



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE BROMATOLOGÍA Y
NUTRICIÓN HUMANA

TESIS:

FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS (AS) DE 6 A
36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED CENTRO
DE SALUD PANGUANA II ZONA. 2018

PARA OBTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN BROMATOLOGÍA Y
NUTRICIÓN HUMANA

Presentado por:

Br. AQUINO TORRES, LENIN GUSTAVO

Br. ISLA RENGIFO, CINTHIA PRISSILA

Asesorados por:

Dr. Alenguer Gerónimo Alva Arévalo

Lic. Olga Isuiza Mozombite, Mgr.

Lic. Joe Gerónimo Huete.

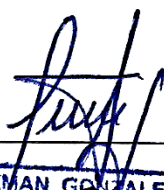
Iquitos, Perú 2018

TESIS

Título: “FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS (AS)
DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED CENTRO
DE SALUD PANGUANA II ZONA. 2018”

MIEMBROS DE JURADO

El jurado calificador asignado certifica que el trabajo de investigación intitulada: "FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS (AS) DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA. 2018", presentado por los bachilleres LENIN GUSTAVO AQUINO TORRES Y CINTHIA PRISSILA ISLA RENGIFO, ha sido revisada, quedando autorizada para su presentación.



LITIMAN GONZALES RIOS
Ingeniero en Industrias Alimentarias
CIP: 35163

Presidente



Juan Alberto Flores Garzatúa
Ingeniero en Industrias Alimentarias
CIP 31648

Miembro



Fernando Tello Celis
Ingeniero en Industrias Alimentarias

Miembro

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, siendo las... 11:00 horas del día 24 de setiembre de 2018, en las instalaciones de la Sala de Reuniones de la Decanatura, ubicado en el Campus SL11 Almendra de la Facultad de Industrias Alimentarias sito al margen derecho del río Nanay, Distrito de San Juan, Provincia de Maynas, Departamento de Loreto, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis: "**FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS (AS) DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA 2018**", presentado por los Bachilleres: **LENIN GUSTAVO AQUINO TORRES** y **CINTHIA PRISSILA ISLA RENGIFO**, con el asesoramiento de don **Alenguer Gerónimo Alva Arévalo**, doña **Olga Isuiza Mozombite** y don **Joe Fernando Gerónimo Huete**.

Estando el Jurado Calificador conformado por los siguientes miembros, según Resolución Decanal N° 261-FIA-UNAP-2018, del 14 de Agosto de 2018.

Ing° LITMAN GONZALES RIOS	:	Presidente
Ing° JUAN ALBERTO FLORES GARAZATUA	:	Miembro
Ing° FERNANDO TELLO CELIS	:	Miembro

Siendo las ... 12:30 horas del mismo día, se dio por concluida la sustentación, habiendo sido APROBADO con la nota de 16 y el calificativo de BUENA estando los bachilleres aptos para obtener el Título Profesional de Lic. en Bromatología y Nutrición Humana.

El Jurado Calificador alcanzará a los sustentantes, si el caso lo requiere, las correcciones u observaciones presentadas.



LITMAN GONZALES RIOS
INGENIERO EN INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
Presidente



Juan Alberto Flores Garazatua
Ingeniero en Industrias Alimentarias
Miembro Titular




Fernando Tello Celis
Ingeniero en Industrias Alimentarias
Miembro Titular



Alenguer Gerónimo Alva Arévalo
Ingeniero en Industrias Alimentarias
CIP: 43163
Asesor



Lic. OLGA ISUIZA MOZOMBITE
CPPe: 295971
Asesor



Lic. Mijel Jose F. Gerónimo Huete
DECANO
Consejo Regional IX Loreto
Colegio de Ingenieros Del Perú



Dedico a Dios, por darme la vida y la fortaleza que necesito día a día para seguir luchando por alcanzar mis metas con fe y perseverancia. A mi madre Juana Rengifo Flores por ser motor y motivo principal en esta etapa de mi vida.

Cinthia Prissila Isla Rengifo.

A Dios por derramar siempre bendiciones en mi hogar y en mi vida, por llenarme de esperanza y fe. A mi madre Magdalena Torres Mocolote y a mi familia, por darme el apoyo incondicional que necesité para lograr esta meta.

Lenin Gustavo Aquino Torres.

AGRADECIMIENTOS

Al personal del centro de salud Panguana II Zona, por brindarnos las facilidades para que este proyecto se realice.

A la encargada del centro de salud Nancy Bardales Linares, por las orientaciones precisas a lo largo de esta investigación.

A nuestros asesores Ing. Alenguer Gerónimo Alva Arévalo, a la Lic. Olga Isuiza Mozombite y al Lic. Joe Gerónimo Huete, por sus recomendaciones y paciencia a lo largo de toda la etapa de ejecución de este proyecto.

A todos los docentes de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, que a lo largo de nuestra carrera nos brindaron sus conocimientos y contribuyeron con nuestra formación profesional.

Cinthia Prissila Isla Rengifo.

Lenin Gustavo Aquino Torres.

ÍNDICE

Índice de contenido

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	1
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	1
1.1.1. A Nivel Internacional	1
1.1.2. A Nivel Nacional	3
1.1.3. A Nivel Local	4
1.2. BASES TEÓRICAS	5
1.2.1. Evaluación del estado nutricional	5
1.2.2. Estado nutricional en niños menores de 5 años	8
1.2.3. Evaluación antropométrica	9
1.2.4. Hábitos alimentarios	13
1.2.5. Alimentación y nutrición en mayores de 6 a 36 meses de edad	13
1.2.6. Alteraciones nutricionales	17
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
2.1. Formulación de la hipótesis	18
2.2. Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1. Tipo de estudio	20
3.2. Diseño de muestra	20
3.3. Procedimiento de recolección de datos	21
3.4. Procesamiento y análisis de los datos	27
3.5. Aspectos éticos	27
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	28
3.6. Análisis de la variable independiente, Uso de los multimicronutrientes	28
3.7. Análisis de la variable independiente, hábitos alimentarios	29
3.8. Análisis de la variable dependiente, estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses según los indicadores de Peso/Talla, Peso/Edad, Talla/Edad y Hemoglobina	31
3.9. Análisis de la relación entre la variable independiente (Uso de multimicronutrientes) con la variable dependiente (Estado nutricional)	36
3.10. Análisis de la relación entre la variable independiente (Hábitos Alimentarios) con la variable dependiente (Estado Nutricional)	37
3.11. Análisis de la relación entre la variable independiente (Uso de los multimicronutrientes) con la variable dependiente (Peso/Talla)	38
3.12. Análisis de la relación entre la variable independiente (Hábitos Alimentarios) con la variable dependiente (Hemoglobina)	39

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	40
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	47
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	48
CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN	49
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Uso de los multimicronutrientes en Panguana II zona 2018	28
Tabla N° 02: Hábitos alimentarios en Panguana II zona 2018	30
Tabla N° 03: Estado nutricional según indicador Peso/Talla	32
Tabla N° 04: Estado nutricional según indicador Peso/Edad	33
Tabla N° 05: Estado nutricional según indicador Talla/edad	34
Tabla N° 06: Estado nutricional según indicador hemoglobina	35
Tabla N° 07: Relación del uso de los multimicronutrientes y el estado nutricional	36
Tabla N° 08: Relación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional	37
Tabla N° 09: Relación del uso de los multimicronutrientes y el estado nutricional	38
Tabla N° 10: Relación de los hábitos alimentarios y la hemoglobina	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01: Uso de los multimicronutrientes en Panguana II zona 2018	29
Gráfico N° 02: Hábitos alimentarios por edad en Panguana II zona 2018	30
Gráfico N° 03: Estado nutricional según indicador Peso/Talla	32
Gráfico N° 04: Estado nutricional según indicador Peso/Edad	33
Gráfico N° 05: Estado nutricional según indicador Talla/Edad	34
Gráfico N° 06: Estado nutricional según indicador hemoglobina	35

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 01: Consentimiento informado	54
Anexo N° 02: Cuestionario sobre el uso de los multimicronutrientes	55
Anexo N° 03: Ficha nutricional	59
Anexo N° 04: Cuestionario sobre hábitos alimentarios	60
Anexo N° 05: Aplicación del cuestionario sobre el uso de los multimicronutrientes	65
Anexo N° 06: Aplicación del cuestionario sobre hábitos alimentarios	66
Anexo N° 07: Tabla de valoración nutricional antropométrica en niños menores de 5 años	67
Anexo N° 09: Tabla de valoración nutricional antropométrica en niñas menores de 5 años	69

RESUMEN

La presente investigación se enmarca en la línea de salud pública y tuvo como objetivo determinar la relación del uso de los multimicronutrientes y hábitos alimentarios con el estado nutricional de los niños atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño sano (CRED) del centro de salud Panguana II Zona (comunidad rural de la Amazonía peruana). Es una investigación de enfoque cuantitativo de tipo no experimental, diseño descriptivo correlacional; tuvo una muestra de 90 niños cuyas edades fluctuaban entre 6 a 36 meses. Los resultados obtenidos para el indicador Talla/Edad son: 57.80% (52 niños) presentó talla normal para su edad, el 24,40% (22 niños) en riesgo a baja talla, y el 17,80% (16 niños) en baja talla. Los resultados para el indicador hemoglobina son: 60% (55 niños) presentó un nivel de hemoglobina normal, el 30% (26 niños) se encontró con anemia leve, y el 10% (9 niños) tuvo anemia moderada. Los resultados acerca del conocimiento sobre hábitos alimentarios son: 63% (57 madres) presentaron hábitos saludables, a comparación del 37% (33 madres) que presentaron hábitos no saludables. Los resultados sobre el uso de los multimicronutrientes son: 74,40% (67 madres) tienen un nivel adecuado y el 25,60% (23 madres) tuvo un nivel inadecuado. Finalmente, se halló relación estadística significativa entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional que presentaron los niños(as) de 6 a 36 meses partícipes del estudio.

