamente mediante percentiles, desviaciones estándar, porcentajes de la mediana (percentil 50) en los programas de rehabilitación se prefiere usar este último, ya que estos valores son más fáciles de calcular e interpretar y se valora mediante los siguientes indicadores:
- 1) P/E: Peso para la edad, es un indicador global.
 - 2) T/E: Talla para la edad, revela la historia nutricional, es decir la desnutrición crónica.
 - 3) P/T: Peso para la talla, mide el estado de nutrición actual, es decir mide la desnutrición aguda.
- 3.7 Clasificación dada por Waterlow y Gómez. Con base en los indicadores anteriores, Waterlow (Waterlow, 1972) y Gómez (Gómez, 2003) clasificaron los grados o niveles de desnutrición, acuñando los términos desnutrición de 1er grado o leve, de 2do grado o moderada y de 3er grado o severa. De ellos, Waterlow clasifica peso/talla y talla/edad. Por su parte, Gómez solamente lo establece para el indicador peso/edad. Para calcular estos indicadores se toma como base el peso o estatura de referencia que corresponde al dato de 50 percentil, estableciendo así dichos indicadores.
- 3.8 Fórmulas para calcular los indicadores antropométricos en base a los porcentajes de la mediana (percentil 50). Para el cálculo del porcentaje de la mediana, es decir el porcentaje de diferencia que hay entre la medida (peso o talla) de un niño (a) determinado y el percentil 50 o mediana, se utiliza las siguientes formulas:
- 1) % de P/E = $\frac{\text{Peso actual} \times 100}{\text{Peso ideal para la edad (percentil 50)}}$
 - 2) % de T/E = $\frac{\text{Talla actual} \times 100}{\text{Talla ideal para la edad (percentil 50)}}$
 - 3) % de P/T = $\frac{\text{Peso actual} \times 100}{\text{Peso ideal para la talla actual (percentil 50)}}$
- 3.9 Interpretación de los resultados. Después de realizar las formulas detalladas anteriormente obteniendo los siguientes resultados:

- Estrófico: P/T normal, T/E normal, P/E normal.
- Desnutrición global: P/E bajo
- Desnutrición aguda: P/T bajo, T/E normal
- Desnutrición crónica: T/E bajo, P/T normal
- Desnutrición crónica obeso: P/T alto, T/E bajo
- Desnutrición crónica reagudizada: T/E bajo, P/T bajo
- Obesidad: P/T alto, T/E normal

3.10 Leyenda de los resultados. En este punto se brinda el rango según cada indicador antropométrico que ha sido utilizado para la evaluación del estado nutricional en menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto.:

P/T Normal: 90 – 110% T/E Normal: >95% P/E Normal: >90%
 P/T Bajo: < 90% T/E Baja: <95% P/E Baja: <90 %
 P/T Alto: >110%

3.11 Clasificación según Waterlow.

Cuadro N° 1. Clasificación del estado nutricional según Waterlow

T/E P/T	>95%	≤ 95%
>110 %	Sobre peso u Obeso	Desnutrido crónico obeso
110 – 90%	Normal	Desnutrido crónico
<90%	Desnutrido agudo	Desnutrido crónico reagudizado

Fuente: Hugo Peña Camarena. Dosificación de medicamentos en pediatría. 5ta edición.

La clasificación de Waterlow especifica la importancia de esta clasificación ya que la misma radica en que permite determinar la cronología del estado nutricional, que se basa en la DA cuando existe un déficit del P/T y la DC que se refiere al déficit existente en la T/E. Estos dos indicadores representan respectivamente, el peso o la estatura de un niño comparados con el percentil 50 de los valores de referencia para la misma edad. Al combinarlos, estos dos indicadores permiten la identificación del estado de nutrición del niño y se puede clasificar desde normal, hasta la combinación de desnutrición aguda, crónico agudizada o crónico armonizada. Esto permite establecer la cronicidad de la desnutrición (Pérez et al 2000).

3.12 Grados de desnutrición. Según Gómez (Gómez, 2003) de acuerdo al déficit del peso corporal sobre el esperado y normal para la edad, la desnutrición calórica o mixta puede tener tres grados, con riesgos crecientes de enfermar y morir:

- 1) Grado I (Leve): Déficit ponderal del 10-24%.
- 2) Grado II (Moderado): Déficit ponderal del 25-39%.
- 3) Grado III (Grave): Déficit ponderal del 40%.

Cuadro N° 2. Clasificación de los grados de desnutrición

	Leve	Moderada	Severa
Desnutrición global (P/E)	75 – 89 %	60 – 74 %	<60 %
Desnutrición aguda (P/T)	80 – 89 %	70 – 79 %	<70 %
Desnutrición crónica (T/E)	90 – 94 %	85 – 89 %	<85 %

Fuente: Hugo Peña Camarena. Dosificación de medicamentos en pediatría. 5ta edición.

3.13 Desnutrición. La desnutrición es un síndrome conocido desde hace muchos años, proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo. La desnutrición se manifiesta por pérdida y/o falta de progreso de peso, con peso inferior a lo normal y finalmente consumo de las propias reservas grasas y autofagia proteínica. Es una regla sin excepción que la desnutrición afecta principalmente al niño menor de 5 años por su rápido crecimiento, ya que tiene requerimientos nutritivos que son más elevados, específicos y difíciles de satisfacer. Por otra parte, ellos dependen de terceras personas para su alimentación, las que a veces no tienen los recursos necesarios. Generalmente después del nacimiento hasta los 6 meses, la leche de madre alcanza a cubrir todas las necesidades nutricionales del niño. Después de esta edad la leche no es suficiente y es necesario recurrir a otros alimentos para complementar los requerimientos nutricionales del lactante (período de destete). En este período aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas.

- Causas. La causa más frecuente de la desnutrición es una mala alimentación por dieta inadecuada o insuficiente, en la que el cuerpo gasta más energía que la comida que consume. Existen patologías médicas que pueden desencadenar una mala absorción o

dificultades en la alimentación causando así la desnutrición. O circunstancias sociales, ambientales o económicas pueden arrastrar a las personas a una desnutrición. Estas causas pueden ser:

- **Patologías médicas.** Anorexia nerviosa, bulimia, celiaquía, coma, depresión, diabetes mellitus, enfermedad gastrointestinal y vómitos constantes.
Mala absorción.- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.
- **Circunstancias sociales.** Hambrunas que pueden ser ocasionadas por, sequías, plagas, razones políticas, guerras, o múltiples motivos. La pobreza es la principal causa de desnutrición en el mundo, 1020 millones de personas sufren de hambre en el mundo y el mayor porcentaje de esta población vive en países subdesarrollados.
- **Disminución de la ingesta dietética.** La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es/son digerido(s) o absorbido(s) apropiadamente. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra contribuyen todos a padecimientos, e incluso epidemias, de desnutrición e inanición, y no solo los países en desarrollo.
 - **Pruebas y exámenes.** Los exámenes dependen del trastorno específico y en la mayoría de las intervenciones se incluye una evaluación nutricional y un análisis de sangre.
 - **Tratamiento.** Generalmente, el tratamiento consiste en la reposición de los nutrientes que faltan, tratar los síntomas en la medida de lo necesario y cualquier afección subyacente.
 - **Pronóstico.** El pronóstico depende de la causa de la desnutrición. La mayoría de las deficiencias nutricionales se pueden corregir; sin embargo, si la causa es una afección, hay que tratar dicha enfermedad con el fin de contrarrestar la deficiencia nutricional.
 - **Posibles complicaciones.** Sin tratamiento, la desnutrición puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedad y posiblemente la muerte.

- Consecuencias:
 - Corazón: el corazón pierde masa muscular, así como otros músculos del cuerpo. En el estado más avanzado hay una insuficiencia cardíaca y posterior muerte.
 - Sistema inmune: se torna ineficiente. El cuerpo humano no puede producir células de defensa. Luego, es común las infecciones intestinales, respiratorias, y otros acontecimientos. La duración de las enfermedades es mayor y el pronóstico siempre peor que en individuos normales. La cicatrización se lentifica.
 - Sangre: es posible que ocurra un cuadro de anemia ferropénica relacionada a la desnutrición.
 - Tracto intestinal: hay una menor secreción de ácido clorhídrico por el estómago, tornando ese ambiente más favorable para la proliferación de bacterias. El intestino disminuye su ritmo de peristáltico y su absorción de nutrientes es muy reducida.
- Prevención. Ingerir una dieta balanceada y de buena calidad ayuda a prevenir la mayoría de las formas de desnutrición.

3.14 Clases de desnutrición.

- 1) Desnutrición global. Es el estado en el cual las niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su edad y sexo con relación a una población de referencia. Es considerado como un indicador general de la desnutrición puesto que puede reflejar tanto la desnutrición crónica como la aguda o ambas. En este sentido, puede ser un indicador ambiguo particularmente después del primer año de vida cuando la importancia del peso bajo depende de su relación con la longitud o talla más que con la edad.
 - Según ENDES (2013), indica que la Desnutrición global según:
 - Característica seleccionada a nivel nacional afectó al 3,5% de niñas y niños menores de 5 años de edad, valor que ha descendido en 0,7 punto porcentual en relación al año 2009 que fue 4,2%. La desnutrición global en niñas y niños menores de seis meses de edad fue de 5,5%, seguido del grupo de 18 a 23 meses de edad, 5,2%. Siendo menor entre los 9 y 11 meses de edad, 2,3%, de 36 a 47 meses de edad, 2,5% y de seis a ocho meses de edad, 2,8%. Por sexo, la desnutrición global fue ligeramente mayor en niños (4,1%) que en niñas (2,9%). Entre niñas y niños que tuvieron un tamaño

promedio o más grande al nacer, el porcentaje de desnutrición global fue 2,2%, se elevó en el grupo de niñas y niños con un tamaño pequeño y muy pequeño al nacer (8,4% y 11,3%, respectivamente). La desnutrición global se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor a 24 meses y de 24 a 47 meses (7,3% y 4,8%, respectivamente), en relación con los primogénitos y los nacimientos con intervalo de 48 y más meses (2,7% y 3,0%, respectivamente). La proporción de niñas y niños con desnutrición global en el grupo de madres desnutridas (índice de masa corporal- IMC menor a 18,5) ascendió a 2,7%. Entre las madres con sobrepeso u obesidad (IMC mayor a 24,9) la proporción fue 2,4%; mientras, que en el grupo de madres con IMC de 18,5 a 24,9, el porcentaje de niñas y niños desnutridos fue 5,6%. Las madres con menor nivel de educación tuvieron una mayor proporción de niñas y niños con desnutrición global en relación a las de mayor educación. Así, el 1,3% de infantes de madres con educación superior tuvo desnutrición global, proporción que se elevó a 6,4% (5,1 puntos porcentuales más) cuando las madres no tienen nivel de educación. La desnutrición global se presentó en mayor porcentaje en niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento y agua hervida (procedente de otra fuente distinta a la red pública) con 6,4% y 5,7%, respectivamente, comparados con los que consumieron agua con cloro residual y embotellada (1,0% y 1,6%, respectivamente). Las niñas y niños con mayor porcentaje de desnutrición global se ubicaron en el quintil inferior (7,6%); mientras, que en el quintil superior fue solo el 0,6%.

- ❖ **Ámbito geográfico por área de residencia**, afectó al 6,5% de niñas y niños del área rural y al 2,1% del área urbana. Por región natural, la desnutrición global se presentó con mayor intensidad en las niñas y niños de la Selva (6,8%), 6,4 puntos porcentuales más que el valor presentado en Lima Metropolitana (0,4%).
- 2) **La desnutrición crónica**. Es el estado en el cual las niñas y niños tienen baja estatura con relación a una población de referencia, refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias) y, de la interacción entre ambas.

- ❖ Según ENDES (2013), indica que la Desnutrición crónicas según:
 - Característica seleccionada a nivel nacional, afectó al 17,5% de niñas y niños menores de 5 años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2009 (23,8%). Por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 2,0 puntos porcentuales (18,5% en niños y 16,5% en niñas). En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 11,6% y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 14,3%, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (25,2%). En niñas y niños de 24 a 35 meses de edad, la proporción de desnutrición crónica fue 19,6%, en el grupo de 36 a 47 meses de edad fue 17,7%, y en las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad (15,2%). El porcentaje de desnutrición crónica entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer fue 37,6%, 23,9 puntos porcentuales más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (13,7%). La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor a 24 meses y de 24 a 47 meses (31,2% y 24,9%, respectivamente). Los nacimientos primogénitos y aquellos con intervalo de 48 y más meses presentaron menores porcentajes (11,6% y 15,6%, respectivamente). La desnutrición crónica de niñas y niños menores de 5 años de edad cuyas madres tenían IMC entre 18,5 y 24,9 (normal) ascendió a 21,4%, de madres con IMC menor a 18,5 fue 15,7% y de aquellas con sobrepeso u obesidad (IMC mayor a 24,9) fue 15,1%. La desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (45,0%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo: 4,7% con nivel superior y 13,0% con secundaria. Por tratamiento del agua, las niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento presentaron mayor porcentaje de desnutrición crónica (29,7%), seguido de quienes hierven el agua que proviene de otra fuente distinta a la red pública (28,5%), hervida que procede de red pública (17,8%), en comparación con los que consumen agua con cloro residual (5,3%). Por quintil de riqueza, las niñas y niños ubicados en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (37,6%), comparados con los que pertenecen al quintil superior y cuarto quintil (2,3% y 4,1%, respectivamente).

- ❖ **Ámbito geográfico según área de residencia**, afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (32,3%), es decir, 22,0 puntos porcentuales más que en el área urbana (10,3%). Por región natural, el mayor porcentaje de desnutrición crónica fue en las niñas y niños de la Sierra (28,7%), seguido de la Selva (24,1%); mientras, que en Lima Metropolitana este porcentaje representó el 4,1%. A nivel departamental, se observó que el 42,4% de las niñas y niños de Huancavelica y el 35,6% de Cajamarca fueron afectados con desnutrición crónica; en tanto, que los departamentos de Tacna (2,9%), Moquegua (4,1%) y Lima (5,1%) presentaron las menores proporciones.
- 3) **Desnutrición aguda**. Es el estado en el cual las niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su talla y sexo con relación a una población de referencia. Esta condición de peso inadecuado para la talla es una condición que pone en riesgo la vida de la niña o niño. La desnutrición aguda refleja una reciente carencia de ingesta de alimentos (que limita el consumo de energía) o la presencia de enfermedades agudas recientes (en especial la diarrea), o la presencia de ambas simultáneamente. La desnutrición aguda se produce cuando el cuerpo no recibe el aporte alimenticio necesario, este se adapta y empieza a reducir su actividad física, de sus órganos, de los tejidos, de las células. Al mismo tiempo, las reservas energéticas (músculo y grasa) se metabolizan para responder a las necesidades vitales, resultando en una pérdida de peso debido a la desaparición de masa muscular y tejido graso, mientras que los órganos vitales son preservados. A mayor pérdida de masa muscular y de tejido graso, menor es la probabilidad de sobrevivir (acción contra el hambre). La desnutrición aguda, una pandemia de hambre. Folleto explicativo. Lectura Internet). La desnutrición aguda es un indicador de afectaciones recientes que refleja los daños coyunturales.
- ❖ Según ENDES (2013), indica que la Desnutrición aguda según:
 - Característica seleccionada en el país, afectó al 0,4% de niñas y niños menores de 5 años de edad, porcentaje menor en 0,2 punto porcentual al valor observado en el año 2009. Los más altos porcentajes de niñas y niños con desnutrición aguda se presentaron en el grupo menor a seis meses de edad (1,7%). Por sexo, la proporción de desnutrición aguda en niños fue 0,5%, mientras que en las niñas fue 0,3%. El porcentaje de desnutrición aguda entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer

fue 1,2%, mientras que los que tuvieron un tamaño promedio o más grande fue 0,3%.La desnutrición aguda se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor a 24 meses (0,8%), mientras que en los primogénitos este porcentaje fue de 0,3%.Los mayores porcentajes de desnutrición aguda se presentaron en niñas y niños de madres con sobrepeso u obesidad y normal (0,4%, en cada caso), al igual que las madres con educación secundaria y superior (0,4% en ambos casos).Las niñas y niños que consumieron agua embotellada presentaron mayor porcentaje de desnutrición aguda (0,7%), seguido de los que consumieron agua sin tratamiento (0,5%).Por quintil de riqueza, la mayor proporción se encontró en el segundo quintil de riqueza (0,7%).