Palabras claves: niños, pre escolar, multimicronutrientes, nutrición, anemia, hábitos alimentarios, desnutrición, Amazonía, Loreto, zona rural.

ABSTRACT

The current investigation is part of the line of Public Health and was aimed to determine the relationship of the use of multimicronutrients and food habits with the nutritional state of children cared at the doctor's office of the healthy child's growth and development at Panguana II zone health center (Local Community of the Peruvian Amazon).

It is a quantitative approach investigation, no-experimental type, descriptive and no correlational design. It had a sample of 90 children who were between 6 to 36 months old. The results obtained for the height/age indicator are: 57, 80% (52 children) got normal size according to their age. 24, 40% (22 children) with risk of short height and 17, 80% (16 children) had short height. The results for hemoglobin indicator are: 60% (55 children) had a normal hemoglobin level, 30% (26 children) were found with mild anemia, and 10% (9 children) had moderate anemia. The results about food habits knowledge are: 63% (57 mothers) presented healthy habits whereas 37% (33 mothers) presented unhealthy habits. The results about the use of the multimicronutrients are: 74,40% (67 mothers) have an adequate level and 25,60% (23 mothers) had an inadequate level. Finally, it was found a meaningful statistical relationship between the food habits and the nutritional state that the children between 6 to 36 months old presented and took part in this study.

Key words: children, preschool, multimicronutrients, nutrition, anemia, food habits, malnutrition, Amazonia, Loreto, local zone.

INTRODUCCIÓN

La nutrición es la disciplina que se centra en el análisis de los alimentos, nutrientes y otros componentes dentro de la alimentación y la salud. El consumo adecuado de energía y nutrientes es necesario para que los niños en su infancia temprana y preescolar alcancen el potencial completo de crecimiento y desarrollo. La desnutrición durante estos años altera tanto el desarrollo cognitivo como el retraso en el crecimiento.¹

El estado nutricional es considerado uno de los principales componentes para obtener una salud óptima y garantizar una buena calidad de vida, es un factor que influye en el crecimiento y desarrollo del niño o niña, por lo que al encontrarse deficitaria provoca un retardo y retención del crecimiento en los niños. Está definido por factores económicos (poder adquisitivo), sociales y culturales (dieta acostumbrada por generaciones), religiosos (algunas religiones impiden el consumo de ciertos alimentos), geográfica (disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos según viva en la costa, sierra o selva), el limitado nivel educativo y las malas condiciones de higiene de los alimentos se relacionan con las altas tasas de desnutrición.²

La malnutrición se puede clasificar en desnutrición o sobrealimentación. La desnutrición es el resultado de una ingesta inadecuada de alimentos, lo cual, como resultado hay una pérdida de peso corporal, mientras que la sobrealimentación es la ingesta de alimentos superior a lo que requiere cada individuo.³

La desnutrición, sigue siendo un desasosiego de salud pública en los países en desarrollo y sobre todo en países en vías de desarrollo como es el Perú.

Otro problema de salud que se mantiene implacable a nivel mundial es la anemia, causada por la deficiencia de hierro y a su vez produce consecuencias serias en el desarrollo cognitivo, lo cual es peligroso en los primeros años de vida. La principal causa que se asocian a la anemia es la ingesta de alimentos pobres en hierro y algunas enfermedades infecciosas por la falta de higiene, y la pobreza.

La anemia y desnutrición en edad temprana tienen consecuencias graves para la salud y desarrollo del niño. Por lo tanto, afecta su crecimiento y su capacidad productiva en la vida adulta, privándolo de tener una calidad de vida favorable, reduciendo sus posibilidades de progresar en la sociedad.⁴

Cabe resaltar que la alimentación del poblador peruano es deficiente en micronutrientes, ya que se basa principalmente en cereales y tubérculos, limitando los alimentos de origen animal, frutas y verduras, que son alimentos esenciales dentro de la mesa familiar. Otra razón es la alimentación complementaria que se inicia antes de los 6 meses de edad, introduciendo alimentos de consistencia semilíquidas con baja densidad energética. Hoy en día la frecuencia inadecuada de alimentos a los niños y la insuficiente cantidad durante el día ha conllevado a una problemática muy seria, esto ocasiona una brecha inmensa nutricional entre los niños de 6 a 36 meses, principalmente en zonas rurales.¹

Esta investigación nos permitió evaluar el estado nutricional y la vulnerabilidad en la que se encuentran los niños de esta zona rural. Aporta datos importantes para conocer las deficiencias nutricionales y la causa principal de esta problemática en esta zona rural amazónica.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

1.1.1. A Nivel Internacional

Vallejo M, Castro L y Cerezo M (2016) investigaron el estado nutricional de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos ubicados en la selva de la Amazonia colombiana. Detectaron asociación entre el indicador talla/edad, nivel educativo del padre, la pertenencia al programa de alimentación complementaria, el indicador peso/ edad y el sexo.⁵

Durána P, Mangialavoria G, Biglieria A, Kogana L y Abeyá Gilardona E (2009) investigaron la situación nutricional en niños de 6 a 72 meses de la república de Argentina. Observaron 8,0% de baja talla, 1,3% de desnutrición y 10,4% de obesidad. En anemia encontraron el 16,5% en niños menores de 72 meses y el 35,3% de 6 a 23 meses. Determinaron que aquellos niños de hogares de bajo nivel socioeconómico presentaron mayor prevalencia en bajo estado nutricional.⁶

Alcaraz G, Bernal Cornejo W, Figueroa N y Munera M (2004) estimaron el estado nutricional y las condiciones de vida en niños(as) menores de 5 años con 606 de muestra en el área urbana del municipio de Turbo, Antioquia. Obtuvieron el 11,1% de desnutrición global, el 11,7% desnutrición crónica con baja talla y el 2,8 % con desnutrición aguda. Determinaron la baja condición económica, ambiental y una familia numerosa en más de 5 personas.⁷

Lago O, González Hernández Daris I y Abreu Suárez G (2004) buscaron identificar los factores de riesgo en la desnutrición proteico-energética en la localidad de Harlem (Pinar del río) con una población de 207 niños, estudiando solo a 38 niños que presentaron desnutrición global en los indicadores P/T y P/E, identificando la magnitud en su estado nutricional.⁸

Buitrón D y Hurtig A (2004) investigaron el estado nutricional en niños menores de 5 años naporunas de la Amazonía ecuatoriana. Llevaron a cabo entrevistas domiciliarias en 30 comunidades elegidas al azar. Obtuvieron los siguientes resultados, de los 347 niños, el 22,8 se encontraba en desnutrición crónica, el 26,4% en bajo peso y el 9,8% desnutrición aguda. La prevalencia de desnutrición aguda severa de 1,6%, la de bajo peso severa fue de 4,9% y la de crónica severa de 7,5%.⁹

Gay R J, Rebozo P J, Cabrera H A, Hernández T M, Letelier Ch A y Sánchez M A (2012) realizaron una investigación sobre la anemia nutricional de niños aparentemente sanos y encontraron que el 28,4% mostraron valores de hemoglobina menor que 11 g/dl indicativo para la anemia, el 41,8% presentaron valores de ferritina inferior a 10 ug/l.¹⁰

Vega A N, Velasco C M, Velásquez T E, Villca A N, Mazzi G E (2010) estudiaron a niños internados en el Hospital del niño “Dr. Oviedo Aliaga Uria”, donde determinaron el nivel de hemoglobina, los resultados que obtuvieron demostraron que más del 50% de los niños menores de 5 años tienen un nivel inferior a 12 g/dl.¹¹

1.1.2. A Nivel Nacional

Huamán Espino L y Valladares C (2004) en su estudio a la población aguaruna en la Amazonia peruana, sobre el estado nutricional y las características de su consumo alimentario, tuvieron como muestra a 478 mujeres en edad fértil (MEF) y a 465 niños aguarunas y obtuvieron los siguientes resultados, un 32,4% se encontraron en desnutrición crónica, el 76,5% presentaron anemia; en las MEF el 89% tuvo un IMC ideal, y el 50,2% anemia. También indicaron un déficit nutricional para los niños y la deficiencia de hierro expresada en anemia afectando a la mitad de las MEF.¹²

Paranco Rodríguez C (2015) efectuó en el puesto de salud Villa Soca Acora Puno, una investigación donde buscó determinar el efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro en niños de 6 a 36 meses con anemia. Obtuvieron los siguientes resultados, el 36% consume sulfato ferroso media hora antes de las comidas, el 37% aceptó solo sulfato y el 60% no presentaba molestia al consumirlo.¹³

García C (2015) en su investigación se midió el conocimiento de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en el Centro Materno Infantil "Ollantay" de San Juan de Miraflores.¹⁴

Vargas J (2016) realizó un estudio en el centro infantil "José Carlos Mariátegui" de Villa María del Triunfo donde determinó las actitudes de la madre frente a la suplementación con los micronutrientes.¹⁵

Zavaleta S (2013) en su investigación determinó el conocimiento de la madre sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional en el puesto de salud cono norte. La muestra fue de 100 madres y los resultados demostraron que las madres tienen un nivel bueno de conocimiento sobre la alimentación complementaria en niños 6 a 24 meses.¹⁶

Churata H (2015) estudió el conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional, la muestra fue de 31 madres y sus respectivos niños.¹⁷

1.1.3. A Nivel Local

Rojas Guerrero N (2013) en su investigación buscó relacionar el estado nutricional con los logros obtenidos del aprendizaje en niños de la I.E.I “Mi mundo feliz”, encontrando relación entre sí.¹⁸

Lozano Lozano J (2013) evaluó el estado nutricional en niños de 1 a 24 meses y de 25 a 59 meses en el servicio de pediatría del hospital regional de Loreto.¹⁹

Erazo A y Gómez L (2015) en su estudio buscaron evaluar el nivel de conocimiento sobre las intervenciones con micronutrientes en 4 centro de salud de la ciudad de Iquitos.²⁰

Rios H y Macedo W (2017) investigaron el conocimiento y prácticas sobre el uso de los multimicronutrientes en niños de 6 a 36 meses atendidos en el centro de salud “Tupac Amaru”, la muestra estuvo constituida por 90 madres.²¹

Vásquez F y Flores M (2017) estudiaron los factores que influyen en el estado nutricional y los multimicronutrientes en niños de 6 a 35 meses del centro de salud Indiana.²²

1.2. BASES TEÓRICAS

1.2.1. Evaluación del estado nutricional

La evaluación nutricional es aquella que permite determinar el estado de nutrición de un individuo, estima los requerimientos o necesidades nutricionales y pronostica los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional. La evaluación del estado nutricional nos permite identificar cambios estructurales y/o funcionales que son consecuencias resultantes de un mal estado nutricional. La evaluación o valoración del estado nutricional es un juicio educativo y de calificación que se da sobre una persona o situación basándose en una evidencia verídica. La valoración nutricional tiene como objetivo controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño identificando las alteraciones por exceso o defecto y distinguiendo origen primario o secundario del trastorno.²³

La evaluación del estado nutricional ha sido definida por muchos autores, considerando diferentes elementos de la misma, a continuación, algunas de ellas:

- La AND (Academia de Nutrición y Dietética) la define como un acercamiento integral para evaluar el estado nutricional utilizando historias médicas, nutricionales y de medicamentos, examen físico, mediciones antropométricas y datos de laboratorio.²⁴

- El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., 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 nutricional.²⁴
- La Organización Mundial de la Salud (OMS), la ubica como la aplicación metodológica cuyo propósito final es mejorar la salud de los seres humanos.²⁴
- La FAO la define como la mejor manera de determinar si efectivamente se están cumpliendo las necesidades nutricionales de las personas, ya que proporciona información de alta calidad y se basa en las evidencias, para el desarrollo de objetivos, la planificación el seguimiento y la evaluación de los programas con el único propósito de erradicar el hambre y la reducción de la carga de la malnutrición.²⁴

La buena nutrición empieza desde la etapa fetal, el desarrollo en el útero, y se extiende particularmente desde la infancia hasta la adolescencia, concluyendo en la etapa adulta. Se calcula que el número de niñas y niños menores de cinco años que muere cada año en América Latina, es de un millón. Muchas de estas muertes podrían impedirse si esas niñas y niños tuvieran un estado nutricional adecuado y un seguimiento nutricional adecuado. La ingesta recomendada de nutrientes depende de innumerables factores, pero a medida general, los requerimientos básicos que una persona necesita para mantener un equilibrio saludable en el organismo a lo largo de su vida, lo constituyen los micronutrientes, macronutrientes y las energías.²⁵

Los micronutrientes son aquellos nutrimentos que se requieren en cantidades muy limitadas, pero que son totalmente necesarios; entre estos tenemos: vitaminas y minerales. Por ejemplo, la vitamina C aumenta la absorción intestinal del hierro cuando los dos nutrientes se ingieren juntos, vitamina B12 necesaria para la formación de la sangre, vitamina E importante para el desarrollo cerebral, también favorece a la formación de glóbulos blancos, etc.²⁵

La deficiencia de hierro es la causa principal de anemia nutricional, también se relaciona a alteraciones del sistema inmunológico, palidez, agotamiento, debilidad, dolor de cabeza, apatía y bajo rendimiento escolar; además produce una insuficiente llegada de oxígeno a los tejidos del cuerpo. Los macronutrientes son carbohidratos, lípidos y proteínas de las que se requieren en grandes cantidades para el buen funcionamiento del organismo. Las proteínas son los nutrientes que desempeñan un mayor número de funciones en las células de todos los seres vivos, así como la división celular, lo cual es necesario para crecer adecuadamente, los carbohidratos tienen como función de dar energía inmediata y estructural, los lípidos funcionan como reserva energética.²⁵

Las proteínas cumplen la función plástica de formar los tejidos del organismo, incluido el sistema nervioso y el cerebro, un deficiente consumo puede afectar su desarrollo. La glucosa es el principal combustible del cerebro, ya que este consume las 2/3 partes de glucosa contenida en sangre.²⁶

Las grasas o lípidos: son una fuente concentrada de energía alimentaria; además, facilitan la absorción de las vitaminas A, D y E. El déficit de los glúcidos y lípidos provoca desgaste de energía mental y física; ya que el cerebro necesita un 20% de energía en forma de oxígeno y glucosa a comparación del resto del cuerpo.²⁷

1.2.2. Estado nutricional en niños menores de 5 años

El estado nutricional de los niños está estrechamente relacionado con el crecimiento y desarrollo en las distintas etapas de la vida y debe evaluarse integralmente considerando el crecimiento armónico en relación con la nutrición.²⁸

La mala nutrición por defecto en la región de las Américas continúa siendo un problema serio para la salud pública, y es la deficiencia nutricional de mayor importancia en la población infantil de países sub desarrollados. Es más frecuente en la primera infancia presentando altos índices de mortalidad y morbilidad.²⁹

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de un millón de niños nacen con bajo peso, 6 millones de menores de 5 años presentan un déficit grave de peso, como resultado de la interacción entre la desnutrición y una amplia gama de factores.²⁹

La desnutrición es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos que no satisface las necesidades de energía alimentaria, una absorción deficiente o un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos genera una pérdida de peso corporal, por otro lado, la sobrealimentación se refiere a un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad.³⁰

1.2.2.1. Signos y síntomas de la desnutrición

Los principales signos y síntomas que puedan suceder en un proceso de desnutrición:

- Pérdida de peso
- Aparición de edemas.
- Debilidad muscular
- Alteraciones de la coagulación sanguínea
- Alteraciones en el sistema inmunitario.³¹

1.2.3. Evaluación antropométrica

Las medidas antropométricas más utilizadas para diagnosticar el estado nutricional en los niños son peso y talla. Dentro de los indicadores de dimensión corporal tenemos: peso para la edad (P/E), peso para la talla (P/T), talla para la edad (T/E). En este sentido la OMS ha publicado tablas para la evaluación nutricional con valores de referencia y distribución de percentiles utilizando los indicadores P/E, T/E, P/T que permiten situar al niño o adolescente según la intensidad de la malnutrición tanto por déficit como por exceso respectivamente.³²

1.2.3.1. Talla para la edad

La talla para la edad manifiesta el crecimiento lineal del niño con relación a la edad, en un momento concluyente cuando la talla para la edad está por debajo, la OMS propone la siguiente diferenciación: baja estatura y detección del crecimiento.³²

La baja estatura es la definición descriptiva de la talla baja para la edad. Nos indica la razón de que un individuo sea bajo y la variación normal de un proceso patológico.³²

Existe otro término usado que implica una detección del crecimiento bajo en la estatura y que se considera patológica donde refleja un proceso de fracaso en realizar el potencial de crecimiento lineal como resultado de condiciones sanitarias y nutricionales no optimas ya que solo puede ser determinado a través de continuas mediciones.³²

Como las deficiencias de la talla son consecuencia de un proceso a largo plazo, a menudo se usa el término malnutrición crónica para describir la talla baja para la edad, esto parece implicar que la nutrición insuficiente o el consumo inadecuado de alimentos son la causa de la deficiencia observada.³²

No hay diferencia entre la deficiencia asociada con un hecho pasado y la relacionada con un proceso continuo a largo plazo, pero esta diferenciación tiene secuelas importantes para la intervención.³²

Por esta razón, se debe desalentar el empleo generalizado de dicho término como sinónimo de la talla baja para la edad.³²

En función a la capacidad que este indicador puede manifestar la historia nutricional del niño, y entendiendo el impacto que los determinantes socioeconómicos tienen sobre el estado nutricional del mismo, se ha elaborado una metodología, denominada “Censo de Talla”, donde se mide la talla a niños de primer grado (6 años), para determinar la magnitud y distribución geográfica de los problemas nutricionales en un ámbito territorial determinado, orientando procesos de decisión y planificación de políticas en protección social.²⁸

1.2.3.2. Peso para la talla.

El P/T refleja el peso relativo alcanzado para una talla dada, describe la masa corporal total en relación a dicha talla y permite medir situaciones pasadas. Su empleo tiene la ventaja de que no requiere conocer la edad. Sin embargo, es importante señalar que el peso para la talla no sirve como sustituto de la talla para la edad o el peso para la edad, ya que cada índice refleja una combinación diferente de procesos biológicos.³²

Cuando el índice se encuentra bajo, la OMS propone una distinción al interpretar dicho Peso bajo para la talla: delgadez y emaciación. La descripción adecuada del peso bajo para la talla es delgadez, término que no implica necesariamente un proceso patológico.³²

El término emaciación, por el contrario, se utiliza para describir un proceso grave y reciente que ha llevado a una pérdida considerable de peso, por lo general como consecuencia de una deficiencia alimentaria aguda y/o una enfermedad grave.³²

Los niños también pueden ser delgados como resultado de una deficiencia crónica de la dieta o una enfermedad; el empleo del término emaciado es apropiado para aquellos niños en quienes se sabe que la delgadez es causada por uno de estos procesos patológicos.³²

Los términos desnutrición aguda, desnutrición actual, desnutrición grave y desnutrición crónica, a menudo se usan erróneamente como sinónimos de emaciación. Sin embargo, la falta de pruebas de la presencia de emaciados en una población no implica la ausencia de problemas nutricionales actuales: puede existir detención del crecimiento y otras deficiencias.³²