- **Ámbito geográfico, según área de residencia,** la proporción de desnutrición aguda fue similar en el área urbana y en la rural (0,4%, en ambos casos).Por región natural, la mayor proporción de desnutrición aguda se presentó en la Selva (0,8%); en tanto, que en Lima Metropolitana fue 0,1%.Por departamento, Lambayeque y San Martín mostraron los mayores porcentajes de desnutrición aguda (1,8% y 1,0%, respectivamente). En el resto de los departamentos, el porcentaje fue inferior a 1,0%.
- **Los primeros años de vida, determinan el desarrollo futuro del niño.** Desde la gestación y en los tres primeros años de vida, la desnutrición crónica y la anemia afectan de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños, y generan un mayor riesgo de enfermar por infecciones (diarreica y respiratoria) y de muerte. Este deterioro reduce su capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita sus posibilidades de acceder a otros niveles de educación. En el largo plazo, se convierte en un adulto con limitadas capacidades físicas e intelectuales para insertarse en la vida laboral. Un niño desnutrido hoy, tiene altas probabilidades de ser un adulto pobre mañana. El Estado, la comunidad internacional y la sociedad civil vienen desarrollando esfuerzos nacionales y regionales en este sentido, sin embargo la desnutrición es multicausal y requiere una respuesta articulada y multisectorial, que aborde el problema no sólo desde la distribución de alimentos a través de programas de asistencia alimentaria. La iniciativa propone implementar estrategias integrales que enfrenten todas las causas de la desnutrición, por un lado la atención de la salud, el

acceso al agua segura y saneamiento básico, y a la educación. Por otro lado, mejorar la calidad de la inversión social. (Vásquez, 2012).

- Estado de la niñez en el Perú. Es un estudio realizado por UNICEF 2009, donde se le dedica una sección la nutrición en la primera infancia de los niños del Perú, donde no solo considera la salud del niño como tal sino también la salud y nutrición de la madre, ya que el adecuado seguimiento y atención de la madre y del niño antes y durante el embarazo, en el parto y posparto es una condición necesaria que contribuye a garantizar la salud de ambos y permite identificar tempranamente problemas y su adecuado tratamientos. (Ravanal, 2012).
- Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. La vulnerabilidad alimentaria refleja "la probabilidad de que se produzca una disminución aguda del acceso a alimentos, o a su consumo, en relación con un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano". La vulnerabilidad nutricional, por su parte, se relaciona con el aprovechamiento biológico de los alimentos, condicionado a su vez por factores ligados a la calidad de la dieta y al estado de salud individual, entre otros aspectos. Entonces, la población más vulnerable es aquella que, por una parte, enfrenta un mayor riesgo y, por otra, presenta una menor capacidad de respuesta frente a dicho riesgo. En esta perspectiva, la vulnerabilidad se analiza en función de dos dimensiones que interactúan: una atribuible a las condiciones que presenta el entorno (natural, social y económico) y otra relativa a la capacidad y voluntad (individual y colectiva) de contrarrestarlas. (FAO, 2012).

MARCO CONCEPTUAL

- **Antropometría.** Es la sub-rama de la antropología biológica o física que estudia las medidas del hombre. Se refiere al estudio de las dimensiones y medidas humanas con el propósito de violar los cambios físicos del hombre y las diferencias entre sus razas y sub-razas (OMS, 2004).
- **Desnutrición.** Es una enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipoprotéica. También puede ser causada por mala absorción de nutrientes como en la anorexia. Tiene influencia en los factores sociales, psiquiátricos o simplemente patológicos (Sánchez, 2003).
- **Desnutrición aguda (P/T).** Está definida como la deficiencia de peso con relación a la talla. La desnutrición aguda mide el efecto de desequilibrios recientes en la alimentación o la presencia de enfermedades en el pasado inmediato (INEI. ENDES 2008: Indicadores Sociales – Perú. Lima, 2009).
- **Desnutrición crónica (T/E).** Es el retardo en el crecimiento de la talla con relación a la edad. La desnutrición crónica mide el efecto de desequilibrios pasados (INEI. ENDES 2008: Indicadores Sociales – Perú. Lima, 2009).
- **Desnutrición global (P/E).** Se define como desnutrición global a la deficiencia del peso con relación a la edad. La desnutrición global es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes (INEI. ENDES 2008: Indicadores Sociales – Perú. Lima, 2009).
- **Desnutrición leve.** Trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos una y menos 1.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad (Evaluación antropométrica de niños menores de 6 años de Familias veracruzanas viviendo en ciudad Juárez)
- **Desnutrición moderada.** Trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos dos y menos 2.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad (Evaluación antropométrica de niños menores de 6 años de Familias veracruzanas viviendo en ciudad Juárez).
- **Desnutrición severa.** Trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de tres o más desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad

(Evaluación antropométrica de niños menores de 6 años de Familias veracruzanas viviendo en ciudad Juárez).

- **Eutrófico.** (Del griego eu, bien, y trophé, nutrición). Nutrición y desarrollo perfectos y regulares de todas las partes del organismo (Dr. Alberto Martín Lasa. Url:http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Eutrofia).
- **Malnutrición.** Estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos (UNICEF, 2009).
- **Obesidad.** Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, siendo un factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (OMS, 2004).
- **Peso.** Es una medida de la fuerza gravitatoria que actúa sobre un objeto. (Curiela, 2008)
- **Peso al nacer.** Es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño (NTS, CRED, 2011)
- **Peso bajo al nacer.** Cuando el menor tiene un peso < 2499 gramos niño (NTS, CRED, 2011)
- **Peso normal al nacer.** Cuando el menor tiene un peso de 500 a 4000 gramos niño (NTS, CRED, 2011)
- **Peso macrosómico.** Cuando el menor tiene un peso > 4000 gramos niño (NTS, CRED, 2011)
- **Talla.** Es una medida convencional usada para indicar el tamaño relativo a las personas. (Curiela, 2008).
- **Talla al nacer.** Es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño (NTS, CRED, 2011)
- **Talla baja al nacer.** Cuando el menor tiene una talla < 48 centímetros (NTS, CRED, 2011)
- **Talla normal al nacer.** Cuando el menor tiene una talla entre 48 a 52 centímetros (NTS, CRED, 2011).
- **Talla macrosómica al nacer.** Cuando el menor tiene una talla > 52 centímetros (NTS, CRED, 2011)

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Objetivo General:

- Evaluar el estado nutricional en menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto. de la ciudad de Iquitos en el año 2014.

4.2. Objetivos Específicos:

- Obtener las medidas antropométricas de los menores de 5 años que son: peso y talla al nacer y los mismos al momento de la intervención.
- Conocer el sexo, fecha de nacimiento y distrito de los menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto. en el año 2014.
- Clasificar los grados de desnutrición de acuerdo a los indicadores antropométricos utilizados en menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto. en el año 2014.
- Encuestar a las cuidadores (padres biológicos o tutores) de los menores para poder identificar los causantes sobre el estado nutricional de los menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto. en el año 2014.

V. METODOLOGÍA

5.1. Tipo y diseño de Investigación. El método de la investigación fue el no experimental, de tipo y el diseño de la investigación fue el Descriptivo Simple con una sola muestra, cuyo esquema es:



Leyenda: **M** = Muestra (niños menores de 5 años)

O = Observación de la Evaluación Nutricional

5.2. Selección del área o ámbito de estudio. El presente estudio se realizó solo a los menores de 5 años internados en el área de Pediatría del Hospital Regional de Loreto durante el periodo de los meses de Marzo hasta Abril (3 meses).

- 5.3. Población. Estuvo conformada por los menores de 5 años internados en el área de Pediatría del Hospital Regional de Loreto, siendo un total de 139 menores (100%). Cabe explicar que también existen menores de estas edades que acuden a la consulta en el área de Pediatría pero no son hospitalizados o internados y por lo tanto la atención que reciben es ambulatoria, los mismos que NO han ingresado al estudio.
- 5.4. Muestra. La muestra fue solo 102 menores (73%). Utilizándose la fórmula para poblaciones finitas. La cual fue calculada por medio de proporciones para poblaciones finitas, siendo esta:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n = muestra

N = universo o población

P = probabilidad de éxito

Q = probabilidad de fracaso

Z = desviación normal (nivel de confianza)

E = Margen de error

Datos:

N = 139

P = 0.50

Q = 0.50

Z = 95% = 1.96

E = 0.05

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (139)}{(0.05)^2 (139 - 1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{133.4956}{1.3054}$$

$$n = 102$$

- 5.5. Diseño Muestral. Se obtuvo en forma censal y estuvo conformada por la siguiente población que incluye a ambos sexos:

Cuadro N°3. Diseño Muestral

Edades	Muestra
De 0 a 11 meses	50
De 12 a 23 meses	29
24 a 35 meses	12
36 a 47 meses	5
48 a 59 meses	6
Total	102

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

5.6. Definiciones operacionales de las Variables.

Variables	Definición	Indicadores	Índices
Variable Independiente (X)		Aspectos socio-culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Fecha de nacimiento • Distrito
ESTADO NUTRICIONAL	Estado resultante del equilibrio entre la ingesta y el gasto de energía en el cuerpo. Se relaciona con la salud de la persona y la capacidad del cuerpo para utilizar los nutrientes necesarios (Sánchez, 2003)	Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Peso al nacer • Talla al nacer
		Evaluación Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Peso actual • Talla actual
		Indicadores Antropométricos	<ul style="list-style-type: none"> • Peso/edad • Talla/Edad • Peso/talla

- 5.7. Hipótesis de Trabajo. Las desnutriciones resultantes de la evaluación del estado nutricional en menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos en el año 2014 probablemente se deberían a factores que incluye la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, las inmunizaciones, necesidades básicas, nivel educativo de la madre y lugar de residencia.
- 5.8. Procedimiento para la recolección de la información.
- 5.8.1. Técnicas. Las técnicas a utilizar fueron la encuesta y la observación directa, las cuales me permitió realizar las acciones pertinentes para obtener los datos del proyecto.
- 5.8.2. Instrumentos. Los instrumentos a utilizar fueron el cuestionario y la ficha de recolección de datos, las cuales me permitió recolectar la información necesaria para el proyecto de investigación.
- 5.9. Procedimientos para la recolección de mediciones antropométricas.
- 5.9.1. Equipos.
- Equipo para medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses. Una balanza calibrada en Kilos con graduaciones cada 10 gramos (NTS CRED, 2011)
 - Equipo para medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses. Una balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos (NTS CRED, 2011)
 - Equipo para la medición de la longitud o estatura. Dependiendo de la edad de las niñas y niños menores de 5 años, son los siguientes:
 - Infantómetro para menores de 2 años.
 - Tallímetro para mayores de 2 años.
- 5.9.2. Técnicas.
- ❖ Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses.
 - Procedimiento (NTS CRED, 2011):
 - Fije la balanza en una superficie plana y firme, evitando así una medida incorrecta. Cubra el platillo del peso con un pañal (pesado previamente)
 - calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
 - Solicite a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.

- Coloque al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo.
- El personal de salud se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado. Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
- Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad y equilibre la balanza hasta que quede en cero.
- ❖ Medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses.
 - Procedimiento (NTS CRED, 2011):
 - Coloque la balanza en una superficie horizontal, plana, firme y fija para garantizar la estabilidad de la balanza. Luego equilibre la balanza en cero
 - 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 sobrepasar el peso y luego hágala retroceder hasta que equilibre la aguja del indicador de la balanza (kilos y gramos)
 - Registre el peso en los documentos y formatos correspondiente.
 - Equilibre la balanza en cero.
- ❖ Medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad.
 - Procedimiento (NTS CRED, 2011):
 - Para la medición de la longitud se necesita dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra persona asistente puede ser otro personal de salud o la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño.
 - La medición se hace con el niño en posición horizontal o echado.
 - El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.
 - Se coloca al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.

- El Asistente debe situarse al extremo del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
- La persona que mide debe situarse a un lado (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
- Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
- Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
- Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes.
- ❖ Medición de la altura para la niña o niño mayor de 24 meses de edad.
- Procedimiento (NTS CRED, 2011):
- 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.
- Pedirle a la madre que le quite los zapatos, medias y accesorios en la cabeza del niño. Luego parar al niño sobre la base del tallímetro con la espalda recta apoyada contra la tabla.
- El asistente debe asegurarse que el niño mantenga los pies sobre la base y los talones estén pegados contra la tabla.
- Luego colocar la cabeza del niño con la mano (izquierda) sobre la barbilla, de manera tal, que 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 el niño tenga los hombros rectos y que la espalda esté contra la tabla, no debe agarrarse de la tabla, que los dedos índices de ambas manos deben estar sobre la línea media de la cara externa de los muslos (a los lados del cuerpo).
- Bajar el tope móvil del tallímetro con la otra mano de la persona que mide hasta que toque la cabeza del niño pero sin presionar.

- Leer el número inmediatamente por debajo del tope. Si sobrepasa la línea del centro añadir 5 mm al número obtenido. En caso de que éste sobrepase la línea correspondiente a centímetros, deberá registrarse el número de “rayas” o milímetros. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.

5.10. Procedimientos de recolección de datos. Será de la siguiente manera:

- Se solicitó el permiso al Director del Hospital Regional de Loreto, para ingresar realizar la investigación.
- Se remitió una solicitud a la comisión de ética del Hospital Regional de Loreto, ya que es de vital importancia tener el consentimiento del mismo pues se trabajó con seres humanos.
- Para este proyecto de tesis se utilizaron los materiales del área de Pediatría del Hospital Regional de Loreto que son la balanza y el tallímetro para niños menores de 5 años los mismos que están estandarizados y validados por la institución correspondiente.
- Posteriormente se seleccionó a niños menores de 5 años para obtener los datos socio-culturales.
- Para este estudio de tesis han sido EXCLUIDOS solo los menores del área de UCI pediatría, traumatología y los menores de aquellas madres que no aceptaron la encuesta.
- Se realizaron las medidas antropométricas a los niños seleccionados de la muestra, se aplicó la encuesta a los cuidadores de los menores seleccionados de la muestra y se analizó los datos obtenidos por medio de la encuesta y las medidas antropométricas.

5.11. Análisis de datos. El análisis de los datos se realizó a través de la estadística descriptiva, aplicando cuadros, tablas y gráficos; utilizando promedio y porcentajes, posteriormente se procesará el ingreso de datos a través del paquete estadístico PASW versión 19 para Windows XP/Vista/7/8.

5.12. Aspectos Éticos.

Participación de los sujetos de la muestra.

- La participación fue voluntaria y previa firma del consentimiento informado.
- Se realizó una sensibilización con cada uno de ellos para darles a conocer los objetivos del estudio, el consentimiento informado y explicarles que su aceptación quedaría consentida mientras sienta que se respetan sus derechos, en caso contrario estará en libertad de abandonar el estudio en el momento que lo desee.
- Confidencialidad de la información obtenida.
- Los datos se obtuvieron mediante instrumentos codificados, se evitó registrar la identificación del paciente.
- Asimismo, fueron analizados en forma grupal y luego destruidos.
- Beneficios:
 - Finalizada la recolección de datos los tutores responsables de los pacientes que voluntariamente aceptaron participar en el estudio, obtuvieron dípticos informáticos sobre: la desnutrición en menores de 5 años; fisiopatología; orientación para el auto-cuidado y dípticos con orientación nutricional, hábitos alimentarios elaborada por la investigadora.
 - Se realizaron charlas educativas nutricionales sobre la desnutrición infantil y los buenos hábitos alimentarios previa invitación a todos los cuidadores de los menores del estudio.
 - Se realizaron actividades donde se enfatizó la correcta alimentación complementaria para los menores mayores de 6 meses, la lactancia exclusiva para los menores de 6 meses, el lavado de manos y la importancia de las inmunizaciones completas para los menores de 5 años.
- Daños potenciales. Los procedimientos de recolección de datos no expusieron a los sujetos de la muestra a daños físicos ni psicológicos y en todo momento serán respetados sus derechos.
- Calidad de atención y tratamiento. Mientras participen del estudio, los sujetos de la muestra tuvieron garantizado una atención de calidad y vigilancia del cumplimiento de su tratamiento.
- Alternativas. No aplica por ser un estudio descriptivo.

VI. RESULTADOS

- ❖ Presentación, análisis e interpretación de resultados.

CUADRO N° 4

Distribución de las edades de los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Cantidad	Porcentaje
0 a 11	27	26.46
12 a 23	16	15.68
24 a 35	6	5.88
36 a 47	2	1.96
48 a 59	4	3.92
TOTAL	55	100

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se muestra la distribución y la cantidad de los 55 niños (53.92%) de la población en estudio según porcentajes y grupo etario agrupado, lo que nos muestra que la máxima cantidad de niños fueron encontrados entre las edades de 0 a 11 meses con 27 niños (26.46%) y la menor cantidad de niños fueron los de 36 a 47 meses con 2 niños (1.96%).

CUADRO N° 5

Distribución de las edades de las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Cantidad	Porcentaje
0 a 11	23	22.54
12 a 23	13	12.74
24 a 35	6	5.88
36 a 47	3	2.94
48 a 59	2	1.96
Total	47	100

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se muestra la distribución y la cantidad de las 47 niñas (46.07%) de la población en estudio según porcentaje y grupo etario agrupado, lo que nos muestra que la máxima cantidad de niñas fueron encontradas entre las edades de 0 a 11 meses con 23 niñas (22.54%) y la menor cantidad de niñas de 48 a 59 meses con 2 niñas (1.96%).