Por otra parte, el peso bajo para la talla no siempre tiene un comienzo reciente; puede ser el resultado de un problema crónico en algunas comunidades.³²

1.2.3.3. Peso para la Edad

El peso para la edad refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica. Es influido por la talla del niño y por su peso, y por su carácter compuesto resulta compleja su interpretación.³²

Cuando el Peso para la edad se encuentra bajo, la OMS propone la siguiente diferenciación: peso bajo para describir el peso bajo para la edad, mientras que se ha usado peso insuficiente para referirse al proceso patológico subyacente.³²

El déficit en uno o más de estos 3 indicadores son a menudo un signo de evidencia de mal nutrición resultante del déficit de energía o nutriente. La combinación e interacción de ambos procesos favorecen en mucho al déficit del crecimiento o estado físico.³³

De acuerdo a los indicadores se puede encontrar 3 tipos de desnutrición:

- 1) Desnutrición aguda: Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.²⁹
- 2) Desnutrición crónica: Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.²⁹
- 3) Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio.²⁹

1.2.4. Hábitos alimentarios

Son la expresión de la creencia y tradiciones de las personas y están ligadas al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Existen factores de variada índole que determinan o afectan la adquisición de los hábitos alimentarios a lo largo de la vida de un individuo. Estos provienen del ámbito genético, fisiológico, social, cultural, psicológico, etc. y se combinan entre ellos, por lo que el estudio del tema resulta complejo, una de las formas de investigar la adquisición de los hábitos alimentarios es identificar los alimentos preferidos en sujetos con la menor influencia social posible.³¹

1.2.4.1. Hábitos alimentarios adecuados

Es vital llevar una alimentación adecuada para mantenernos sanos y fuertes. Es muy importante la cantidad y calidad de alimentos que se consume, ambas ayudan a mantener una buena salud.³⁴

1.2.4.2. Hábitos alimentarios inadecuados

Es el incumplimiento de una alimentación adecuada, lo que desencadena problemas en el estado nutricional.³⁴

1.2.5. Alimentación y nutrición en mayores de 6 a 36 meses de edad

La alimentación tiene un importante rol en el desarrollo y mantenimiento de la salud en cada etapa de vida. La infancia se caracteriza por ser la etapa de mayor crecimiento y desarrollo físico. Por ello la alimentación debe cubrir las necesidades mayores relacionadas con el crecimiento y maduración. En esta etapa se adquieren y consolidan hábitos que perdurarán de por vida.³⁵

Por lo es importante que las familias inculquen hábitos alimentarios saludables. De esta manera se permitirá mantener el estado de salud y prevenir en la mayoría de la población estados de deficiencia y enfermedades crónicas.³⁵

La leche materna también posee un importante aporte nutricional en la alimentación de los niños después de los 6 meses de edad y hasta el segundo año de vida.³⁵

Esta tiene un contenido de grasa relativamente alto, siendo una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales, provee cantidades de calcio, vitamina A y riboflavina, protege contra infecciones y reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad.³⁵

Debido al crecimiento y desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes son muy altas. Sin embargo, la leche materna presenta aportes relativamente bajos en algunos minerales como el hierro y el zinc.³⁵

A partir de los 6 meses de edad se inicia la ablactancia, conocida como “la alimentación complementaria”. Al sexto mes se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorra o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.³⁶

Las necesidades de hierro, así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.³⁶

Es imprescindible brindar a los niños alimentos que tengan alta biodisponibilidad de hierro, ya que su deficiencia conlleva a la anemia; esto a su vez afecta el comportamiento del niño, así como su proceso de aprendizaje. Los alimentos de origen vegetal, no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo.³⁶

El zinc es un mineral importante para el crecimiento y desarrollo normal, también ayuda a la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Por ello es recomendable el consumo de carnes, hígado, huevos y mariscos.³⁶

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos y dientes, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de los niños, además de continuar con la leche materna.³⁶

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para los niños y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de alergia o presentar antecedentes familiares.³⁶

Es necesario el aporte de la vitamina A en la alimentación, porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, conserva la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, del aparato digestivo y respiratorio. El déficit de esta vitamina conlleva a un mayor riesgo de infecciones, así como la anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. La forma más positiva de prevenir la deficiencia consiste en suministrarle una alimentación variada, que incluya el consumo diario de verduras de hojas verdes (espinaca, acelga), frutas y verduras de color amarillo o naranja (papaya, mango, plátano de la isla, zapallo, zanahoria).³⁶

El consumo diario de alimentos con vitamina C favorece el mantenimiento de los huesos, cartílagos y refuerza las defensas orgánicas, sobre todo de las vías respiratorias. Por ello se recomienda el consumo de frutas como la naranja, aguaje, camu camu, maracuyá, papaya y las verduras, como el tomate que tienen alto contenido de vitamina C, cuya ingesta después de las comidas, favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales.³⁶

Las grasas provenientes en la alimentación infantil deben representar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en niveles similares a los que se encuentran en la leche materna.³⁶

La grasa es importante en la alimentación de los niños debido a que aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido linolénico, favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K). Por ello se recomienda añadir una cucharadita de grasa que puede ser bajo la forma de aceite, mantequilla, margarina.³⁶

Una ingesta muy baja de grasa puede originar un adelgazamiento infantil y una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro.³⁶

TABLA PARA LA DETERMINACIÓN DEL TIPO DE ANEMIA SEGÚN RANGO DE HEMOGLOBINA

POBLACIÓN	NORMAL (g/dl)	ANEMIA POR NIVELES DE HEMOGLOBINA (g/dl)		
		Leve	Moderada	Severa
Niños de 6 a 59 meses de edad	11-14	10.0-10.9	7.0-9.9	Menor de 7.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007.

1.2.6. Alteraciones nutricionales

1.2.6.1. Anemia

Es una enfermedad caracterizada por una disminución en la cantidad de hemoglobina que contienen los eritrocitos, con alteraciones o no de su tamaño, forma o número, dificultando el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y las células del organismo.³⁷

Niños de 6 a 59 meses de edad con el rango normal de hemoglobina en 11 – 14g/dl. La anemia por niveles de hemoglobina se encuentra, leve que es de 10.0-10.9, moderada de 7.0-9.9 y severa menor de 7.0.³⁸

1.2.6.2. Anemia ferropénica

Es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. El hierro es un elemento importante y fundamental para los glóbulos rojos. Cuando el cuerpo no tiene suficiente hierro, produce menos glóbulos rojos o glóbulos rojos demasiado pequeños. Esto se denomina anemia ferropénica.³⁹

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la hipótesis

Existe relación significativa entre los factores del uso de los multimicronutrientes y hábitos alimentarios con el estado nutricional en que se encuentran los niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el centro de salud Panguana II zona.

2.2. Variables y su operacionalización

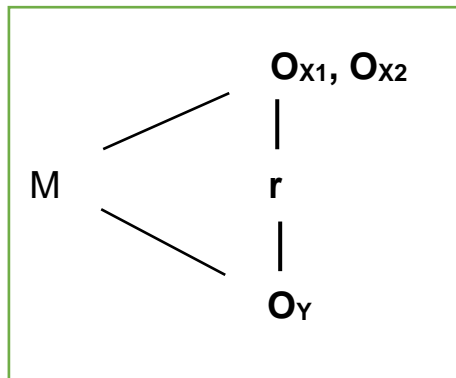
Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	Mide los indicadores de salud e ingesta de un individuo relacionado con la nutrición. Identificando situaciones nutricionales desde la deficiencia al exceso	Cuantitativa	PESO/ TALLA	Continua	Normal	Edad	Tabla de valoración nutricional antropométrica < 5 años
					Riesgo a desnutrición	Edad	
					Desnutrición	Edad	
		Cuantitativa	PESO/ EDAD	Continua	Normal	Edad	Tabla de valoración nutricional antropométrica < 5 años
					Desnutrición	Edad	
		Cuantitativa	TALLA/ EDAD	Continua	Normal	Edad	Tabla de valoración nutricional antropométrica < 5 años
					Riesgo a talla baja	Edad	
					Talla baja	Edad	
		Cuantitativa	Hemoglobina	Continua	Normal	11 a más	Historia clínica
					Anemia leve	10.0 a 10.9	
					Anemia moderada	7.0 a 9.9	
					Anemia severa	Menos de 7.0	

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Uso de los multimicronutrientes	Respuesta clara sobre el conocimiento y práctica en el uso de los multimicronutrientes.	Cualitativo	Conocimiento y práctica	Nominal	Adecuado	12 a 23	Encuesta
					Inadecuado	Menos de 12	
Hábitos alimentarios	Hábitos adquiridos a lo largo de nuestra vida sea por costumbre, religión y experiencias de acuerdo a la realidad familiar.	Cualitativo	Frecuencia y consumo	Nominal	Saludable	13 a 19	Encuesta
					No saludable	Menos de 13	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio será de enfoque cuantitativo de tipo no experimental con diseño descriptivo correlacional y corte transversal, porque determinará los factores que influyen en el estado nutricional de los niños(as) de 6 a 36 meses.



M: MUESTRA

Ox1, Ox2: Observación del Uso de los multimicronutrientes y hábitos alimentarios.

Oy: Observación de la Evaluación Nutricional.

r: Posible relación entre las variables independientes y las variables dependientes.

3.2. Diseño de muestra

El tamaño de la muestra es de niños se determinó aplicando la fórmula para población finita con proporciones de error absoluto, la fórmula es la siguiente:

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

<u>Dónde:</u>		<u>Datos:</u>
Tamaño de la población	N	117
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia del estado nutricional	p	0.50
Complemento de p	q	0.50
Precisión	E	0.05
Tamaño de la muestra	n	90.00

$$n = \frac{117 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(0.05)^2 * (116 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5} = 90.00$$

El decir, se necesitarán aproximadamente 90 madres con niños(as) de 6 a 36 meses que son atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II Zona durante el 2018.

3.3. Procedimiento de recolección de datos.

✓ Uso de los multimicronutrientes:

Se determinó a través de las preguntas contenidas en el cuestionario con relación a la variable. (ver anexo 2)

Conocimiento de los multimicronutrientes

Consumo de los multimicronutrientes

Se utilizó la escala de puntuación nominal (pregunta correcta: 1 punto - pregunta incorrecta: 0 puntos) por cada pregunta puntuada, para determinar el conocimiento sobre el uso de los multimicronutrientes en los participantes de la investigación realizada, se define la siguiente clasificación de los hábitos de acuerdo al puntaje obtenido:

- Uso de los multimicronutrientes Inadecuado: Quienes presenten un puntaje (menor de 12 puntos en la encuesta) se les considerará dentro de esta clasificación.
- Uso de los multimicronutrientes Adecuado: Quienes presenten un puntaje (de 12 a 23 puntos en la encuesta) se les considerará dentro de esta clasificación.
- ✓ Medición de peso: Para determinar el peso de cada niño(a) se utilizó la siguiente balanza:

Báscula digital medida

Procedimiento a realizar:

- Técnica para pesar niños menores de 2 años

Encienda la balanza y verifique el número cero en la pantalla, solicite a la madre que suba sin el bebé y que permanezca quieta en la balanza. Lea el resultado de la pesada en voz alta y regístrelo. La madre deberá subir a la balanza junto a su niño(a), lea el peso en voz alta una vez que estén quietos durante 3 segundos y anótelos. Finalmente se restará el peso de la madre con el peso de ambos para obtener el peso del bebé.⁴⁰

- Técnica para pesar niños mayores de 2 años

Ubique la balanza en una superficie lisa y nivelada, pise levemente o pegue con el puño sobre la plataforma para conectar la balanza, la pantalla mostrará primero "SECA", "8.8.8.8.8" y luego "0.00" después se reestablece automáticamente a cero indicando que la balanza está lista. Pide al niño(a) que suba al centro de la balanza, que permanezca quieto y erguido.⁴⁰

Asegúrese que las pilas solares no estén cubiertas. Espere unos segundos hasta que los números permanezcan firmes y no cambie. Colóquese frente a la pantalla, véala en su totalidad para leer los números en forma correcta. Lea el peso en voz alta y regístrelo.⁴⁰

- Medición de Talla:

- Técnica para medir longitud del niño o niña.

Antropometrista o auxiliar: sitúe el tallímetro sobre una superficie dura y nivelada (por ejemplo, sobre el piso o mesa estable). Si no encuentra una superficie plana o firme, busque la forma para nivelar el piso.

Auxiliar: coloque a un lado el cuestionario y el lápiz para arrodílese detrás de la base del tallímetro, si este se encuentra en el suelo o piso. Evite que el tallímetro se corra con el movimiento del niño o del antropometrista.

Antropometrista: arrodílese (si está en el piso) o párese (si está en la mesa) al lado derecho del niño para que pueda sostener el tope móvil inferior del tallímetro con su mano derecha. Con la ayuda de la madre acueste al niño.

Auxiliar: inmoviliza con sus manos la cabeza del niño por la parte de atrás y lentamente colóquela sobre el tallímetro. Coloque sus manos sobre el oído del niño con sus dedos pulgares hacia adentro contra sus otros dedos, con sus brazos directamente rectos y de manera cómoda, coloque la cabeza del niño contra la base del tallímetro para que mire en sentido recto, hacia arriba. Asegúrese que la línea de visión del niño debe ser perpendicular al piso. La línea imaginaria que sale del orificio del oído debe ser la base del área (hueso) del ojo (“plano de Frankfort”).⁴⁰

Su cabeza debe estar en línea con la cabeza del niño(a). Mire hacia los ojos del niño(a). Revise la posición del niño y cuando verifique que el niño(a) se encuentra derecho, avise a la antropometrista para que proceda.⁴⁰

Antropometrista: Fíjese que el niño esté de costado, decúbito dorsal horizontalmente sobre el centro del tallímetro. Compruebe la posición adecuada del niño.

Ponga su mano izquierda sobre las rodillas del niño(a), presionando firmemente contra el tallímetro.

Luego con su mano derecha coloque el tope móvil inferior del tallímetro tocando los talones del niño(a). Lea 3 veces la medida acercando y alejando el tope móvil aproximándolo al 0,1 cm inmediato inferior, dicte el promedio de las 3 medidas en voz alta. Retire el tope móvil inferior del tallímetro, luego retire su mano izquierda de la rodilla del niño y sosténgalo mientras escriba su medida.⁴⁰

➤ Técnica para medir la estatura del niño(a).

Antropometrista o auxiliar: Disponga en una superficie contra la pared, mesa, gradas, etc., asegurándose de que quedó fijo, tanto la base como el tablero del tallímetro.

Antropometrista o auxiliar: Solicite a la madre que le quite los zapatos al niño(a), deshaga las trenzas y retire cualquier adorno del pelo que pudiera estorbar la medición de la talla. Pídale que lleve al niño(a) hacia el tallímetro y se mantenga ella frente al niño(a) a cierta distancia.

Auxiliar: arrodílese al lado derecho del niño.

Antropometrista: arrodílese sobre la rodilla derecha, para poder tener un máximo de movilidad, al lado izquierdo del niño(a), tener la pierna izquierda semiflexionada.

Auxiliar: verifique que los pies del niño(a) estén juntos en el centro y contra la parte posterior del tallímetro; las plantas de los pies deberán tocar la base del mismo. Ponga su mano derecha justo encima de los tobillos del niño(a), sobre las rodillas.

Ponga su mano izquierda sobre las rodillas del niño(a) y empújelas contra el tallímetro, asegurándose de que las piernas del niño(a) estén rectas y que los talones y pantorrilla pegados al tallímetro. Notifique al antropometrista cuando haya ubicado correctamente los pies y las piernas del niño(a).⁴⁰

Antropometrista: compruebe la posición recta del niño(a). Pida al niño(a) que mire directamente hacia su madre, si ella se encuentra frente a él. Asegúrese de que la línea de visión del niño(a) sea paralela al piso plano de Frankfort. Coloque la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón del niño(a). Cierre su mano gradualmente de manera que no cubra la boca ni el oído del niño. Fíjese que los hombros estén rectos, que la cabeza, omoplatos y nalgas estén en contacto con el tallímetro. Verifique nuevamente la posición del niño(a).

Con su mano derecha baje el tope móvil superior del tallímetro hasta apoyarlo con la cabeza del niño(a). Asegúrese de que presione sobre la cabeza.

Cuando la posición del niño sea correcta, lea 3 veces la medida acercando y alejando el tope móvil aproximándola al 0,1 cm inmediato inferior, dicte el promedio de las 3 medias en voz alta. Quite el tope móvil superior del tallímetro de la cabeza del niño, así como su mano izquierda del mentón y sostenga al niño mientras se anota la medida.⁴⁰

✓ Hábitos Alimentarios

Se determinó a través de las preguntas contenidas en el cuestionario con relación a la variable. Basado en la tesis de Vásquez F. y Flores M. (ver anexo 5)

- Hábitos Alimentarios No Saludables
- Hábitos Alimentarios Saludables

Gustos y preferencias

Formas de preparación

Hábitos en la hora de comer

Se utilizó la escala de puntuación nominal (pregunta correcta: 1 punto - pregunta incorrecta: 0 punto) por cada pregunta puntuada, para determinar los hábitos alimentarios de los participantes de la investigación realizada.

Se define la siguiente clasificación de los hábitos de acuerdo al puntaje obtenido:

- Hábitos Alimentarios No Saludables: Quienes presenten un puntaje (menor de 13 puntos en la encuesta) se les considerará dentro de esta clasificación.
- Hábitos Alimentarios Saludables: Quienes presenten un puntaje (13 a 19 puntos en la encuesta) se les considerará dentro de esta clasificación.

3.4. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron resueltos en el programa Excel, para que después sea utilizado por el programa estadístico SPSS 23 en español. El análisis se realizó utilizando la estadística descriptiva mediante tablas de frecuencias y porcentajes, gráficos y la estadística inferencial para probar la hipótesis de la investigación. Así mismo en el análisis inferencial para corroborar la hipótesis de la investigación se empleó la prueba estadística no paramétrica para variables Spearman en SPSS, prueba indicada cuando las variables son aleatorias y categóricas. El nivel de confianza para la prueba es de 95% con un nivel significativo ($p < 0,05$) para aceptar la hipótesis planteada en la investigación, así mismo la hoja de cálculo de Excel para la organización de la información y el Microsoft Word para la redacción del informe final de la investigación.

3.5. Aspectos éticos

- Participación de los sujetos de la muestra

El estudio se realizó a los niños de 6 a 36 meses atendidos en el centro de salud Panguana II zona del distrito de Fernando Lores, Provincia de Maynas. Los datos fueron de manera anónima.

- Proceso del consentimiento informado

Existió un proceso de consentimiento informado mediante la declaración de aceptación de la prueba por parte de los padres a sus niños(as), cabe recalcar que la evaluación no atenta contra la ética y moral de los niños(as) ni de los padres.