CUADRO N° 6

Distribución del peso al nacer en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Bajo peso al nacer	%	Normal	%	Macrosómico	%
0 a 11	2	1.96	24	23.52	1	0.98
12 a 23	2	1.96	12	11.76	2	1.96
24 a 35	0	0	6	5.88	0	0
36 a 47	0	0	2	1.96	0	0
48 a 59	1	0.98	3	2.94	0	0
Total	5	4.90	47	46.07	3	2.94

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se observa el peso al nacer de los 55 niños (53.92%) evaluado, se encontró las siguientes cantidades y porcentajes en:

- a) Bajo peso al nacer: A 5 niños (4.90%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses al igual que la de 12 a 23 meses con 2 niños respectivamente (1.96%), la edad de 24 a 35 meses y de 36 a 47 meses no existió niños.
- b) Normal: A 47 niños (46.07%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 24 (23.52%) y la edad que menos niños fue de 36 a 47 meses con 2 (1.96%).
- c) Macrosómico: A 3 niños (2.94%), la edad con más niños fue de 12 a 23 meses con 2 (1.96%) seguido 0 a 11 meses con 1 (0.98%) y en el resto de las edades no existió niños.

CUADRO N° 7

Distribución del peso al nacer en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto

Edad (meses)	Bajo peso al nacer	%	Normal	%	Macrosómico	%
0 a 11	5	5.04	17	16.6	0	0
12 a 23	1	0.98	12	11.76	0	0
24 a 35	0	0	6	5.88	0	0
36 a 47	0	0	3	2.94	0	0
48 a 59	0	0	2	1.96	0	0
Total	6	5.88	38	40.18	0	0

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se observa el peso al nacer de las 47 niñas (46.07%) evaluadas, se encontró las siguientes cantidades y porcentajes en:

- a) Bajo peso al nacer: A 6 niñas (5.88%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 5 (5.04%) seguido de la edad de 12 a 23 meses con 1(0.98%) y en el resto de las edades no existió niñas.
- b) Normal: A 41 niñas (40.18%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 17 (16.6%) y la edad que menos niñas fue de 48 a 59 meses con 2 (1.96%).
- c) Macrosómico: No existió niñas que presentaron este peso.

CUADRO N° 8

Distribución de la talla al nacer en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Bajo talla al nacer	%	Normal	%	Macrosómico	%
0 a 11	6	5.88	21	20.58	0	0
12 a 23	2	1.96	14	13.72	0	0
24 a 35	0	0	5	4.90	1	0.98
36 a 47	0	0	2	1.96	0	0
48 a 59	0	0	4	3.92	0	0
Total	8	7.84	46	45.09	1	0.98

Fuente: Datos recogido por la investigadora.

En el presente cuadro se observa la talla al nacer de los 55 niños (53.92%) evaluados, se encontró las siguientes cantidades y porcentajes en:

- a) Baja talla al nacer: A 8 niños (7.84%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 6(5.88%), seguido de 12 a 23 meses con 2 (1.96%) y en el resto de las edades no existió niños.
- b) Normal: A 46 niños (45.09%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 24 (20.58%) y la edad con menos niños fue de 36 a 47 meses con 2 (1.96%).
- c) Macrosómico: A1 niño (0.98%), la edad con más niños fue de 24 a 35 meses con 1 (1.96%) y en el resto de las edades no existió niños.

CUADRO N° 9

Distribución de la talla al nacer en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto

Edad (meses)	Bajo talla al nacer	%	Normal	%	Macrosómico	%
0 a 11	7	6.86	15	14.7	1	0.98
12 a 23	3	2.94	10	9.8	0	0
24 a 35	0	0	6	5.88	0	0
36 a 47	0	0	3	2.94	0	0
48 a 59	0	0	2	1.96	0	0
Total	10	9.80	36	35.28	1	0.98

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se observa la talla al nacer de las 47 niñas (46.07%) evaluadas, se encontró las siguientes cantidades y porcentajes en:

- a) Bajo talla al nacer: A 10 niñas (9.80%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 7 (6.86%), seguido de 12 a 23 meses con 3 (2.94%) y en el resto de edades no existió niñas.
- b) Normal: A 36 niñas (35.28%), la edad que más niñas fue de 0 a 11 meses con 15 (20.58%) y la edad con menos niñas fue de 36 a 47 meses con 2 (1.96%).
- c) Macrosómico: A 1 niña (0.98%), la edad con más fue de 0 a 11 meses con 1 niña (1.96%) y en el resto de edades no existió niñas.

CUADRO N° 10

Distribución de los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto, según el lugar de procedencia.

Edad (meses)	Punchana	%	Maynas	%	Belén	%	San Juan	%	Rural	%
0 a 11	15	14.7	7	6.86	1	0.98	0	0	4	3.92
12 a 23	4	3.92	5	4.9	2	1.96	0	0	3	2.94
24 a 35	1	0.98	0	0	0	0	1	0.98	4	3.92
36 a 47	1	0.98	1	0.98	1	0.98	0	0	0	0
48 a 59	1	0.98	1	0.98	0	0	1	0.98	3	2.94
Total	22	21.56	13	12.74	4	3.92	2	1.96	14	13.72

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se muestra la cantidad de niños que fueron evaluados y cuál era su lugar de procedencia siendo los mismos un total de 55 niños (53.92%). Obteniéndose las cantidades por cada distrito ocupando los siguientes lugares:

- 1° Punchana: A 22 niños (21.56%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 15 (14.7%).
- 2° Las zonas rurales de la región Loreto a 14 niños (13.72%).
- 3° Maynas: A 13 niños (12.74%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 7 (6.86%).
- 4° Belén: A 4 niños (3.92%), la edad con más niños fue de 12 a 23 meses con 2 (1.96%).
- 5° San Juan con 2 niños (1.96%).

CUADRO N° 11

Distribución de las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto, según el lugar de procedencia.

Edad (meses)	Punchana	%	Maynas	%	Belén	%	San Juan	%	Rural	%
0 a 11	7	6.86	7	6.86	1	0.98	2	1.96	6	5.88
12 a 23	9	8.82	3	2.94	1	0.98	0	0	0	0
24 a 35	3	2.94	2	1.96	0	0	0	0	0	0
36 a 47	2	1.96	0	0	1	0.98	0	0	1	0.98
48 a 59	2	1.96	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	23	22.54	12	11.76	3	2.94	2	1.96	7	6.86

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se muestra la cantidad de niñas que fueron evaluadas y cuál era su lugar de procedencia siendo las mismas un total de 47 niñas que representan el 46.07%. Obteniéndose las cantidades de cada distrito ocupando los siguientes lugares:

- 1° Punchana con 23 niñas (21.56%), la edad con más niñas fue de 12 a 23 meses con 9 (6.86%).

- 2°. Maynas con 12 niñas (11.76%), la edad con más niñas fue de 0 a 1 meses con 7 (6.86%).
- 3°. Las zonas rurales de la región Loreto con 7 niñas (6.86%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 6 (5.88%).
- 4°. Belén con 3 niñas (2.94%).
- 5°. San Juan con 2 niñas (1.96%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 2 (1.96%).

CUADRO N° 12

Distribución de la evaluación de los indicadores antropométricos en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Cantidad (para los 3 indicadores)	(%)	P/E (%)		T/E (%)		P/T (%)		
			BAJO	NORMAL	BAJO	NORMAL	BAJO	NORMAL	ALTO
0 a 11	27	26.47	9	18	7	20	1	17	9
12 a 23	16	15.7	11	5	11	5	2	12	2
24 a 35	6	5.9	2	4	4	2	1	5	0
36 a 47	2	1.96	0	2	0	2	0	2	0
48 a 59	4	3.92	2	2	4	0	1	2	1
<i>Sub total</i>			24	31	26	29	5	38	12
Total	55	53.92	55		55		55		

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

De los 55 niños (53.92%) de la población en estudio, se ha obtenido los siguientes resultados por cada indicador antropométrico utilizado según el respectivo grupo etario al cual pertenecen:

1. En P/E de los 55 niños (53.92%), la edad en meses que presento más niños fue de 0 a 11 meses con 27 (26.47%) y la edad con menos niños fue de 36 a 47 meses con 2(1.96%). Luego se procedió a clasificarlos según su grupo etario y su respectivo resultado obtenido según su diagnóstico nutricional:

- a) P/E bajo: se encontraron 24 niños (23.52%) de los cuales la edad con más niños fue de 12 a 23 meses con 11 (10.75%) y sin niños fue la edad de 36 a 47 meses.
 - b) P/E normal: se encontraron 31 niños (30.4%) de los cuales la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 18 niños (17.65%) y con menos niños fue edad de 48 a 59 meses con 1(0.98%).
2. En T/E de los 55 niños (53.92%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 27 (26.47%) y la edad con menos niños fue de 36 a 47 niños con 2 (1.96%). Luego se procedió a clasificarlos según su grupo etario y su respectivo resultado obtenido según su diagnóstico nutricional:
- a. T/E baja: se ha encontrado 26 niños (25.49%), la edad con más niños fue de 12 a 23 meses con 11 (10.8%) y sin niños fue la edad de 36 a 47 meses.
 - b. T/E normal: se ha encontrado 29 niños (28.43%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 20 (19.60%) y sin niños fue la edad de 48 a 59 meses.
3. En T/P: de los 55 niños (53.92%), la edad con más niños fue la edad en meses de 0 a 11 meses con 27(26.47%) y con menos niños fue edad de 36 a 47 meses con 2 (1.96%). Luego se procedió a clasificarlos según su grupo etario y su respectivo resultado obtenido según su diagnóstico nutricional:
- a. P/T baja: se ha encontrado 5 niños (4.90%), la edad con más niños fue la de 12 a 23 meses con 2 (1.96%) y sin niños fue la edad de 36 a 47 meses.
 - b. P/T normal: se ha encontrado 38 niños (37.25%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 17 (16.7%) y con menos niños fue la edad de 36 a 47 meses al igual que la edad de 48 a 59 meses con 2 (1.96).
 - P/T alta: se ha encontrado 12 niños (11.8%), la edad con más niños fue de 0 a 11 meses con 9 (8.85%) y sin niños fueron las edades de 24 a 35 meses y la de 36 a 47 meses.

CUADRO N° 13

Distribución de la evaluación de los indicadores antropométricos en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Cantidades (para los 3 indicadores)	(%)	P/E (%)		T/E (%)		P/T (%)		
			BAJO	NORMAL	BAJO	NORMAL	BAJO	NORMAL	ALTO
0 a 11	23	22.55	11	12	12	11	4	17	2
12 a 23	13	12.74	6	7	8	5	4	9	0
24 a 35	6	5.9	4	2	4	2	0	6	0
36 a 47	3	2.94	2	1	3	0	0	3	0
48 a 59	2	1.96	1	1	0	2	0	2	0
<i>Sub total</i>			24	23	27	20	8	37	2
Total	47	46.08	47		47		47		

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

De las 47 niñas (46.07%) de la población en estudio se ha obtenido los siguientes resultados por cada indicador antropométrico utilizado según el respectivo grupo etario al cual pertenecen:

1. En P/E de las 47 niñas (46.07%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 23 (22.55%) y con menos niñas fue la edad de 48 a 59 niñas con 2 (1.96%). Luego se procedió a clasificarlas según su grupo etario y su respectivo resultado obtenido según su diagnóstico nutricional:
 - a. P/E baja: se ha encontrado 24 niñas (23.53%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 11 (10.08%) y con menos niñas fue la edad de 49 a 59 meses con 1 niña (0.98%).
 - b. P/E normal: se ha encontrado 23 niñas (22.54%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 12 (11.76%) y con menos niñas fue la edad de 48 a 59 meses y la edad de 36 a 47 meses ambas con 1 niña (0.98%).

2. En T/E de las 47 niñas (46.08%), la edad con más niñas fue la de 0 a 11 meses con 23 niñas (22.55%) y con menos niñas fue la edad de 48 a 59 meses con 2 (1.96%). Luego se procedió a clasificarlas según su grupo etario y su respectivo resultado obtenido según su diagnóstico nutricional:

- a. T/E baja: se ha encontrado 27 niñas (26.5%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 12 (11.8%) y sin niñas fue la edad de 49 a 59 meses.
 - b. T/E normal: se ha encontrado 18 niñas (17.7%), la edad con más niñas fue de 0 a 11 meses con 11 (10.82%) y sin niñas fue la edad de 36 a 47 meses.
3. En P/T: de las 47 niñas (46.08%), la edad con más niñas es de 0 a 11 meses con 4 (22.55%) y con menos niñas fue la edad de 48 a 59 niñas con 2 (1.96%). Luego se procedió a clasificarlas según su grupo etario y su respectivo resultado obtenido según su diagnóstico nutricional:
- a. P/T baja: se ha encontrado 8 niñas (7.84%), la edad con más niñas fue la de 0 a 11 meses y de 12 a 23 meses con 4 (3.92%) y con sin niñas fueron las edades restantes.
 - b. P/T normal: se ha encontrado 37 niñas (36.27%), la edad con más niñas fue la de 0 a 11 meses con 17 (16.7%) y con menos niñas fue la edad de 36 a 47 meses y de 48 a 59 meses con 2 (1.96%).
 - c. P/T alta: se ha encontrado 2 niñas (1.96%), la edad con más niñas fue la de 0 a 11 meses con 2 (1.96%) y sin niñas fueron las edades restantes.

CUADRO N° 14

Clasificación del diagnóstico nutricional según Waterlow y Gómez en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Diagnostico nutricional						
	E	D.G	D.C	D.A	DCO	DCRA	O
0 a 11	9	5	5	1	3	1	6
12 a 23	2	0	8	1	1	1	1
24 a 35	2	0	3	0	0	1	0
36 a 47	2	0	0	0	0	0	0
48 a 59	0	0	2	0	1	0	0
Total	15	5	18	2	5	3	7

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

A los 55 niños (52.93%) se les ha realizado la evaluación de sus estados nutricionales obteniéndose los siguientes diagnosticados nutricionales los cuales han ocupado los siguientes lugares:

- 1° Desnutrición crónica la cual también es llamada desnutrición crónica normal o armonizada es la más incidente con 18 niños (39.72%), la edad que con más niños es de 12 a 23 meses con 8 (8.82%) y sin niños tiene es la de 36 a 47 meses.
- 2° Eutróficos a 15 niños (27.27%), la edad con más niños es de 0 a 11 meses con 9 (7.84%) y sin niños tiene es la de 48 a 59 meses.
- 3° Obesidad a 7 niños (12.72%), la edad con más niños es de 0 a 11 meses con 6 niños (5.91%) seguida de la edad de 12 a 23 meses con 1 (0.98%) y en el resto de edades no existió niños.
- 4° Desnutrición global a 5 niños (9.1%), la edad con más niños es la de 0 a 11 meses con 5 (4.90%) y en el resto de edades no existió niños.
- 5° Desnutrición la crónica obsesa a 5 niños (9.1%), la edad con más niños es de 0 a 11 meses con 3 (2.94%) seguida de la edad de 12 a 23 meses y la de 48 a 59 meses con 1 niño (0.98%) y en el resto de edades no existió niños
- 6° Desnutrición crónica reagudizada a 3 niños (2.94%), la edad de 0 a 11 meses, 12 a 23 meses y 24 a 35 meses presentan 1 (0.98%) y en el resto de edades no existió niños.
- Sumando las tres desnutriciones crónicas antes mencionadas se ha obteniendo el total de 26 niños (25.5%) de los 55 niños a los que se le ha realizado la evaluación de su estado nutricional.
- 7° Desnutrición aguda también a 2 niños (1.96%), la edad de 0 a 11 meses y 12 a 23 meses presentan 1 (0.98) y en el resto de edades no existió niños.

CUADRO N° 15

Clasificación del diagnóstico nutricional según Waterlow y Gómez en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Diagnostico nutricional						
	E	D.G	D.C	D.A	DCO	DCRA	O
0 a 11	10	2	5	0	2	4	0
12 a 23	5	0	4	0	0	4	0
24 a 35	2	0	4	0	0	0	0
36 a 47	0	0	3	0	0	0	0
48 a 59	1	1	0	0	0	0	0
Total	18	3	16	0	2	8	0

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

A las 47 niñas (46.07%) se les ha realizado la evaluación de sus estados nutricionales obteniéndose los siguientes diagnosticados nutricionales las cuales han ocupado los siguientes lugares:

- 1° Eutróficos a 18 niñas (17.64%), la edad con más presenta niñas es de 0 a 11 meses con 10 (9.8%) y sin niñas es de 36 a 47 meses.
- 2° Desnutrición crónica a 16 niñas (15.68%), la cual también es llamada desnutrición crónica normal o armonizada es la más incidente, la edad con más niñas es de 0 a 11 meses con 5 (4.9%) y sin niñas la edad de 48 a 59 meses.
- 3° Desnutrición crónica reagudizada a 8 niñas (7.84%), la edad de 0 a 11 meses y 12 a 23 meses existió 4 (3.92%) y en el resto de edades no existió niñas.
- 4° Desnutrición global a 3 niñas (2.94%), la edad con más niñas es de 0 a 11 meses con 2 (al 1.96%), la edad de 48 a 59 meses 1 (0.98%) y en el resto de edades no existió niñas.
- 5° Desnutrición crónica obsesa a 2 niñas (1.96%), la edad con más niñas es de 0 a 11 meses con 2 niñas (1.96%) y en el resto de edades no existió niñas.
- Sumando las tres desnutriciones crónicas antes mencionadas se ha obteniendo el total de 26 niñas que representan al 46.08% de niñas a los que se le ha realizado la evaluación de su estado nutricional
- 6° Obesidad. No existió niñas con este diagnóstico.
- 7° Desnutrición aguda. No existieron niñas con este diagnóstico.