- Confidencialidad de la información obtenida

Con la finalidad de mantener la confidencialidad, los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines de investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Datos estadísticos

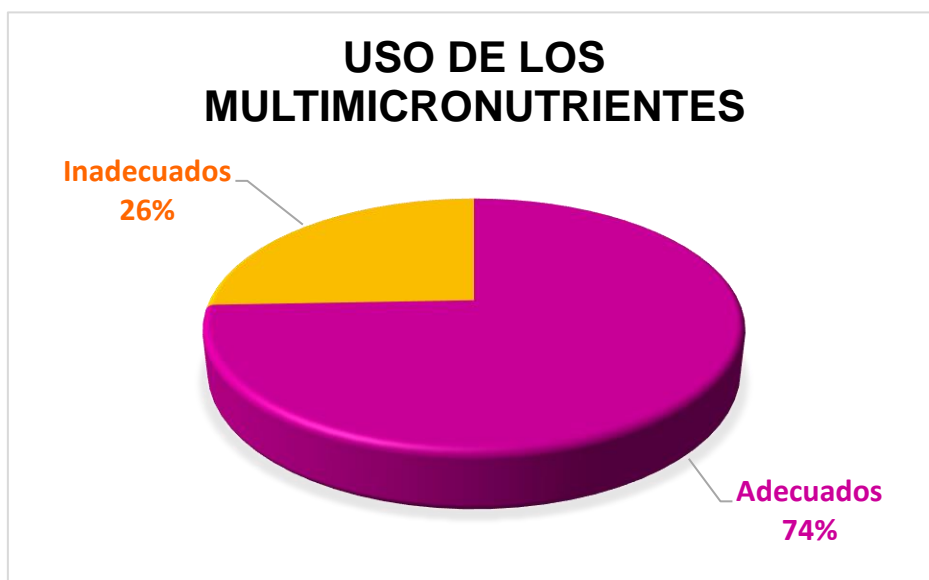
3.6. Análisis de la variable independiente, Uso de los multimicronutrientes de las madres de niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II zona 2018

El estudio de la muestra cuenta con 90 niños(as) (100,0%) y muestra el conocimiento sobre el uso de los multimicronutrientes de las madres de niños(as) de 6 a 36 meses, que presentaron un nivel adecuado de 74.40% (67 madres) y el 25.60% (23 madres) presentaron un nivel inadecuado. **(Tabla y Gráfico N° 1).**

Tabla N° 1: Uso de los multimicronutrientes en Panguana II zona 2018

Uso de los multimicronutrientes	Madres con niños(as) de 6 a 36 meses	
	N°	%
Adecuado	67	74.40
Inadecuado	23	25.60
Total	90	100.0

Gráfico N° 1: Uso de los multimicronutrientes en Panguana II zona 2018.



3.7. Análisis de la variable independiente, hábitos alimentarios de las madres de niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II zona 2018.

El estudio de la muestra cuenta con 90 niños(as) (100,0%) muestra que de 6 a 8 meses presentan hábitos alimentarios saludables de 2.20% (2 niños) y el 6.70% (6 niños) no saludables, de 9 a 11 meses presentaron hábitos saludables de 6.70% (6 niños) y el 4.40% (4 niños) no saludables, de 12 a 23 meses mostraron hábitos saludables de 27.80% (25 niños) y el 14.40% (13 niños) no saludables y de 24 a 36 meses tuvieron hábitos saludables de 26.70% (24 niños) y el 11.10% (10 niños) no saludables. **(Tabla y Gráfico N° 2).**

Tabla N° 2: Hábitos alimentarios en Panguana II zona 2018.

Hábitos Alimentarios	Edades en meses							
	6 a 8		9 a 11		12 a 23		24 a 36	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Saludable	2	2.20	6	6.70	25	27.80	24	26.70
No Saludable	6	6.70	4	4.40	13	14.40	10	11.10
Total	8	8.90	10	11.10	38	42.20	34	37.80

Gráfico N° 2: Hábitos alimentarios por edad en Panguana II zona 2018.

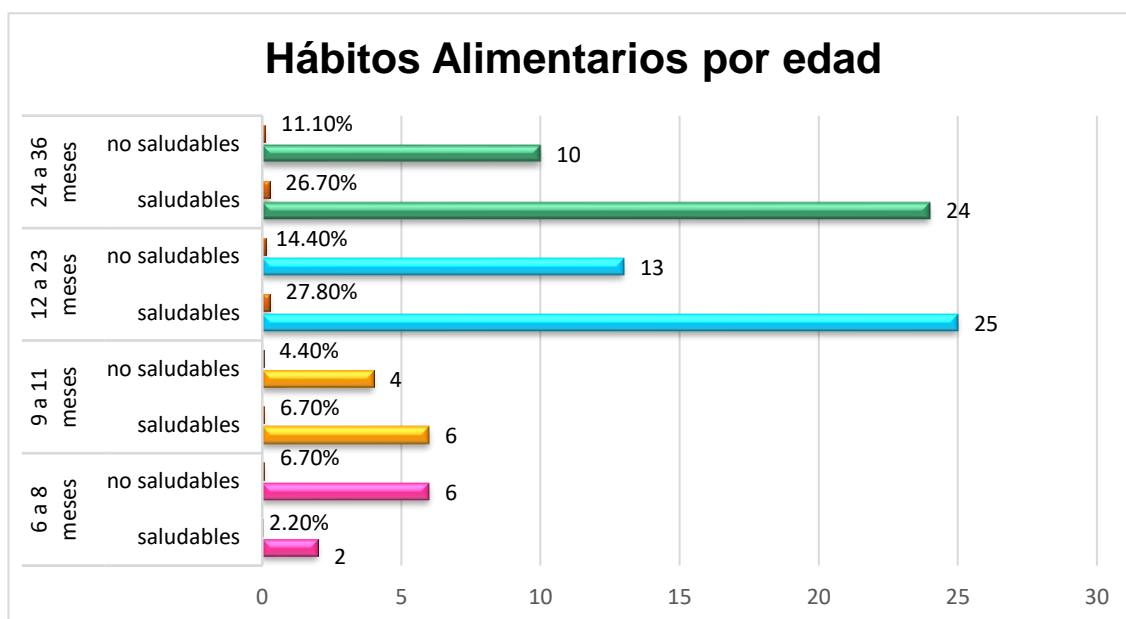
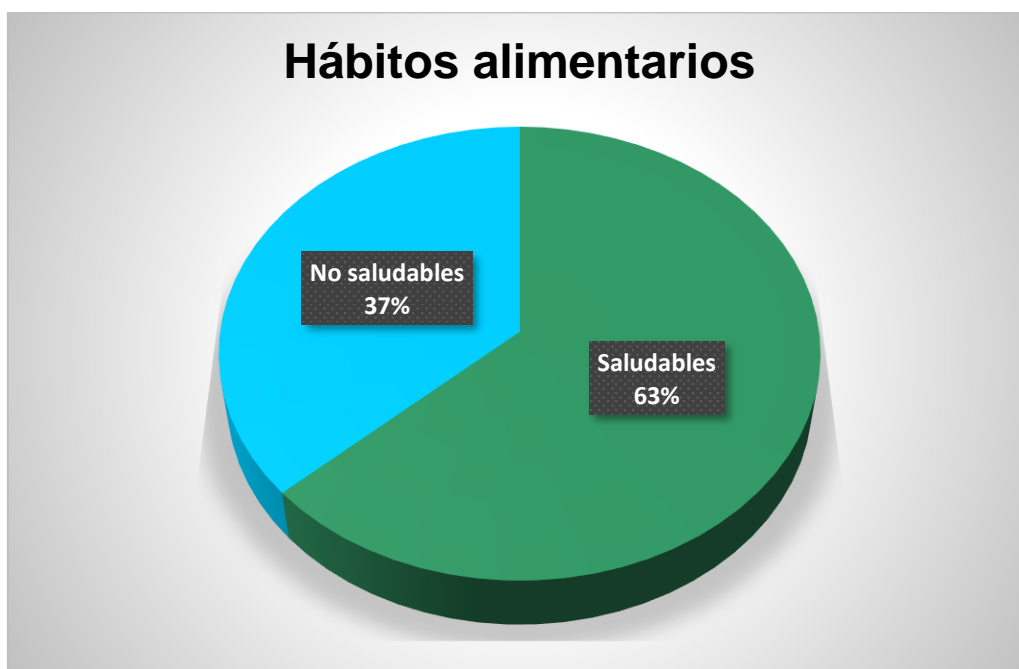


Gráfico N° 2.1 Hábitos alimentarios en Panguana II zona 2018.



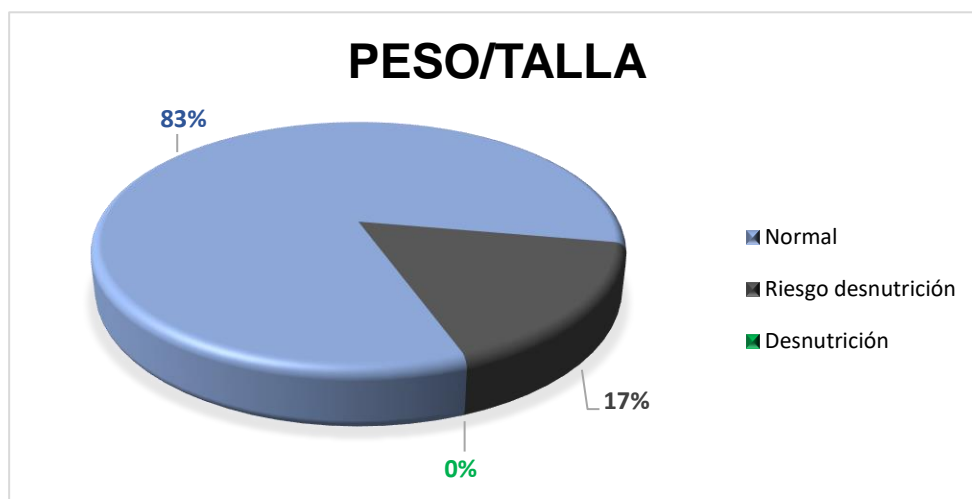
3.8. Análisis de la variable dependiente, estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses según los indicadores de Peso/Talla, Peso/Edad, Talla/Edad y Hemoglobina, en los 90 (100.0%) niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en centro de salud Panguana II Zona.

Se observó del estado nutricional según el peso/talla, el 83.3% (75 niños) se encuentran con un peso normal para su talla, el 16.7% (15 niños) en riesgo a desnutrición y no hubo niños con desnutrición. **Tabla y gráfico 3.**

Tabla N° 3: Estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio de CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, según el indicador Peso/Talla.

Estado nutricional según Peso/Talla	Frecuencia	%
Normal	75	83.3
Riesgo a Desnutrición	15	16.7
Desnutrición	0	0
Total	90	100.0

Gráfico N° 3: Estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses según el indicador Peso/Talla.

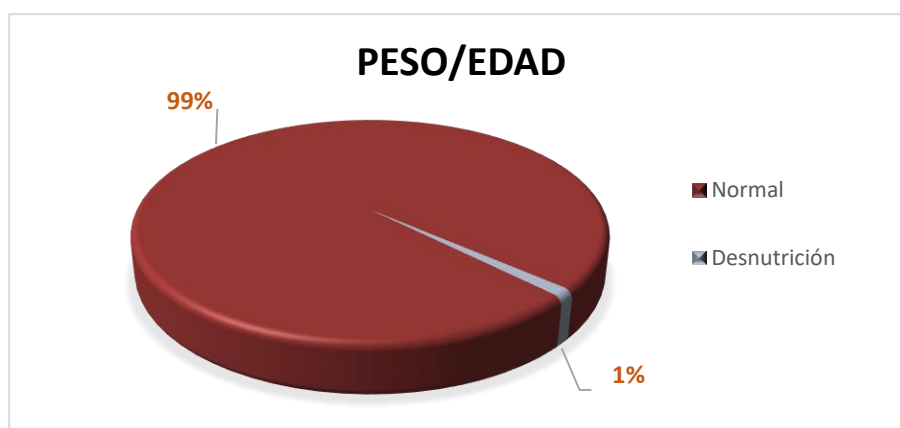


En cuanto al estado nutricional según peso/edad, el 98.90% (89 niños) presentaron peso normal para su edad, el 1.10% (1 niño) se encontró en desnutrición. **Tabla y gráfico 4.**

Tabla N° 4: Estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio de CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, según el indicador Peso/Edad.

Estado Nutricional según Peso/Edad	Frecuencia	%
Normal	89	98.90
Desnutrición	1	1.10
Total	90	100.0

Gráfico N° 4: Estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses según el indicador Peso/Talla.

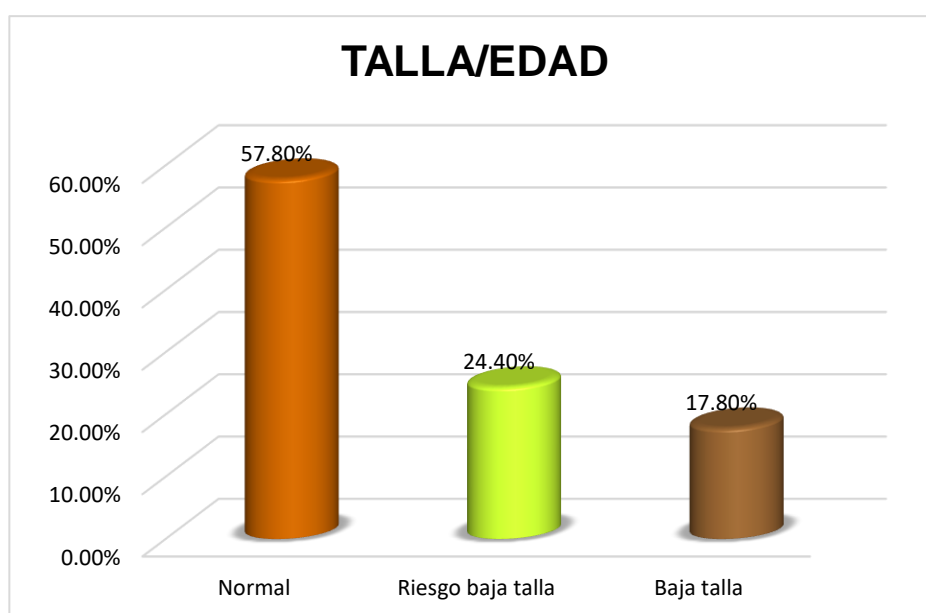


Con respecto al estado nutricional según el indicador talla/edad, el 57.80% (52 niños) presentaron talla edad para su edad, el 24.40% (22 niños) tuvieron un riesgo a baja talla, y un 17.80% (16 niños) presentaron baja talla. **Tabla 5 y grafico 5.**

Tabla N° 5: Estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio de CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, según el indicador Talla/Edad:

Estado nutricional según Talla/ Edad	Frecuencia	%
Normal	52	57.80
Riesgo a Baja Talla	22	24.40
Baja Talla	16	17.80
Total	90	100.0

Gráfico N° 5: Estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses según el indicador Talla/Edad:

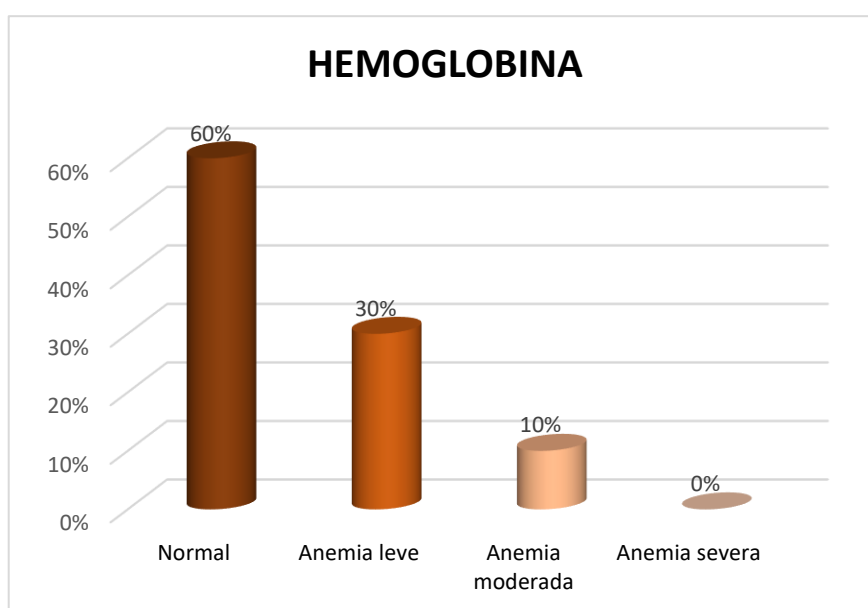


En referencia al estado nutricional según el nivel de hemoglobina, se tiene que el 60% (55 niños) obtuvieron una hemoglobina normal, el 30% (26 niños) tienen anemia leve, el 10% (9 niños) presentaron anemia moderada y no se encontró niños con anemia severa. **Tabla 6 y gráfico 6.**

Tabla N° 6: Estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio de CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, según el indicador Hemoglobina:

Estado nutricional según hemoglobina	Frecuencia	%
Normal	55	60
Anemia leve	26	30
Anemia moderada	9	10
Anemia severa	0	0
Total	90	100.0

Gráfico N° 6: Estado nutricional de niños(as) de 6 a 36 meses según el indicador Hemoglobina:



Resultados de la relación entre las variables

3.9. Análisis de la relación entre la variable independiente (Uso de multimicronutrientes) con la variable dependiente (Estado nutricional)

Dado que en la Tabla N° 7 el p-Valor es mayor a 0.05, por consiguiente, no existe suficiente evidencia estadística para afirmar que existe relación entre el Uso de multimicronutrientes y el Estado Nutricional.

Por otra parte, el Coeficiente de Correlación de Spearman ($Rho=0,114$), nos indica una relación directa de nivel mínimo entre las variables de estudio.

Tabla N° 7: Niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el centro de salud

Panguana II zona

Correlaciones

			Uso de Multimicronutrientes	Estado Nutricional
Rho de Spearman	Uso de Multimicronutrientes	Coeficiente de correlación	1.000	.114
		Sig. (bilateral)	.	.283
		N	90	90
	Estado Nutricional	Coeficiente de correlación	.114	1.000
		Sig. (bilateral)	.283	.
		N	90	90

3.10. Análisis de la relación entre la variable independiente (Hábitos Alimentarios) con la variable dependiente (Estado Nutricional)

Al analizar la relación entre los Hábitos Alimentarios y el Estado Nutricional (Tabla N° 8), utilizando la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman, se demuestra que existe un coeficiente de correlación de (Rho=0,481) indicando que hay una relación moderada entre las variables de estudio, dado que el valor de significancia bilateral es ($p < 0.01$).

Tabla N° 8: Niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el centro de salud Panguana II zona

Correlaciones

			Hábitos Alimentarios	Estado Nutricional
Rho de Spearman	Hábitos Alimentarios	Coeficiente de correlación	1.000	.481**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	90	90
		Estado Nutricional	Coeficiente de correlación	.481**
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	90	90

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

3.11. Análisis de la relación entre la variable independiente (Uso de los multimicronutrientes) con la variable dependiente (Peso/Talla)

Puesto que el p-valor es menor que 0,05, por ende, sí existe evidencia estadística para afirmar que existe relación entre las variables de estudio.

Por otro lado, el Coeficiente de correlación de Spearman ($Rho=0,229$) nos demuestra una relación directa de nivel bajo entre las variables.