CUADRO N° 16

Clasificación del grado de desnutrición en los niños menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

Edad (meses)	Diagnostico nutricional								
	D.G			D.C			D. A		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
0 a 11	5	0	0	4	0	1	1	0	0
12 a 23	0	0	0	2	6	1	1	0	0
24 a 35	0	0	0	2	0	0	0	0	0
36 a 47	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48 a 59	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Total	5	0	0	9	7	2	0	0	0

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se ha realizado la clasificación de los 25 niños (24.51%) que han obtenido los diagnósticos descritos anteriormente, los cuales han sido agrupados según grupo etario y se ha obtenido los siguientes resultados:

1. D.G existió solo 5 niños (4.90%) los mismos que presentaron el grado de desnutrición global leve siendo la edad de 0 a 11 meses en la cual se dio dicha clasificación y en el resto de edades no existieron niños.
2. D.C existió solo 18 niños (17.64%) de los cuales tuvieron desnutrición crónica leve 9 (8.82%), siendo la edad de 0 a 11 meses la que más niños ha presentado con 4 (3.92%). Desnutrición crónica moderada 7 (6.9%), siendo la edad de 12 a 23 meses la que más niños ha presentado con 6 (5.91%). Desnutrición crónica severa 2 (1.96%), la edad de 0 a 11 meses y a la edad de 12 a 23 meses con 1 (0.98%), en las edades restantes no hubo este grado de desnutrición.
3. D.A existió solo 2 niños (1.96%) los mismos que presentaron desnutrición aguda leve en la edad de 0 a 11 meses y de 12 a 23 meses con 1 (0.98%) no existió más niños para los demás grados y edades.

CUADRO N° 17

Clasificación del grado de desnutrición en las niñas menores de 5 años del Hospital Regional de Loreto.

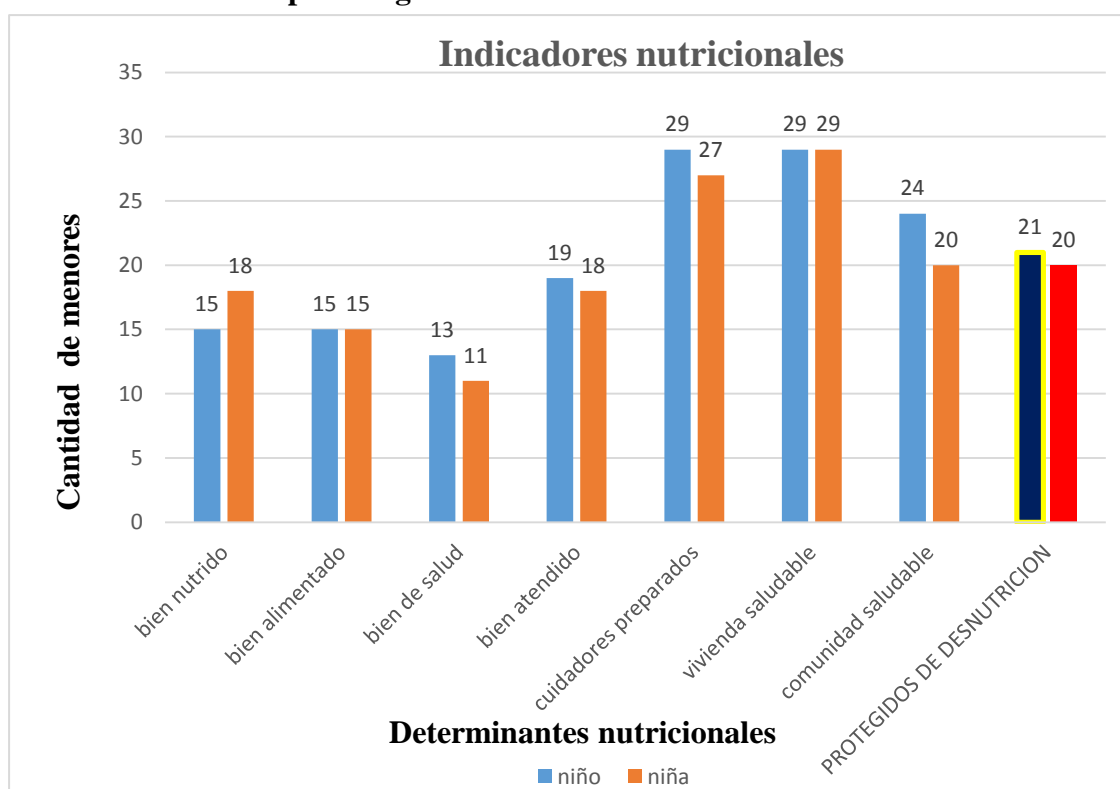
Edad (meses)	Diagnostico nutricional								
	D.G			D.C			D. A		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
0 a 11	2	0	0	4	0	0	0	0	0
12 a 23	0	0	0	3	2	0	0	0	0
24 a 35	0	0	0	3	1	0	0	0	0
36 a 47	0	0	0	2	1	0	0	0	0
48 a 59	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	3	0	0	12	4	0	0	0	0

Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el presente cuadro se ha realizado la clasificación de las 19 niñas (18.62%) que han obtenido los diagnósticos descritos anteriormente, las cuales han sido agrupadas según grupo etario y se ha obtenido los siguientes resultados:

1. D.G existió solo 3 niñas (2.94%) las mismas que presentaron desnutrición global leve solo 3 niñas (2.94%) en la edad de 0 a 11 meses con 2 (1.96%), el resto de edades no ha existido alguna clase de grado de desnutrición.
2. D.C existió solo 16 niñas (15.7%) de las cuales presentaron desnutrición crónica leve 12 niñas (11.8%), la edad que más presentó fue de 0 a 11 meses con 4 (3.93%).Desnutrición crónica moderada solo 4 (3.93%), la edad que más presento fue de 12 a 23 meses 2 (1.96. No existió desnutrición crónica severa,
3. D.A no existió desnutrición aguda.

Gráfico N° 01: Indicadores nutricionales de los menores de 0 a 59 meses internados en el Hospital Regional de Loreto.

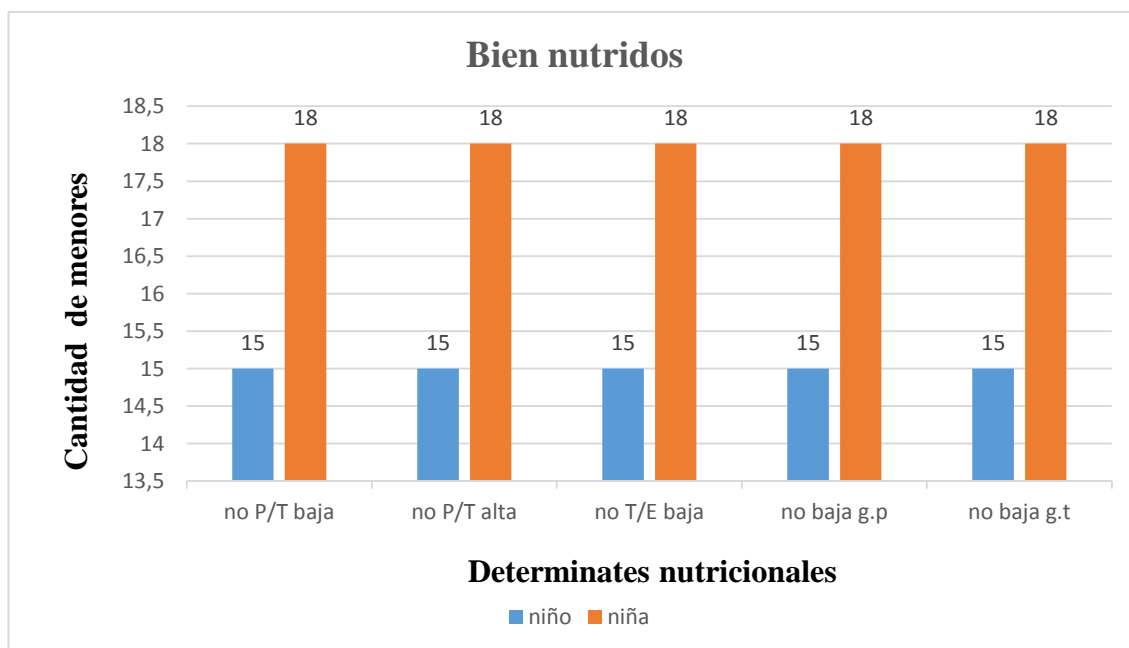


Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

El presente gráfico nos muestra a través de uso de los indicadores nutricionales cuantos son los menores de 5 años que están protegidos de la desnutrición. Todo esto gracias a los determinantes nutricionales usados. Donde se ha encontrado los siguientes datos de acuerdo al sexo de los menores, cabe resaltar que las preguntas hechas en la encuesta han sido planteadas en base a lo que sucedió un día antes de que los menores fueran internados.

1. Niño: El gráfico nos muestra que solo existen 21 niños libres de cualquier tipo de desnutrición los mismos que representan a 20.58% de los 55 niños a los cuales se les ha realizados la evaluación de sus estado nutricional. Lo cual nos indica que 34 niños presentan alguna de las desnutriciones mencionadas a lo largo del estudio.
2. Niña: El gráfico nos muestra que solo existen 20 niñas libres de cualquier tipo de desnutrición las mismas que representan al 19.60% de las 47 niñas a las cuales se les ha realizados la evaluación de sus estado nutricional. Lo cual nos indica que 27 niñas presentan alguna de las desnutriciones mencionadas a lo largo del estudio.

Gráfico N° 02: Indicadores antropométricos usados en los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.

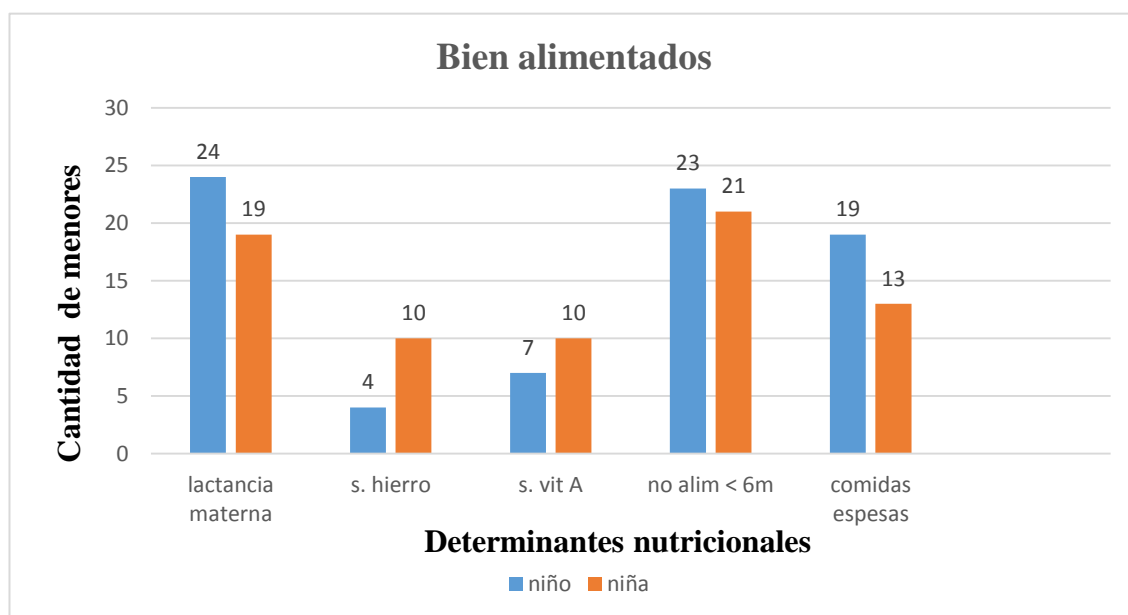


Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el gráfico se muestran las cantidades de acuerdo al sexo de los menores encuestados y los indicadores para que tengan una buena nutrición, lo cual se ha logrado conocer gracias a los determinantes utilizados, cabe resaltar que las preguntas han sido planteadas en base a lo que sucedió un día antes a que los menores fueran internados, para lo cual se ha utilizado su carnet de control de crecimiento y desarrollo (CRED), dichas cifras se detallan a continuación:

1. Niño: El gráfico muestra que existe 15 niños que presentan una buena nutrición, los mismos que representan al 14.70% de los 55 niños evaluados. Esto nos indica que los 40 niños restantes presentan una clara deficiencia en algún indicador antropométrico utilizado razón por la cual no ha obtenido un diagnóstico nutricional sano al momento de realizarle la evaluación de su estado nutricional.
2. Niña: El gráfico muestra que existe 18 niñas que presentan una buena nutrición, las mismas que representan al 17.64% de las 47 niñas evaluadas. Esto nos indica que las 29 niñas restantes presentan una clara deficiencia en algún indicador antropométrico utilizado razón por la cual no ha obtenido un diagnóstico nutricional sano al momento de realizarle la evaluación de su estado nutricional.

Gráfico N° 03: Clases de alimentación que recibieron los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.

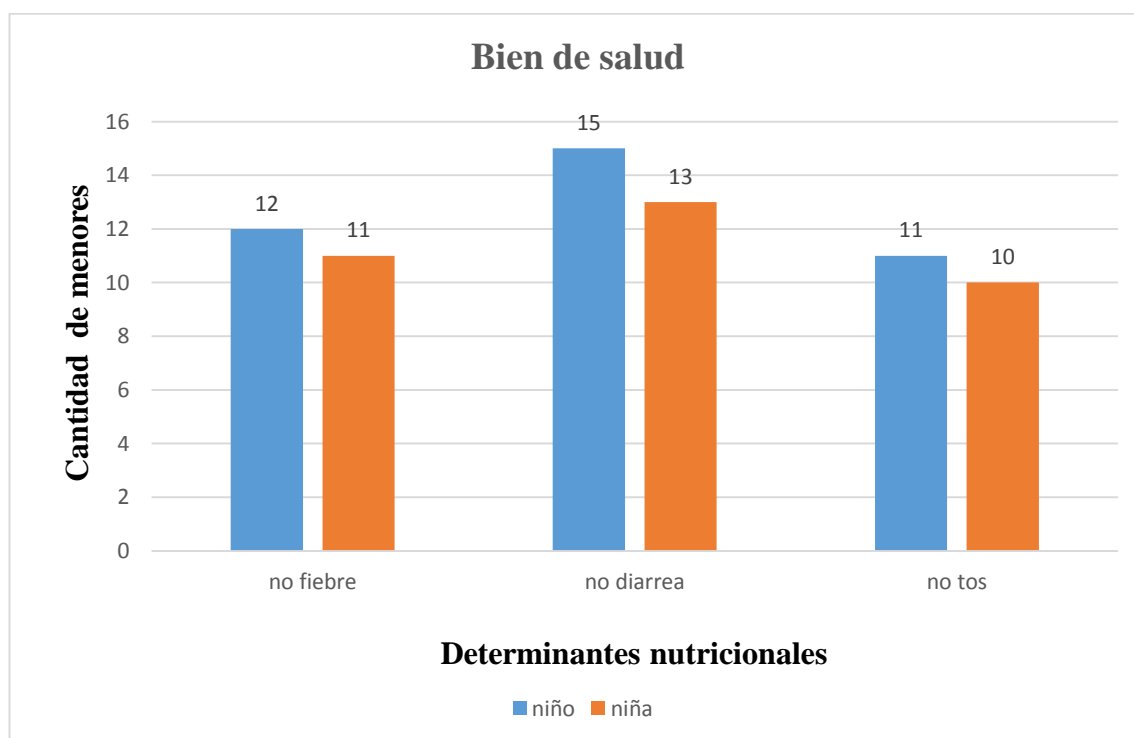


Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el gráfico se muestran las cantidades de acuerdo al sexo de los menores encuestados y los determinantes para que tengan una buena alimentación, lo cual incluye el consumo de leche materna, alimentos complementarios y algunos micronutrientes que pueden recibir en su centro de salud, cabe resaltar que las preguntas han sido planteadas en base a lo que sucedió un día antes a que los menores fueran internados, dichas cifras se detallan a continuación:

1. Niño: El gráfico muestra que existe 15 niños que presentan una buena alimentación, los mismos que representan al 14.70% de los 55 niños evaluados. Esto nos indica que los 40 niños restantes presentan una clara deficiencia en algún o algunos determinantes nutricionales utilizados razón por la cual no ha obtenido un buen resultado con respecto a la forma como vienen siendo alimentados.
2. Niña: El gráfico muestra que existe 15 niñas que presentan una buena alimentación, las mismas que representan al 14,6.% de las 47 niñas evaluadas. Esto nos indica que las 32 niñas restantes presentan una clara deficiencia en algún o algunos determinantes nutricionales utilizados razón por la cual no ha obtenido un buen resultado con respecto a cómo vienen siendo alimentadas.

Gráfico N° 04: Síntomas que presentaron los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.

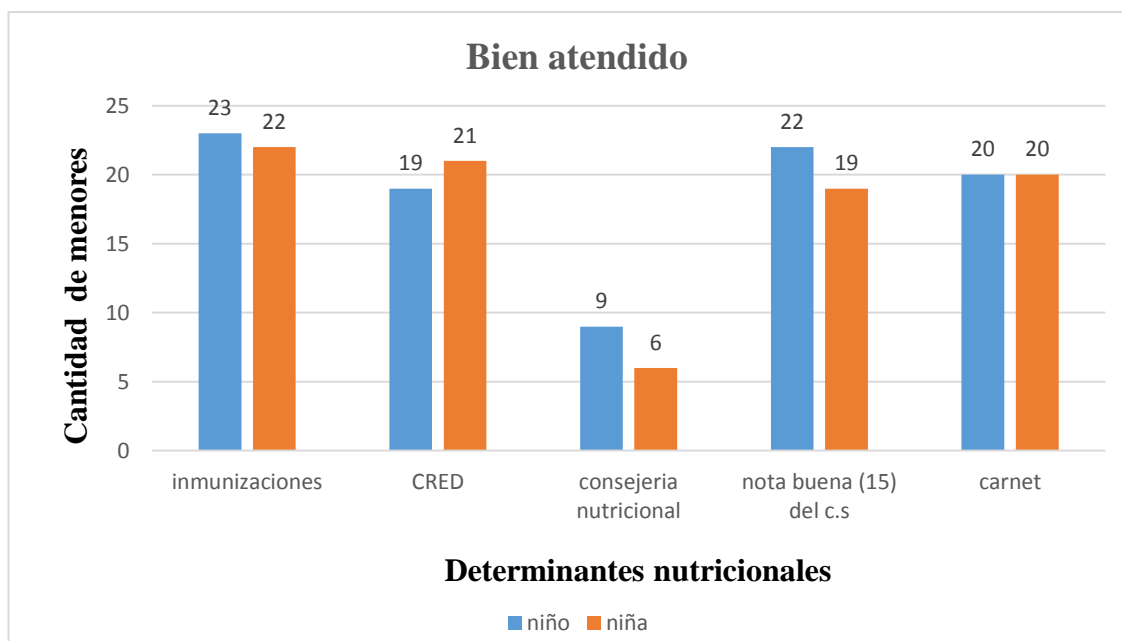


Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el gráfico se muestran las cantidades de acuerdo al sexo de los menores encuestados y los determinantes para que estén bien de salud, lo cual indican que el menor no debió presentar ni fiebre, ni diarrea, ni tos, cabe resaltar que las preguntas han sido planteadas en base a lo que sucedió un día antes a que los menores fueran internados, dichas cifras se detallan a continuación:

1. Niño: El gráfico muestra que existe 13 niños que están bien de salud, los mismos que representan al 12.74% de los 55 niños evaluados. Esto nos indica que los 42 niños restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han obtenido un buen resultado al evaluar su salud.
2. Niña: El gráfico muestra que existe 11 niñas que están bien de salud, las mismas que representan al 10.78% de las 47 niñas evaluadas. Esto nos indica que las 36 niñas restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han obtenido un buen resultado al evaluar su salud.

3. **Gráfico N° 05: Tratamientos que recibieron los menores internados del Hospital Regional de Loreto.**

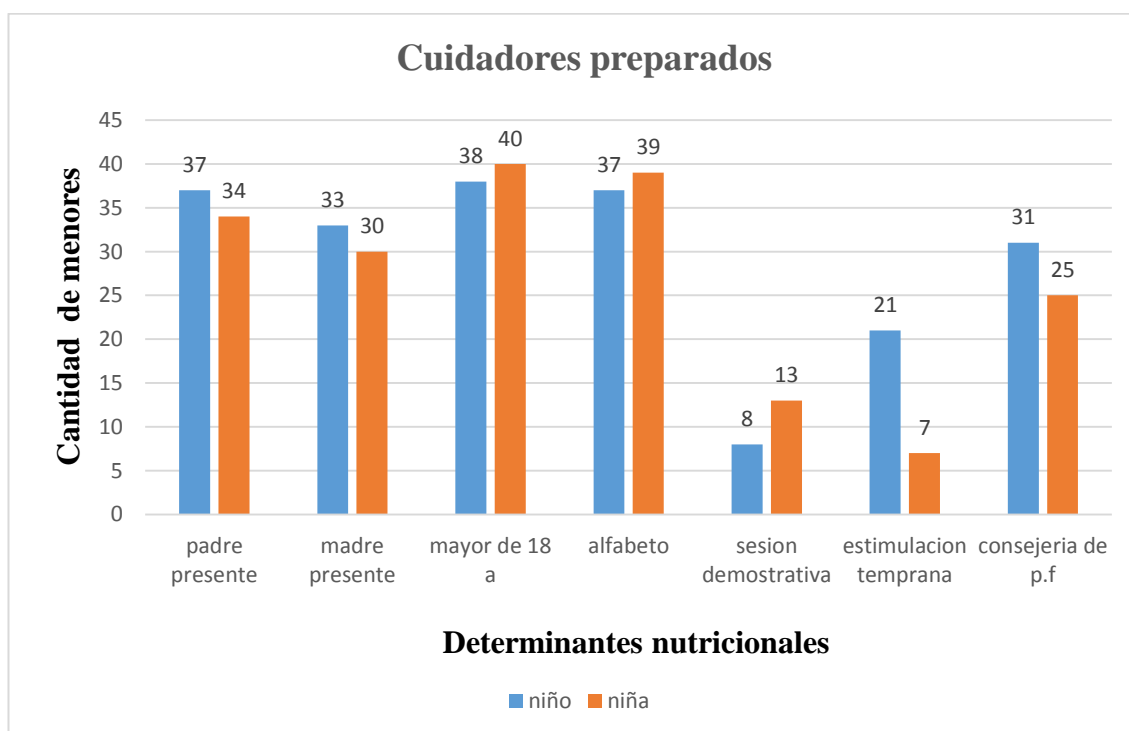


Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el gráfico se muestran las cantidades de acuerdo al sexo de los menores encuestados y los determinantes para que se les considere bien atendidos por parte del centro de salud al que pertenecen y asisten, cabe resaltar que las preguntas han sido planteadas en base a lo que sucedió un día antes a que los menores fueran internados, dichas cifras se detallan a continuación:

1. Niño: El gráfico muestra que existe 19 niños que están bien atendidos, los mismos que representan al 18.62% de los 55 niños evaluados. Esto nos indica que los 36 niños restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han obtenido un buen resultado con respecto a la forma como han venido siendo atendidos en sus respectivos centros de salud.
2. Niña: El gráfico muestra que existe 18 niñas que están bien atendidos, las mismas que representan al 17.64% de las 47 niñas evaluadas. Esto nos indica que las 29 niñas restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han obtenido un buen resultado con respecto a la forma como han venido siendo atendidos en sus respectivos centros de salud.

Gráfico N° 06: Cuidadores preparados de los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.

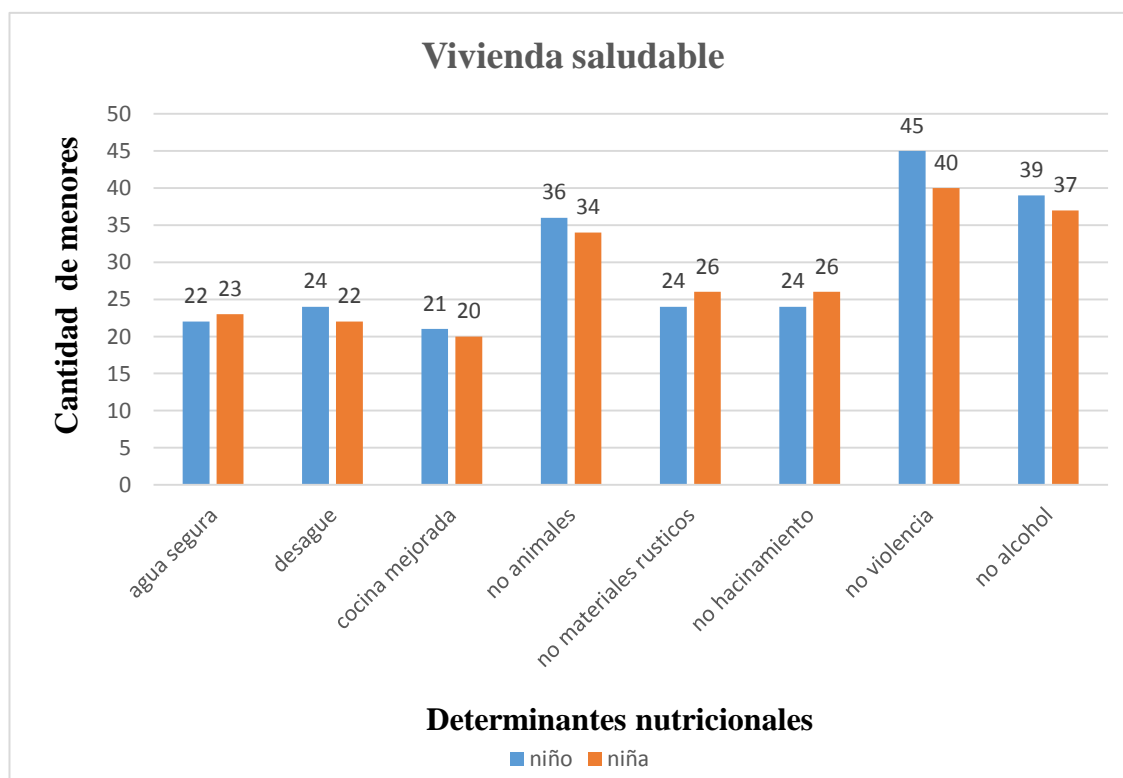


Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el gráfico se muestran las cantidades de acuerdo al sexo de los menores encuestados y los determinantes para que se les considere que tienen cuidadores preparados, cabe resaltar que las preguntas han sido planteadas en base a lo que sucedió un día antes a que los menores fueran internados, dichas cifras se detallan a continuación:

1. Niño: El gráfico muestra que existe 29 niños están bien cuidados por parte de sus cuidadores preparados, los mismos que representan al 28.43% de los 55 niños evaluados. Esto nos indica que los 26 niños restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han venido siendo bien atendidos por parte de sus cuidadores a cargo.
2. Niña: El gráfico muestra que existe 27 niñas están bien cuidados por parte de sus cuidadores preparados, las mismas que representan al 26.46% de las 47 niñas evaluadas. Esto nos indica que las 20 niñas restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han venido siendo bien atendidas por parte de sus cuidadores a cargo.

Gráfico N° 07: Características de la vivienda de los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.

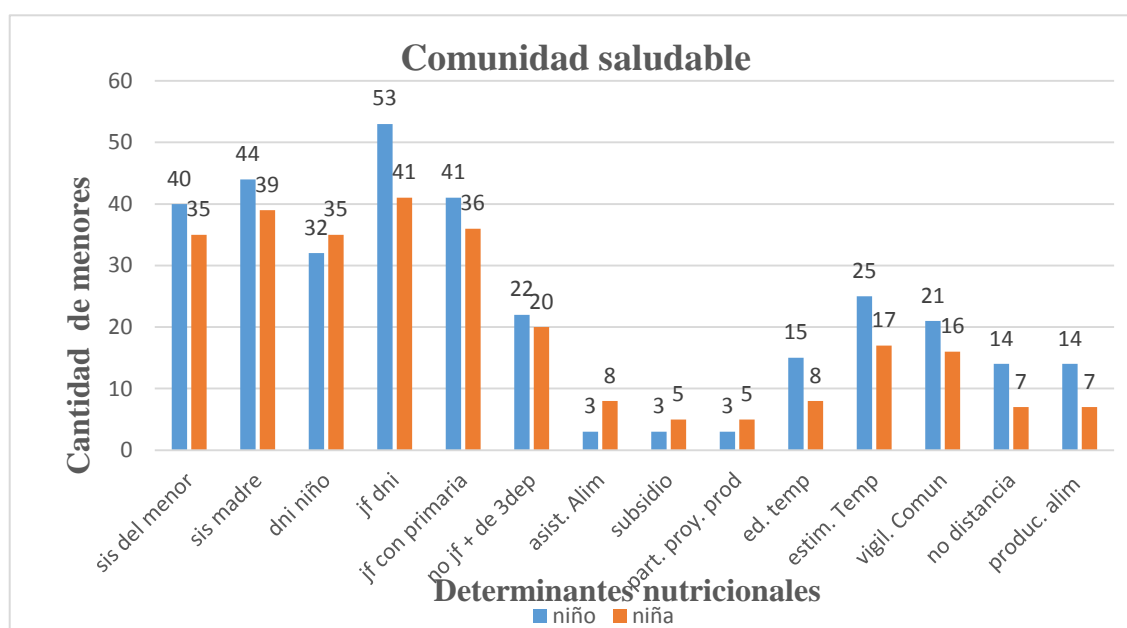


Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el gráfico se muestran las cantidades de acuerdo al sexo de los menores encuestados y los determinantes para que se les considere que tienen una vivienda saludable, cabe resaltar que las preguntas han sido planteadas en base a lo que sucedió un día antes a que los menores fueran internados, dichas cifras se detallan a continuación:

1. Niño: El gráfico muestra que existe 29 niños tienen una vivienda saludable, los mismos que representan al 28.43% de los 55 niños evaluados. Esto nos indica que los 26 niños restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han obtenido un buen resultado con respecto a la forma como han estado viviendo.
2. Niña: El gráfico muestra que existe 29 niñas tienen una vivienda saludable, las mismas que representan al 27.93% de las 47 niñas evaluadas. Esto nos indica que las 20 niñas restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han obtenido con respecto a la forma como han estado viviendo.

Gráfico N° 08: Características de la comunidad de los menores internados en el Hospital Regional de Loreto.



Fuente: Datos recogidos por la investigadora.

En el gráfico se muestran las cantidades de acuerdo al sexo de los menores encuestados y los determinantes para que se les considere que viven dentro de una comunidad saludable, cabe resaltar que las preguntas han sido planteadas en base a lo que sucedió un día antes a que los menores fueran internados, dichas cifras se detallan a continuación:

1. Niño. El gráfico muestra que existe 24 niños viven dentro de una comunidad saludable, los mismos que representan al 23.52% de los 55 niños evaluados. Esto nos indica que los 31 niños restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han obtenido un buen resultado con respecto a la forma como han estado viviendo dentro de su comunidad.
2. Niña. El gráfico muestra que existe 20 niñas viven dentro de una comunidad saludable, las mismas que representan al 19.60% de las 47 niñas evaluadas. Esto nos indica que las 27 niñas restantes presentaron algún o algunos de los determinantes nutricionales mostrados anteriormente razón por la cual no han obtenido un buen resultado con respecto a la forma como han estado viviendo dentro de su comunidad.

VII. DISCUSIONES

- ❖ En el presente estudio se ha realizado la evaluación del estado nutricional a 102 menores de 5 años de edad, los mismos que fueron internados en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos en el periodo de los meses de Marzo a Abril del año 2014, quienes han sufrido algunas de las diversas patologías clínicas existentes conocidas ya por la medicina, donde comprobándose a través del estudio realizado de que los más expuestos a sufrir algún tipo de enfermedad resultaron ser los menores entre 0 y 3 años de edad, los cuales han sufrido distintas infecciones especialmente las diarreicas y respiratorias, aparte de presentar fiebre por las mismas siendo los pacientes: 48 niños que representan al 48.02% y 42 niñas que son el 41.16% quienes han presentado alguna tipo de enfermedad clínica. Según estudios realizados en Infectología pediátrica por lo general las complicaciones bacterianas forman parte del crecimiento inmunológico de los menores de 5 años especialmente los menores de 3 años además de que dichos cuadros virales y las complicaciones bacterianas encabezan el ranking de enfermedades en esta edad y no hay de qué preocuparse siempre y cuando las mismas no sean continuas por ende en excesos, sin embargo en el caso de estos menores internados se ha podido obtener como resultados después de las evaluaciones realizadas que 56 menores (31 niños y 25 niñas) han presentado algún tipo de desnutrición al momento de ser internados en el nosocomio, esta deficiente situación nutricional, razón que ha contribuido a que la enfermedad que padecían sea más crónica y su estancia hospitalaria más larga.
- ❖ Con respecto al nivel educativo del cuidador a través de la encuesta se ha observado que esta responsabilidad recae en las madres de los menores en su mayoría (ya que es ella la que más contacto mantiene con el menor) y se ha comprobado que es la madre la que tiene un gran impacto en el bienestar de su menor hijo (a) y esto nos indica que si ella presenta un bajo nivel educativo resulta ser la principal causante en el deficiente estado nutricional del su menor hijo (a) pues ignora la importancia de una buena y correcta alimentación por ende una buena y estable nutrición, así mismo esto viene asociado a otros factores como la lactancia materna no exclusiva, la pésima alimentación

complementaria, deficientes accesos a necesidades básicas como el agua segura, desagüe o tener las vacunas incompletas entre otros, contribuyen a que los menores de estas edades se enfermen con más frecuencia. Y esto lo podemos comparar con los hallazgos de los investigadores Beltrán y Seinfeld (Perú, 2011), los cuales informaron respecto a que la influencia de la educación que ha recibido el cuidador del menor, el lugar donde vive, y haber presentado diarrea 15 días antes de la encuesta en niños peruanos interfiere en su buen estado nutricional. A si mismo mencionan que la educación materna tiene gran impacto de sobre la nutrición ya sea de manera favorable o desfavorable, lo mismo que el presente estudio de tesis ha demostrado.

- ❖ El lugar de residencia de los menores también influye en su estado nutricional ya que a través de la encuesta realizado a los cuidadores de los menores se ha demostrado que existe menor prevalencia de desnutrición en los niveles más altos de riqueza familiar, como es el caso de la mayoría de menores que vivían en el distrito de Iquitos y parte de Punchana ya que la mayoría de pacientes internos de estos distritos cuentan con las necesidades básicas de saneamiento y acceso a sistemas de salud. Además que en sus carnet de Cred estaban en buen estado. Sin embargo los menores de los distritos de Belén, San Juan y Las zonas Rurales presentaban mayor tasa de desnutrición ya que estos no contaban con sus vacunas completas, no consumían agua segura y no tenían desagüe y la forma de alimentación a sus menores hijos era deficiente e incorrectas, lo cual lo podemos comparar con los estudios realizados por los investigadores Blakey y colaboradores (EE.UU, 2005), quienes también notificaron una fuerte asociación entre pobreza y desnutrición en menores sin acceso a agua segura ni saneamiento básico. Otro estudio realizado por Coello Patricia. (México, 2007). En su investigación sobre “Relación de los hábitos de alimentación y el estado nutricional de niños preescolares en una comunidad rural” en este trabajo de investigación se analizaron los hábitos alimentarios con respecto al estado nutricional de niños preescolares, y su situación socioeconómica donde se encontró que una buena relación entre los hábitos alimentarios y el buen estado nutricional de los niños y tener madres con un buen nivel educativo con respecto a los que sufren estas carencias ya mencionadas.

VIII. CONCLUSIONES

1. De la evaluación al estado nutricional de los menores de 5 años se ha obtenido que solo 33 menores no presentan ninguna tipo de desnutrición, los mismos que han sido 15 niños y 18 niñas. Ha existido 69 menores malnutridos (desde desnutridos hasta con obesidad), siendo los más afectados por dichos diagnósticos los varones.
2. El peso y la talla que tuvieron al nacer dio una idea más clara y precisa en cuanto puede llegar a influir sobre el estado nutricional de los menores así como los antecedentes de la madre durante el embarazo, observándose que si no son atendidos a tiempo en lo que respecta a su buena alimentación y nutrición será un menor desnutrido.
3. El principal factor que afecta al buen estado nutricional de los menores en estudio es el bajo nivel de educación del tutor responsable en este caso es la madre, la misma que es la principal responsable de su alimentación en el día a día según la encuesta realizada.
4. El lugar de procedencia del menor también es un determinante que influye en su estado nutricional, ya que si no vive en un ambiente idóneo teniendo sus necesidades básicas, está más expuesto a sufrir enfermedades infecciosas como son las diarreicas y respiratorias. A su vez de acuerdo al estudio se concluye que existieron más menores con un estado nutricional deficiente en el distrito de Punchana, resaltado que esto sucede ya que el hospital en mención está localizado en dicho distrito y la población en estudio en su mayoría eran de Punchana (45 menores).
5. Según el grado de desnutrición se ha encontrado que de 44 menores han sido afectado por algún tipo de desnutrición, siendo 25 varones y 19 mujeres.
6. De la encuesta que se les ha realizado a los cuidadores de los menores se ha encontrado que solo 41 menores están libres de la desnutrición, siendo los mismos 21 varones y 20 mujeres, pudiendo identificar que los causantes sobre el deficiente estado nutricional de los menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto. en el año 2014, ha sido la mala práctica y la falta de: LME, la AC, inmunizaciones completas según la edad, las necesidades básicas como el agua, electricidad, desagüe, vivienda saludable, el nivel educativo de la madre, el lugar de residencia, entre otros.

IX. RECOMENDACIONES

- Contar con un espacio privado para realizar la toma de medidas antropométricas y posiblemente la encuesta, ya que se debe velar por la privacidad del encuestado y del menor de edad.
- Contar con los materiales idóneos para realizar la toma de medidas de los menores como son el Infantómetro y el tallímetro, lo mismo con la balanza que debe ser de acuerdo a la edad en la que se encuentra el menor ya que esto nos indica la Norma Técnica Peruana.
- Siempre que se va a realizar la toma de medidas antropométricas tener un auxiliar como nos dice la Norma Técnica Peruana ya que esto es lo correcto y a su vez nos sirve de apoyo. Poner mucha atención al momento de registrar los datos obtenidos.
- Leer el instructivo de la encuesta para poder realizarla de una manera correcta y saber utilizar las palabras adecuadas para poder llegar a obtener la información lo más verídica posible por parte del encuestado.
- Realizar la encuesta en el momento en el que el cuidador no este atendiendo a su menor hijo o hija, es decir realizar la encuesta mientras el menor duerme y no el mismo día en que fue internado ya que el cuidador se muestra nervioso, preocupado y posiblemente no aceptara la encuesta.
- Que en los centros de salud se incorporen nutricionistas para que puedan abordar temas de salud como es la desnutrición y así ayudar a combatirla utilizando para ello las consultas, los talleres, las capacitaciones todo esto dentro del centro de salud. Y también la realización de campañas educativas dirigidas a la población a través de capacitaciones o charlas educativas en los colegios, pueblos jóvenes, AA.HH, etc y así fortalecer las competencias de las familias en estimulación temprana, lactancia materna, alimentación complementaria entre otros.
- Articular las acciones de salud con la gestión de los otros sectores como son: educación, ambiente, agricultura producción entre otros ya que así se lograra mejorar la calidad de vida de la población.
- A si mismo se pide como recomendación a la institución del Hospital Regional de Loreto que refuerce las medidas sanitarias que viene usando en su nosocomio para evitar reinfecciones o alguna otra enfermedad durante la estadía hospitalaria de los pacientes en el mismo.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnold F, Parasuraman S, Arokiasamy P, Kothari M. Nutrition in India. National Family Health Survey (NFHS-3), India, 2005-06. Mumbai: International Institute for Population Sciences; India, 2009.
2. Armas M. El Recién Nacido Normal Características Físicas y Fisiológicas. Cátedra Enfermería Materno infantil. Perú, 2010.
3. Ávila V. Características clínicas de la desnutrición proteína-energética en: Alimentación y Nutrición en la Infancia. Méndez Cervantes; México D.F. 2008.
4. Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, De Onis M, Ezzati M, Mather C, Rivera J, for the Maternal and Child Under Nutrition Study Group. Maternal and Child under Nutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences. Lancet, Series Maternal and Child Under nutrition. EE.UU, 2008.
5. Beltrán A, Sienfeld J. Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú. Apuntes Centro de Investigación de la Universidad del Pacifico. Perú, 2011.
6. Blakely T, Hales S, Kieft S, Wilson N, Woodward A. The global distribution of risk factors by poverty level. Bull World Health Organ, 2000.
7. Busdiecker S, et all. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. Rev. Chilena Pediatría, 2000.
8. Casanueva M, Pérez Ab, Arroyo P. Evaluación del estado nutricional en Nutriología Médica. Editorial Panamericana. México, 2000.
9. Curiela. T, et all. La desnutrición en el medio rural mexicano. Salud Pública de México, 2008.
10. Ellis K. Human body composition in vivo methods. Physiol Rev, 2000.
11. ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú, 2012.
12. ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú, 2013.
13. Evaluación antropométrica de niños menores de 6 años de Familias veracruzanas viviendo en ciudad Juárez.
14. Fall C, Hallal P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Under nutrition Study Group. Maternal and child under nutrition: consequences

- for adult health and human capital. Lancet, Series Maternal and Child Under nutrition. EE.UU, 2008.
15. FAO. Informe anual de la situación nutricional en Latinoamérica y países del Caribe, 2012.
 16. Familias Saludables de las Comunidades Indígenas de las Cuencas de los Ríos Pastaza, Tigre y Corrientes. Publicado con el apoyo de la Empresa Pluspetrol Norte S.A. Perú, 2009
 17. Fernández L, Jáuregui M, Candia N, Kochol, R, Estigarribia E. Desnutrición en menores de cinco años. México, 2002.
 18. Flores H. Desnutrición energético-proteínica. En: Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, de. Nutriología médica. Panamericana; México D.F. 2005.
 19. Gibson R. Principles of nutritional assessments. Nueva York: Oxford University Press, 1990.
 20. Gómez F. Desnutrición. Salud Pública. México, 2003.
 21. Grupo Impulsor Inversión en la Infancia. Desnutrición crónica infantil. Perú. 2011.
 22. Instituto Nacional en Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012 y (ENDES) 2013.
 23. Instituto Nacional de Salud. Centro nacional de alimentación y nutrición - CENAN. Dirección Ejecutiva de Vigilancia y Seguridad Alimentaria y Nutricional.
 24. Krause B. Dietoterapia: Nutrición en la Infancia. Barcelona: El sevier Masson. EE.UU, 2009.
 25. Lee R, Nieman D. Nutritional assessments. 4ta ed. Nueva York: McGraw-Hill.2007.
 26. Lohman T, Roche A, Martorell R, Editors. Anthropometric standarization reference manual. Champaing Illinois. Human Kinetics Books. EE.UU, 1988.
 27. Manual De La Antropometrista. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Perú, 2012.
 28. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 Años. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Ministerio de Salud. Perú, 2011.

29. OMS. Manual de Antropometría. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Perú, 2004.
30. Orientación Alimentaria: Glosario de términos. Cuadernos de nutrición. México, 2010.
31. Peña, H. Dosificación de medicamentos en pediatría. Perú, 1994
32. Rabanal R. Sistema Para la Reducción de Desnutrición Infantil. Facultad de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Perú, 2012.
33. Romero V. Desnutrición proteínico-energética. En: SAM Nutrición Pediátrica. Sistema de actualización médica en nutrición pediátrica. 3ª edición. Intersistemas. México, 2005.
34. Sanchez G. Hacia una política nutricional en el Perú en Revista Economía y Sociedad 49, CIES, Perú, 2003.
35. Shill M. Olson, Shike M, Ross C, Caballero B, Cusins RJ, ed. Modern nutrition in health and disease, 10th ed. Baltimore, Maryland: Williams and Wikins, 2006.
36. Situación nutricional nacional y regional según sistema de información del estado nutricional. Lima, 2011.
37. Smith L, Haddad L. Explaining child malnutrition in developing countries. A cross-country analysis. Washington D.C.: International Food Policy Research Institute. EE.UU, 2000.
38. Sobrino et al. Revista panamericana de salud pública. Perú, 2014.
39. Suverza, A y Haua, K: El ABCD de la evaluación del estado nutricional. McGraw. Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México, 2010.
40. Torún V. E. Desnutrición calórico-proteica. En Nutrición en Salud y Enfermedad. Shils. 9ª Ed. Mc Graw Hill. México, 2002.
41. Vásquez H. E. El Perú de los pobres no visibles para el Estado: La inclusión social pendiente. Documento de Discusión. Universidad del Pacífico. Perú, 2012
42. Waterlow JC. Classification and definition of protein energy malnutrition. BMJ. EE.UU, 1972.

XI. ANEXOS

11.1. Anexo 1: Hoja de información para participantes.

Título: “Evaluación del estado nutricional menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto. – Iquitos, 2014.”

Buenos días señor(a) soy Bachiller de la carrera de Bromatología y Nutrición Humana de la UNAP, mi nombre es Rosmar Nuzly Tinoco Ríos, estoy realizando un trabajo de investigación en el cual le invito a participar, con el objetivo de determinar la “Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto.. Iquitos 2104”, con el propósito de determinar los indicadores y cuáles son los grados de desnutrición que afectan a los niños hospitalizados en el servicio de pediatría y con una duración de 10 a 20 minutos. Así mismo la muestra a recolectar será de 102 menores de 5 años que se estará realizando los 5 días de la semana (Lunes a Viernes) con la duración máxima de 90 días. Si Ud. accede a participar en el estudio, el beneficio que le puedo ofrecer a Ud. como apoderado del menor es brindarle toda la información necesaria y exacta acerca de la correcta forma de alimentación y nutrición de su menor hijo según el año de vida en el que él se encuentra ya con dicha información se podrá ayudar a corregir y/o mejorar la forma de alimentación que viene recibiendo su menor hijo(a). No existe ningún riesgo o peligro para Ud. o para el menor debido a que dichos datos no se darán a conocer ante los demás, ya que se prioriza proteger la integridad física y moral de los participantes. El estudio será de forma voluntaria, anónima y confidencial, por lo cual me comprometo a asistir los días pactados, los datos recibidos serán guardados en estricta confidencialidad debido a que solo se usaran para la investigación. No habrá compensación económica ya que los datos serán recolectados en su propio servicio (pediatría) y se les informara que los resultados serán publicados en la identificación de sus datos. Quien le habla es Rosmar Nuzly Tinoco Ríos responsable de la recolección de datos y de contestar cualquier duda y/o emergencia que Ud. tiene, puede acercarse al servicio o llamar a mi celular (Cel.: 982325940 RPC).El responsable del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) es el Dr. Johan Marín Lizárraga (Cel.:965659735) responsable de nuestra evaluación.

11.2. Anexo 2: Consentimiento informado.

Título: “Evaluación del estado nutricional menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Loreto. – Iquitos, 2014.”

- Fecha:.....
- Código:.....

Señor(a), soy bachiller de Bromatología y Nutrición Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, mi nombre es, estoy

realizando la investigación titulada: “Evaluación del Estado Nutricional en Menores de 5 Años Internados en el Hospital Regional de Loreto. – Iquitos, 2014.”, con el propósito de determinar los grados de desnutrición en niños menores de 5 años internados en el Servicio de Pediatría. Si usted accede que su menor hijo(a) participe en este estudio, deberá permitir la toma de talla y decir exactamente la fecha de nacimiento del niño(a); su aceptación es en forma voluntaria anónima y confidencial por lo que, tiene todo el derecho de aceptar o negarse a participar en el estudio.

Los datos obtenidos se analizarán en forma agrupada y con la ayuda de códigos, en ningún caso se maneja información individualizada. Luego del procesamiento de los datos obtenidos, los instrumentos usados para la recolección serán destruidos, con el fin de proteger la integridad física y moral de los participantes del estudio.

Los resultados de este proyecto serán de conocimiento solo del personal que realiza este trabajo y los resultados finales estarán a disposición mediante publicaciones, su nombre y sus datos personales no serán revelados a terceros en ningún momento.

¿Acepta usted ser parte de esta investigación?

SI NO

.....

Firma del cuidador responsable del menor

11.3. Anexo 3: Hoja de recolección de datos.

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)

* Fecha de Nacimiento:

*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer: cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Índices antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

- a. **Peso/Edad:** Detecta desnutrición global.

$$\text{Peso/Edad} = \frac{\text{Peso Actual} \times 100}{\text{Peso ideal para la edad (percentil 50)}}$$

Interpretación

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	% ADECUACIÓN MEDIANA
Normal	> 90 %
Desnutrición leve o I°	75 – 90 %
Desnutrición moderada o II°	60 – 74 %
Desnutrición severa o III°	<60 %

- b. **Talla/Edad:** Detecta el retardo en el crecimiento o desnutrición crónica.

$$\text{Talla/Edad} = \frac{\text{Talla Actual} \times 100}{\text{Talla ideal para la edad (percentil 50)}}$$

Interpretación

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	% ADECUACIÓN MEDIANA
Normal	> 95 %
Desnutrición crónica leve o I°	90 – 95%
Desnutrición crónica moderada o II°	85 – 89 %
Desnutrición crónica severa o III°	<85 %

- c. **Peso/Talla:** Detecta el Retardo la desnutrición aguda o emaciación.

$$\text{Peso/Talla} = \frac{\text{Peso Actual} \times 100}{\text{Peso ideal para la talla (percentil 50)}}$$

Interpretación

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	% ADECUACIÓN MEDIANA
Exceso o sobrepeso	>110%
Normal	90 - 110 %
Desnutrición aguda leve o I°	80 – 89 %
Desnutrición aguda moderada o II°	70 – 79 %
Desnutrición aguda severa o III°	<70 %

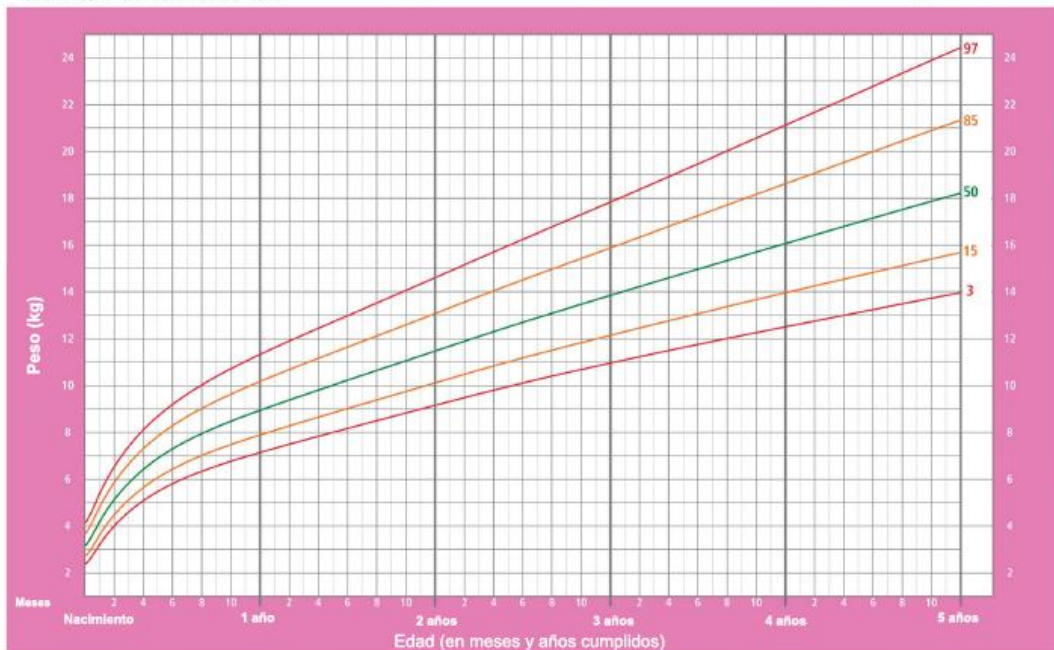
11.4. Anexo 4: Encuesta para los cuidadores de los menores.

Nombre	Fecha	D/M/A A.H.:mm
Vivienda rodeable [escribir Si o NO].		
.agropecuaria (clarada y herbada)		
.destruco en red (UIR) a letrina adecuada (R)		
.cocina mejorada (R) a en cuartos separada		
.animador de canchales/vuelta en hacer		
.material precaria (ortera, quinchá)		
.viven más de 3 personas/cuarta		
.ayer hubo pelea en el hogar		
.alguien estuvo ebria ayer		
Comunidad rodeable [escribir Si o NO].		
.niña canchero de salud (SIS u otra)		
.madre canchero de salud (SIS u otra)		
.niña con número de identificación (CUI)		
.la o el jefe de familia:		
.tiene DNI		
.tiene educación primaria completa		
.tiene más de 3 dependientes para el mor parada, la familia:		
.recibió alimentos donados		
.recibió dinero donado (Juntar u otra)		
.participó en algún proyecto productivo para el mor parada, el niño:		
.recibió estimulación temprana		
.vivido alacude a vigilancia comunal en su comunidad:		
.hay educación temprana (CUNAMAS, PRONOEI, SET)		
.hacer hasta el harpijal mor cercana		
.hay producción de algún alimento		
DATOS NIÑO 1		
Nombre y Apellido:		
Fecha de Nacimiento:	Día	Mes Año
Dirección:		
Dirección:		
Peso al Nacer (q)		Talla al Nacer (cm)
Peso Actual (q)		Talla Actual (cm)
Fecha de Control CRED (Penúltima):	Día	Mes Año
Fecha de Control CRED (Última):	Día	Mes Año
<p>Podir concentramiento verbal.</p> <p>Usar 1+ hoja(s) por cada paciente.</p>		
Nombre		
Edad [meses (edad)]		
Sexo [escriba (edad)]		
Bebea nutricia [escribir Si o NO].		
.en su control mar reciente, ralarifú, región orquema		
.tuvo adelgazamiento		
.tuvo brotopera (P/T)		
.tuvo déficit de talla (T/E, DCU)		
.baja ganancia de peso		
.baja ganancia de talla		
Bebea alimentación AYEB [escribir Si o NO].		
.recibió lactancia materna		
.recibió upl, Hiarra, MMC o Chirekar		
.ortuvo al día con suplemento VA		
.recibió algún alimento distinto de leche materna		
.recibió 3 o más comidas orperar		
Bebea salud AYEB tuva [escribir Si o NO].		
.fiebre		
.diarrea		
.tar, dolor de garganta, gripe, respatat.		
Bebea atención [escribir Si o NO, excepto neta].		
.tiene su vacunar al día para su edad		
.ha tendido último control CRED, según su edad		
.recibió canchero/a nutricional en último CRED		
.nata a la atención en su env. Salud [a prequitar MB(20) E(15) R(10) M(8) MM(0)]		
madró a carne a zo hallid hataria		
Cuidador preparador [escribir Si o NO].		
.padre ortuvo con niño ayer		
.madre día de comer al niño ayer		
.la peozna que la cuidó ayer:		
.fue su madre a padre		
.fue mayor de edad (18+)		
.lee y escribe cartellama		
.ortivid azarim de matrativa de alimentar		
.recibió capacitación en estimulación temprana		
.recibió canchero/a en planificación familiar		

11.5. Anexo 5: Patrones de referencia de crecimiento de niños y niñas menores de 5 años de la OMS.

Peso para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niñas

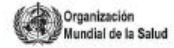
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niñas

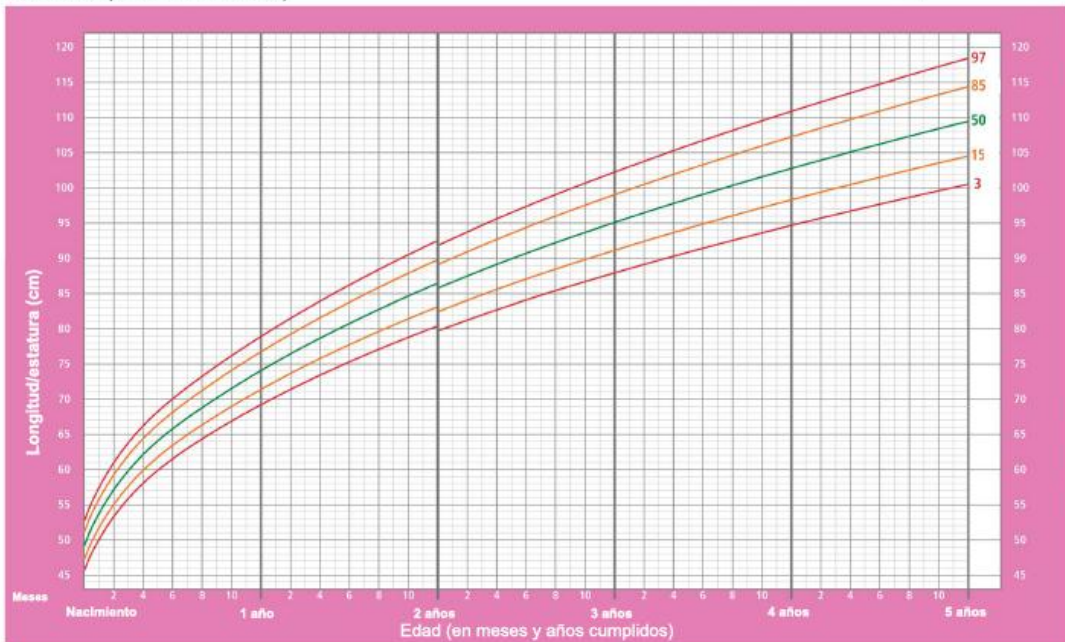
Percentiles (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niñas

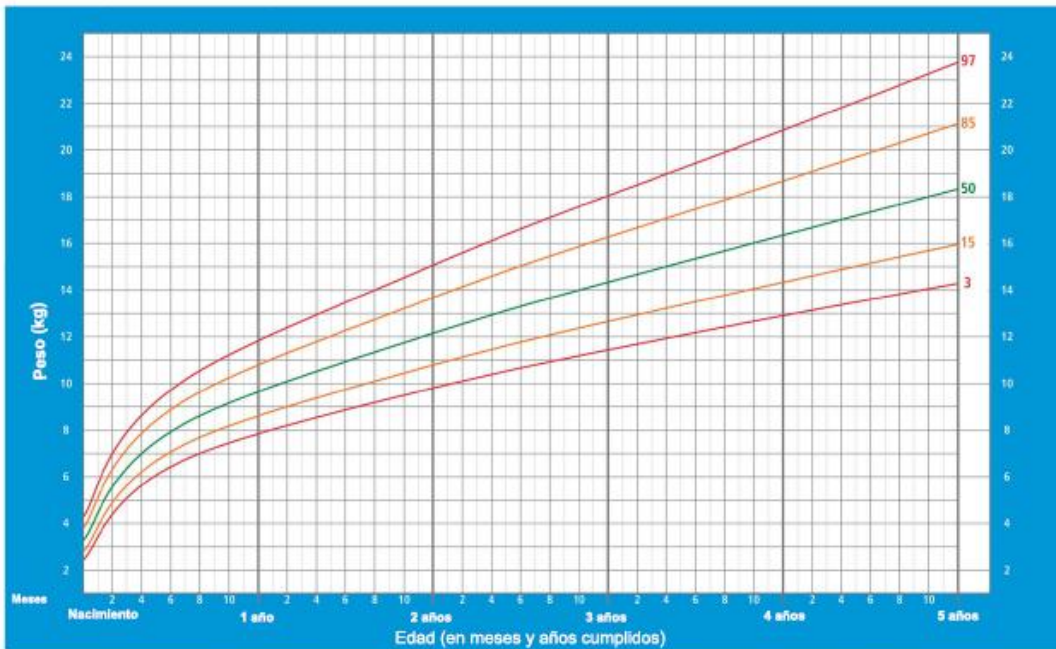
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

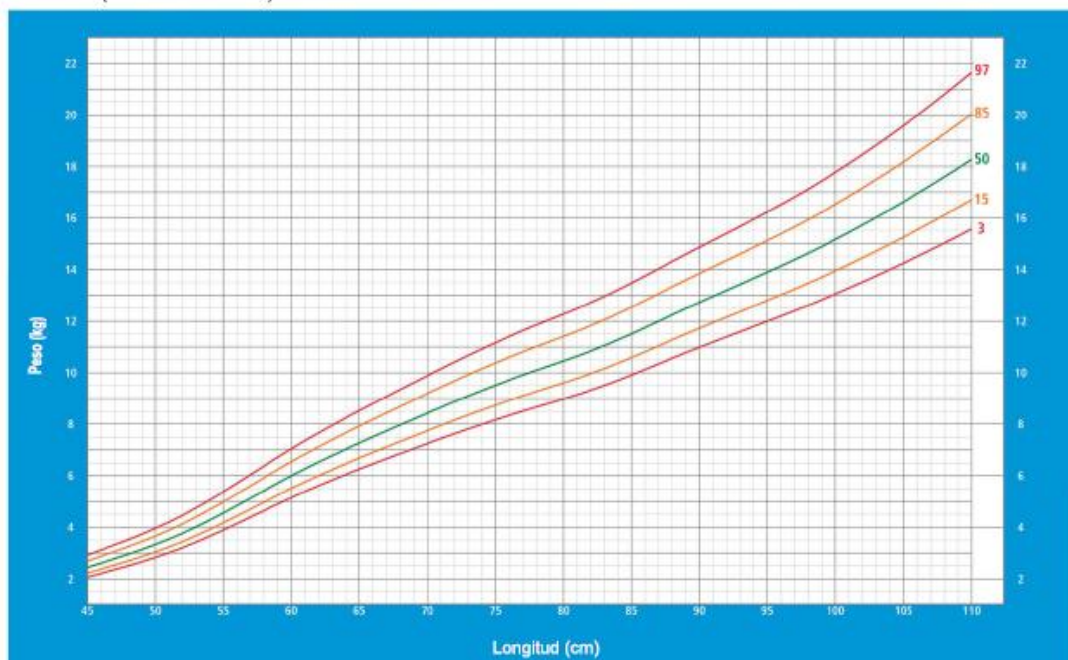
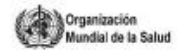
Peso para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



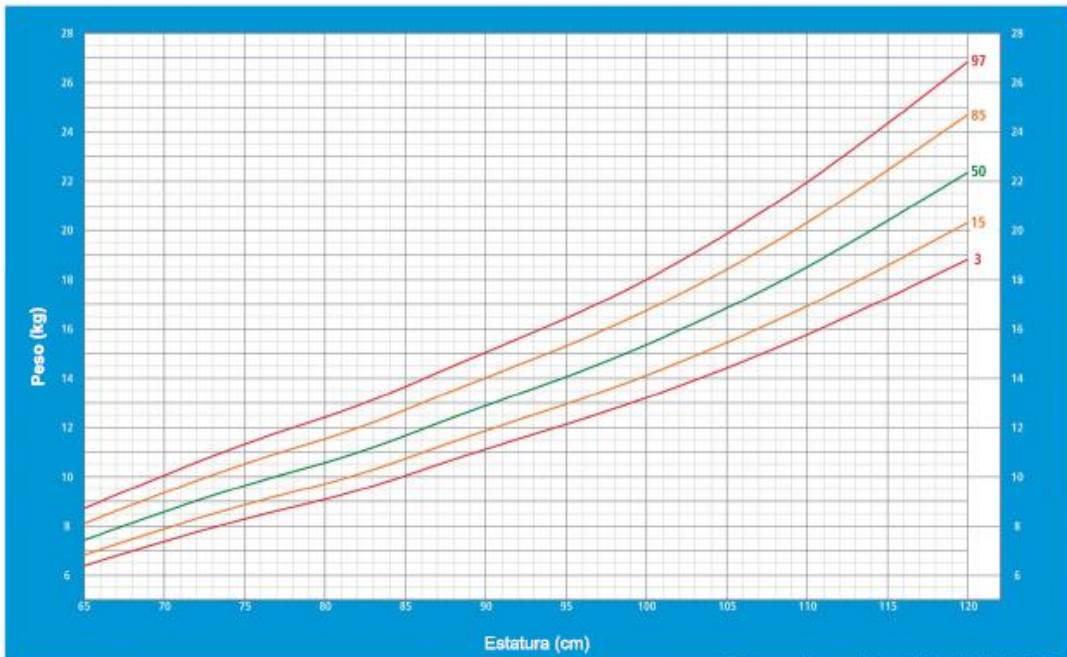
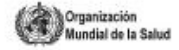
Peso para la longitud Niños

Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Peso para la estatura Niños

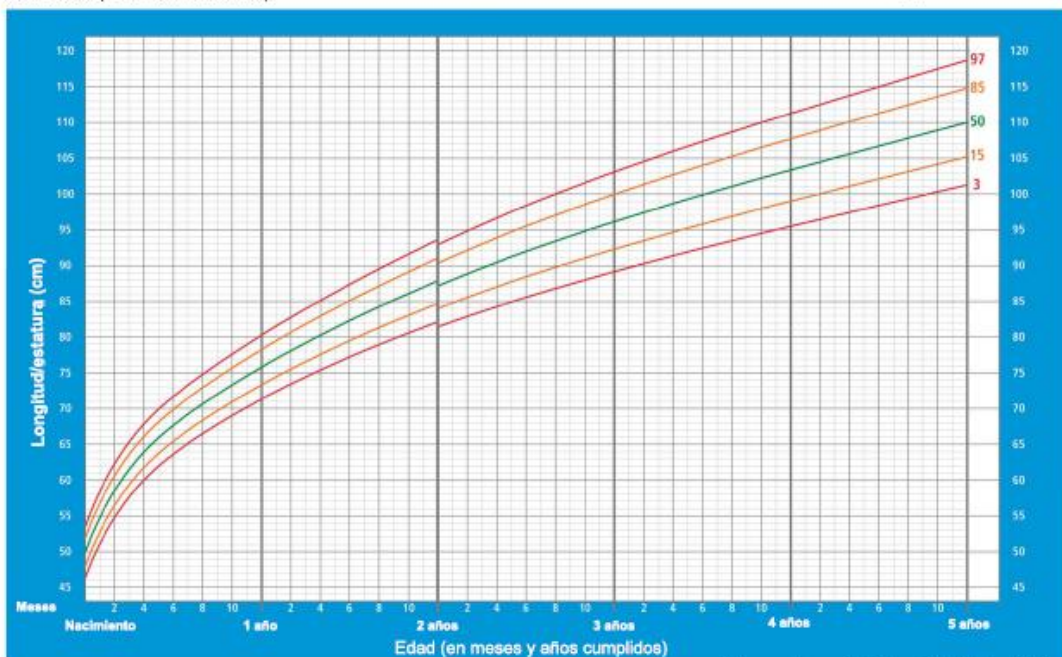
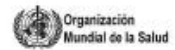
Percentiles (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

11.6. Anexo 6: Muestras de historias clínicas nutricionales realizadas.

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)

* Fecha de Nacimiento:

*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)
* Fecha de Nacimiento:
*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)
* Fecha de Nacimiento:
*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)
* Fecha de Nacimiento:
*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:

*Nombres

*Dirección:

* Sexo: (M) (F)

* Fecha de Nacimiento:

*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años

meses

días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx:

Recomendación:

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)
* Fecha de Nacimiento:
*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)
* Fecha de Nacimiento:
*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)

* Fecha de Nacimiento:

*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)

* Fecha de Nacimiento:

*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

Historia clínica nutricional

Fecha.....

Código:

Nº De Historia:

Datos personales:

*Apellidos:
*Nombres
*Dirección:

* Sexo: (M) (F)
* Fecha de Nacimiento:
*Distrito:

Evaluación nutricional:

*Edad: años meses días

*Peso al nacer gr

*Talla al nacer cm

*Peso actual: gr.

*Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: / X 100 =

T/E: / X 100 =

P/T: / X 100 =

Dx: _____

Recomendación: _____

		Fecha	DD/MM/AA:MM
Pedir consentimiento verbal. Urar (+ hoja(s)) por cada paciente.			
Nombre			
Edad (meses (+dd))			
Sexo	m		
Bases nutrición [Escribir Si/No].			
en su control mar reciente, realizar seguimiento esquema			
tuvó adelgazamiento			
tuvó hambre para (P/T)			
tuvó déficit de talla (TE, DC)			
baja ganancia de peso			
baja ganancia de talla			
Bases alimentación ATIB [Escribir Si/No].			
recibió lactancia materna			
recibió upl. Hierro, MMC o Chupikar			
ortura al día con suplemento VA			
recibió algún alimento distinto de leche materna			
recibió 3 a mar comidar separar			
Bases salud ATIB xxxx [Escribir Si/No].			
fiebre			
diarrea			
tus, dolor de garganta, gripe, resaca.			
Bases vacunación [Escribir Si/No, excepto nata].			
tiene su vacuna al día por su edad			
ha tenido su último control CRED, según su edad			
recibió consejería nutricional en último CRED			
nata a la atención en su serv. Salud			
[a pre-quejar MB(20)B(15)R(10)M(8)MM(0)]			
mostró su carné de salud			
Cuidador responsable [Escribir Si/No].			
padre estuvo con niño ayer			
madre dió de comer al niño ayer			
le preguntó que lo cuida ayer:			
·fue su madre o padre			
·fue mayor de edad (18+)			
·lee y escribe castellano			
·arbitrio a recibir de mar tentativa de alimentar			
·recibió capacitación en estimulación temprana			
·recibió consejería en planificación familiar			
Vivienda saludable [Escribir Si/No].			
agua segura (clarada y hervida)			
desague en red (UR) o letrina adecuada (R)			
cocina mejorada (R) o en cuarto separado			
animal de compañía en hogar			
material precario (setos, quincha)			
viven más de 3 personas/cuarta			
ayer hubo pelea en el hogar			
alguien estuvo ebrio ayer			
Comunidad saludable [Escribir Si/No].			
niño con seguro de salud (SIS u otro)			
madre con seguro de salud (SIS u otro)			
niña con número de identificación (OUI)			
la o jefe de familia:			
·tiene DNI			
·tiene educación primaria completa			
·tiene más de 3 dependientes			
para el mes pasado, la familia:			
·recibió alimentos donados			
·recibió dinero donado (donar u otro)			
·participó en algún proyecto productivo			
para el mes pasado, el niño:			
·recibió estimulación temprana			
·visitado a la salud o vigilancia comunal			
en su comunidad:			
·hay educación temprana (CUNAMAS, PROMOEI, SET)			
·hay hasta el hospital mar cercana			
·hay producción de algún alimento			
DATOS NIÑO 1			
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año
Dirección:			
Dirección:			
Peso al Nacer (g)			
Peso Actual (g)			
Fecha de Control CRED (Pasado):			
	Día	Mes	Año
Fecha de Control CRED (Ultimo):			
	Día	Mes	Año

		Fecha	DATA hh:mm
Pedir consentimiento verbal. Urar 1+ hoja(r) por cada paciente.			
Nombre			
Edad (meses (edad))			
Sexo	<u> </u> m		
Buena nutrición [escribir Si/NO].			
estuvo control mar reciente, ¿alazi fué región adecuada			
tuvo adelgazamiento			
tuvo brotopora (P/T)			
tuvo déficit de talla (T/E, DCI)			
baja ganancia de peso			
baja ganancia de talla			
Buena alimentación ATER [escribir Si/NO].			
recibió lactancia materna			
recibió supl. Hierro, MMD o Chupitar			
estuvo al día con suplemento IA			
recibió algún alimento distinto de leche materna			
recibió 3 o más comidas esporar			
Buena salud ATER buena [escribir Si/NO].			
fiebre			
diarrea			
tos, dolor de garganta, gripe, resaca.			
Buena atención [escribir Si/NO, excepto nate].			
tiene un vacunar al día para su edad			
ha tenido su último control CRED, según su edad			
recibió consejería nutricional en último CRED			
nate a la atención en su centro. Salud			
[a pre-quantar HE(20) B(15) R(11) M(8) MM(0)]			
matróna comotara halló historia			
Cuidado mar preparador [escribir Si/NO].			
padre estuvo con niño ayer			
madre dió de comer al niño ayer			
la patrana que lo cuida ayer:			
¿fué su madre o padre			
¿fué mayor de edad (18+)			
¿lee y escribe carte llana			
¿arritó ararion demostrativo de alimentar			
recibió capacitación en estimulación temprana			
recibió consejería en planificación familiar			
Vivienda saludable [escribir Si/NO].			
seguridad (claridad y herida)			
aseo en red (UAR) o letrina adecuada (R)			
cocina mejorada (R) o en cuarto separado			
animal de compañía en hogar			
materiales para (arriba, quiche)			
viven más de 3 personas/cuarta			
ayer hubo pelea en el hogar			
alguien estuvo enfermo ayer			
Comunidad saludable [escribir Si/NO].			
niño con seguro de salud (SIS u otro)			
madre con seguro de salud (SIS u otro)			
niño con número de identificación (CUI)			
la o el jefe de familia:			
tiene DNI			
tiene educación primaria completa			
tiene más de 3 dependientes			
para el mes pasado, la familia:			
recibió alimentos donados			
recibió dinero donado (Juntar u otro)			
participó en algún proyecto productivo			
para el mes pasado, el niño:			
recibió estimulación temprana			
visita de salud o vigilancia comunal			
en su comunidad:			
hay educación temprana (CUPAMAS, PROMOEI, SET)			
hay hasta el hospital mar cercana			
hay producción de algún alimento			
DATOS MIRO 1			
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:			
	Día	Mes	Año
Dirección:			
Dirección:			
Peso al Nacer (g)			
Talla al Nacer (cm)			
Peso Actual (g)			
Talla Actual (cm)			
Fecha de Control CRED (Pasado):			
	Día	Mes	Año
Fecha de Control CRED (Ultimo):			
	Día	Mes	Año
Peso			
Talla			

Pedir consentimiento verbal.
Usar 1+ hasta (1) por cada paciente.

Fecha: DATOS h:m:mm

Nombre			
Edad [meses (edad)]			
Sexo		<u> </u> m	
Bases nutrición [escribir SI/NO].			
estru central mar reciente, ralo, rú, según esquema			
tuvo adole, azucamiento			
tuvo abropera (P/T)			
tuvo déficit de talla (TPE, DCI)			
baja ganancia de peso			
baja ganancia de talla			
Bases alimentación ATEB [escribir SI/NO].			
recibió lactancia materna			
recibió rupl, Hierro, MMS o Chiupikar			
estuvo al día con suplemento VA			
recibió algún alimento distinto de leche materna			
recibió 3 o más comidas esperar			
Bases salud ATES vaxa [escribir SI/NO].			
fiebre			
diarrea			
tos, dolor de garganta, gripe, resaca.			
Bases atención [escribir SI/NO, excepto nato].			
sintió rú, vaxar al día por su edad			
ha tenido rú último control CRED, según su edad			
recibió consejería nutricional en último CRED			
nata a la atención en ureruo, Salud			
[a pre-quantar MB(20) B(15) R(11) M(8) MM(0)]			
matrón rú, cometa rú, halló historia			
Cuidado mar preparador [escribir SI/NO].			
padre estuvo con niño ayer			
madre dió de comer al niño ayer			
la papirana que lo cuidó ayer:			
fóru madre a padre			
fóru mayor de edad (18+)			
lee y escribe cartellana			
arritid raron de martrativa de alimentar			
recibió capacitación en artimulación temprana			
recibió consejería en planificación familiar			
Vivienda saludable [escribir SI/NO].			
seguridad (alarday herida)			
deseque en red (UPR) a letrina adecuada (R)			
cocina mejorada (R) a en cuantar reparada			
animal de consumo uo elkar en haqar			
material precario (cartera, quinchá)			
vivir con má de 3 persona en cuantar			
ayer haba pelcar en el haqar			
alquien ortu va obrir ayer			
Comunidad saludable [escribir SI/NO].			
niña con seguridad de salud (SIS u otro)			
madre con seguridad de salud (SIS u otro)			
niña con número de identificación (CUI)			
la o el jefe de familia:			
- tiene DHI			
- tiene educación primaria completa			
- tiene más de 3 dependientes			
- para el mar parada, la familia:			
- recibió alimentar de mader			
- recibió dinero donado (Junta u otro)			
- participó en algún proyecto productivo			
- para el mar parada, el niño:			
- recibió artimulación temprana			
- vivió de salud u vigilancia comunal			
- en su comunidad:			
- hoy educación temprana (CUNAMAS, PRONOEI, SET)			
- hoy rú hasta el hospital mar cercana			
- hoy producción de algún alimento			
DATOS MIRO 1			
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:			
Dirección:			
Dirección:			
Para el Mecer (g)			
Para Actual (g)			
Fecha de Control CRED (Pendiente):			
	Día	Mar	Año
Fecha de Control CRED (Ultimo):			
	Día	Mar	Año
	Para	Para	Talla
	Para	Para	Talla

Podir con entimienta verbal.
Usar 1+ hoja(r) por cada paciente.

		Fecha	D/M/A hh:mm
Nombre			
Edad (meses (edad))			
Sexo			
Base de alimentación [escribir Si/No]. en su control macroscópico, color y/o según esquema tuvo ad de lactancia materna tuvo ad de papa (PAT) tuvo ad físic de talle (T/E, DCO) baja ganancia de peso baja ganancia de talla			
Base de alimentación AEB [escribir Si/No]. recibió lactancia materna recibió supl. Hierro, M/Mo o Chámpixar estuvo al día con suplemento VA recibió algún alimento durante de lactancia materna recibió 3 o más comidas separar			
Base de alimentación AEB terna [escribir Si/No]. fiebre diarrea tos, dolor de garganta, gripe, resaca.			
Base de alimentación [escribir Si/No, excepciones]. tiene su vacunación al día para su edad ha tenido su último control CRED, según su edad recibió consejería nutricional en último CRED nota a la atención en un serv. Salud [a preguntar MB(20) B(15) R(10) M(8) MM(0)] mostrar su carnet are halló historia			
Cuidados a proporcionar [escribir Si/No]. padre estuvo con niño ayer madre dió de comer al niño ayer la persona que lo cuidó ayer: .fue su madre o padre .fue su mamá de edad (18+) .lee y escribe cartellano .recibió asesoría dematrnativa de alimentar .recibió capacitación en estimulación temprana .recibió consejería en planificación familiar			
Vivienda saludable [escribir Si/No]. agua segura (clarada y hervida) dora que en red (U/R) o la letra adecuada (R) cocina mejorada (R) o en su cuarto separada animales de crianza o volver en haqar material precario (ortera, quincha) viven más de 2 personas/cuarta ayer hubo polvar en el haqar alguien estuvo ebria ayer			
Comunidad saludable [escribir Si/No]. niño con seguro de salud (SIS u otro) madre con seguro de salud (SIS u otro) niño con número de identificación (CUI) ha el jefe de familia: .tiene DNI .tiene educación primaria completa .tiene más de 3 dependientes para el mes pasado, la familia: .recibió alimentar donador .recibió dinero donado (Juntar u otro) .participó en algún proyecto productivo para el mes pasado, el niño: .recibió estimulación temprana .visitado al salud o vigilancia comunal en su comunidad: .hay educación temprana (CUNAMAS, PROMOEISET) .hay un haqar en el hospital mar cercano .hay producción de algún alimento			
DATOS NIÑO 1			
Nombre y Apellido:			
Fecha de nacimiento:		Día Mes Año	
Dirección:			
Dirección:			
Para el Meser (a)			Talle al Meser (cm)
Para Actual (a)			Talle Actual (cm)
Fecha de Control CRED (Pasadísima):		Día Mes Año	
Fecha de Control CRED (Ultísima):		Día Mes Año	
Fecha de Control CRED (Pasadísima):		Día Mes Año	
Fecha de Control CRED (Ultísima):		Día Mes Año	
Fecha de Control CRED (Pasadísima):		Día Mes Año	
Fecha de Control CRED (Ultísima):		Día Mes Año	
Fecha de Control CRED (Pasadísima):		Día Mes Año	
Fecha de Control CRED (Ultísima):		Día Mes Año	

Pedir consentimiento verbal.
 Usar 1+ hoja(s) por cada paciente.

Fecha: D/M/A h:m:m

Nombre				Vivienda saludable <input type="checkbox"/> [escribir Si/NO] . aquerecura (claridad y keratita)			
Edad (meses (edad))	<u> </u> m						
Base nutricional <input type="checkbox"/> [escribir Si/NO] . ómnivora control macro/micronutrientes, calorías, agua según esquema tubo de digestión tubo de absorción (PPT) tubo de fist de talla (T/E, D/C) baja ganancia de peso baja ganancia de talla							
Base alimentación AEB <input type="checkbox"/> [escribir Si/NO] . recibió lactancia materna recibiórupt. Hierro, MNC o Chupitar ómnivora al día con suplemento VA recibió algún alimento distinto de leche materna recibió 3 o más comidas separar							
Base salud AEB <input type="checkbox"/> [escribir Si/NO] . fiebre diarrea tos, dolor de garganta, gripe, resaca, etc.							
Base atención <input type="checkbox"/> [escribir Si/NO, excepto nata] . tiene que vacunar al día para edad ha tenido su último control CRED, según su edad recibió consejería nutricional en último CRED nata o la atención en un sero. Salud [a practicar MB(20) B(15) R(10) M(8) MM(0)]							
matróna controlare halló hipertar							
DATOS NIÑO 1							
Nombre y Apellido:			Día	Mes	Año		
Fecha de nacimiento:			Día	Mes	Año		
Dirección:							
Districto:							
Para el Meser (s)							
Para Actual (s)							
Fecha de Control CRED (Pasadísima):	Día	Mes	Año				
Fecha de Control CRED (Última):	Día	Mes	Año	Para	Para	Talla	Talla

Pedir consentimiento verbal. Urar 1x bajo(x) por cada paciente.		Fecha	D/H/M/A hh:mm
Nombre			
Edad [meses (edad)]	m.		
Sexo			
Base nutricional [escribir Si/NO].			
en su control marcesiente, ralarifuf, según esquema			
tubo delgado alimenta			
tubo de sonda (PT)			
tubo de fístula de talle (TPE, DGI)			
baja ganancia de peso			
baja ganancia de talla			
Base alimentaría: AEB [escribir Si/NO].			
recibió lactancia materna			
recibió supl. Hierro, MMC o Chlorpirar			
ortuuna al día con suplemento VA			
recibió algún alimento diferente de leche materna			
recibió 3 a mar camidar or preparar			
Base salud: AEB [escribir Si/NO].			
fiebre			
diarrea			
tór, dalar de garganta, gripes, respirat.			
Base atención: [escribir Si/NO, excepto(n)to].			
tiene un vacunación al día para su edad			
ha tenido el último control CREED, según su edad			
recibió consejería nutricional en último CREED			
nata o la atención en su zona. Salud			
[a pre-guar MB(20) B(15) R(10) M(8) MM(0)]			
mostró un comento o halló historia			
Guías de preparación: [escribir Si/NO].			
padre estuvo con niño ayer			
madre dió de comer al niño ayer			
la persona que la cuida ayer:			
.fue su madre o padre			
.fue mayor de edad (18+)			
.lee y escribe castellano			
.orientó a quien demostrativa de alimentar			
.recibió capacitación en ortimulaci6n temprana			
.recibió consejería a un planificaci6n familiar			
Vivienda habitable [escribir Si/NO].			
agua segura (clarada y hervida)			
dora que en red (UIR) o latrina adecuada (R)			
cocina mejorada (R) o en cuarto separado			
animales de consumo susitar en hogar			
material precario (ortera, quincha)			
viven mar de 3 personas/cuarta			
ayer hubo pelicar en el hogar			
al quien ortuua obrim ayer			
Comunidad habitable [escribir Si/NO].			
niña con segura de salud (SIS u otra)			
madre con segura de salud (SIS u otra)			
niña con número de identificaci6n (CUI)			
la o el jefe de familia:			
.tiene DNI			
.tiene educaci6n primaria completa			
.tiene mar de 3 dependientes			
para el mar parada, la familia:			
.recibió alimentaci6n donada			
.recibió dinero donado (juntar u otro)			
.participó en algún proyecto productivo			
para el mar parada, el niño:			
.recibió ortimulaci6n temprana			
.visitado a la escuela a vigilanci6n comunal			
en su comunidad:			
.hay educaci6n temprana (CUNAMAS, PRONOEI, SET)			
.hanar harta el hospital mar cesosno			
.hay producci6n de algún alimento			
DATOS NIÑO 1			
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:			
Día	Mes	Año	
Dirección:			
Dirección:			
Para el Meser (s)			
Para Actual (s)			
Fuente de Control CREED (Pasada):			
Día	Mes	Año	Talla
Fuente de Control CREED (Ultima):			
Día	Mes	Año	Talla