Tabla N° 9: Niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el centro de salud Panguana II zona

Correlaciones

			Uso de Multimicronutrientes	P/T
Rho de Spearman	Uso de Multimicronutrientes	Coeficiente de correlación	1.000	.229*
		Sig. (bilateral)	.	.030
		N	90	90
	P/T	Coeficiente de correlación	.229*	1.000
		Sig. (bilateral)	.030	.
		N	90	90

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

3.12. Análisis de la relación entre la variable independiente (Hábitos Alimentarios) con la variable dependiente (Hemoglobina)

Visto que el p-Valor es menor que 0,01, por lo que si existe suficiente evidencia estadística para afirmar que la relación es probablemente cierta entre las variables de estudio.

Dado que el coeficiente de correlación de Spearman ($Rho=0,612$), nos indica una relación de nivel bueno entre las variables de estudio.

Tabla N° 10: Niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el centro de salud Panguana II zona

Correlaciones

			Hábitos Alimentarios	Hemoglobina
Rho de Spearman	Hábitos Alimentarios	Coeficiente de correlación	1.000	.612**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	90	90
	Hemoglobina	Coeficiente de correlación	.612**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	90	90

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Todos los niños, independientemente del lugar donde hayan nacido, sea cual sea su origen étnico o raza y su estatus social, merecen la misma atención favorable en salud, permitiendo de esta manera que los niños gocen de un desarrollo y crecimiento saludable para poder así disfrutar de oportunidades plenas y poder convertirse en un individuo productivo en la sociedad.

Al revisar los datos recolectados referente al conocimiento y práctica del uso de los multimicronutrientes de las madres de niños(as) de 6 a 36 meses, se observó que de los 90 (100%) madres encuestadas el 74.40% (67 madres) tuvieron un conocimiento adecuado, por el contrario el 25.60% (23 madres) alcanzaron un nivel de conocimiento inadecuado. Las madres que obtuvieron un conocimiento adecuado sobre el uso de los multimicronutrientes es debido a que van constante a los controles del CRED; por consiguiente, son aquellas que van a las charlas dadas por el personal de salud, y son las que viven más cerca de su establecimiento. Por otro lado, el grupo de madres que tuvieron un conocimiento inadecuado sobre el uso de los multimicronutrientes, se debe a que viven alejadas del establecimiento de salud y no van a menudo al control de sus niños(as).

Nuestros resultados difieren de los datos encontrados por García C (2015)¹⁴, en Lima, que de los 47 (100%) madres encuestadas el 48,1% (23 madres) conocen la suplementación con multimicronutrientes y el 51,9% (24 madres) no tienen conocimiento. Igualmente, son diferentes a los conseguidos por Vargas J (2016)¹⁵, de Lima, que de los 53 (100%) de las madres encuestadas, 36% (14 madres) manifestaron actitudes favorables sobre la suplementación con los multimicronutrientes y el 74% (39 madres) actitudes desfavorables.

Nuestros resultados se acercan a los obtenidos por Erazo A y Gómez L (2015)²⁰, en Iquitos, que reportan 64,7% (163 madres) con conocimiento bueno; 32,5% (82 madres) con conocimiento regular y el 2,8% (7 madres) con conocimiento deficiente.

También, nuestros resultados se acercan a los reportados por Rios H y Macedo W (2017)²¹ sobre el uso de multimicronutrientes en Iquitos: 64,4% (58 madres) con conocimiento bueno y 35,6% (32 madres) con conocimiento malo.

Se puede notar que el nivel de conocimiento sobre el uso de los multimicronutrientes es más favorable en zonas urbanas que en zonas rurales.

En relación a los hábitos alimentarios, los datos que obtuvimos nos muestran que de 90 (100%), el 63% (57 madres) presentan hábitos saludables; mientras que, solamente el 37% (33 madres) presentan hábitos no saludables.

Los padres y madres de los niños de 6 a 8 meses muestran: hábitos saludables 2.20% (2) y hábitos no saludables 6.70% (6); los padres y madres de los niños de 9 a 11 meses muestran: hábitos saludables de 6.70% (6) y el 4.40% (4) hábitos no saludables; en cuanto a los padres y madres de los niños de 12 a 23 meses los resultados obtenidos son: hábitos saludables de 27.80% (25) y el 14.40% (13) hábitos no saludables. En cuanto a los padres y madres de los niños de 24 a 36 meses los resultados obtenidos son: hábitos saludables de 26.70% (24) y el 11.10% (10) hábitos no saludables.

Resultados cercanos a los de Zavaleta S (2013)¹⁶ en Tacna, quien reporta 76% (76 madres) con nivel de conocimiento bueno sobre la alimentación de niños menores de 3 años, y un 24% (24 madres) con nivel de conocimiento regular.

Nuestros resultados son similares a los conseguidos por Vásquez F y Flores M (2017)²² en Iquitos, cuyos datos muestran que el 82,5% niños presentan hábitos alimentarios adecuados y el 17,5% hábitos alimentarios inadecuados.

En cuanto al conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria nuestros resultados se acercan a los obtenidos por Churata (2015)¹⁷ en Puno obtuvo el 51,6% tiene conocimientos buenos, 48,40% tienen entre conocimiento regular y deficiente.

Para el diagnóstico nutricional de los 90 niños(as) estudiados en nuestra investigación, se utilizaron los indicadores P/T, P/E, T/E que nos revelaron según Peso/Talla, el 83.3% (75 niños) se encuentran con un peso normal para su talla, el 16.7% (15 niños) en riesgo a desnutrición y no hubo niños con desnutrición. Según el indicador Peso/Edad el 98.90% (89 niños) presentaron peso normal para su edad, el 1.10% (1 niño) se encontró en desnutrición. El 57.80% (52 niños) presentaron Talla/Edad normal, el 24.40% (22 niños) tuvieron un riesgo a baja talla, y un 17.80% (16 niños) presentaron baja talla, en referencia al indicador Talla/Edad. Los resultados que obtuvimos en nuestra investigación se asemejan a los resultados de Lago O, Gonzales H y Abreu S (2004)⁸, en la ciudad de Habana Cuba, mostró el 18,4% con desnutrición y el 21,12% con desnutrición leve. Lozano J (2013)¹⁹, difiere de los resultados del grupo etario del 1 a 24 meses con el indicador Peso/Talla, 59,9% estado nutricional normal, el 1,0% en desnutrición, en talla/edad presentaron un 45,9% talla normal, el 15,9% talla alta y el 3,9% presento talla baja. En los resultados de Churata H (2015)¹⁷, Hay similitud en el Peso/talla con el 83,9% se encuentran en un estado nutricional Normal y Peso/edad con 83,9%. Pero difiere con los resultados de Talla/edad con 87,1% en talla normal.

Vásquez F y Flores M, (2017)²², Tiene similitud en los datos de Peso/talla obteniendo un 96,1% con estado nutricional normal, 0,0% con desnutrición, pero varía en los datos del riesgo a desnutrición con 1,9%, en Peso/edad hay semejanza en 97,1% tiene un estado nutricional normal y un 2,9% en desnutrición, en cambio en el indicador Talla/edad discrepa con sus resultados en el 31,1% se encuentran en una talla normal, el 32,0% en riesgo a baja talla, el 34,0% en talla baja y el 2,9% en baja talla severa.

Con relación al nivel de hemoglobina, los datos que obtuvimos nos muestran que el 60% (55 niños) obtuvieron una hemoglobina normal, el 30% (26 niños) tienen anemia leve, el 10% (9 niños) presentaron anemia moderada y no se encontró niños con anemia severa. Resultados similares a las obtenidas por Vásquez F y Flores M (2017)²², el 37,9% presentó anemia leve, un 0,0% con anemia severa y discrepa el 30,1% en anemia moderada.

Estos resultados son coincidentes con los datos nacionales ENDES índice de anemia por departamentos, que ubica a la región Loreto en segundo lugar con el 61,5%.

En el Perú según las cifras oficiales tenemos 19 regiones donde del 43,6% de niños menores de 3 años sufren de anemia. Por lo antes precisado, se puede inferir que hay una alta prevalencia de niños con talla baja para la edad (desnutrición) así como anemia.⁴¹

La investigación que realizamos en la comunidad de Panguana II zona, ubicada a orillas del río Amazonas (Perú) tiene similitud en el lugar de trabajo en Vallejo M, Castro L y Cerezo M (2016)⁵ en el río Putumayo (Ecuador) y Buitrón D y Hurtig A (2004)⁹ en el río Napo (Colombia).

Los resultados que se obtuvo en cada estudio mostraron una deficiencia sobre el estado nutricional donde prevaleció la desnutrición en niños menores de 5 años. Encontrando en nuestro estudio el 18,1% en desnutrición; en la tesis de Vallejo M, Castro L y Cerezo M se tomó referencia de 2 pueblos indígenas dando como resultado en la comunidad de Yunguillo 71% de desnutrición y en la comunidad de Red Unidos 42%; en la tesis de Buitrón D y Hurtig A de la comunidad del Naporuna se encontró el 59% de desnutrición. Hallando una diferencia significativa con los resultados de Perú, ya que la ventaja fue evaluar a los niños de una comunidad cercana a la ciudad.

En estos pueblos del Ecuador y Colombia no se han desarrollado programas sociales para identificar los problemas de salud que los niños padecen, por esta escasa información la prevalencia de desnutrición en estas zonas de estudio es mayor a los obtenidos en Perú, donde sí cuenta con la creación del programa social “JUNTOS” que ayuda a la mejora del estado de salud de aquellos niños.

Dentro de nuestra investigación no se encontró relación estadísticamente significativa entre los indicadores del Uso de multimicronutrientes y Estado Nutricional ($p > 0,05$), indicándonos un coeficiente de correlación mínima ($Rho=0,114$), esto nos da a entender que, aunque los niños consuman los multimicronutrientes, esto no tendrá ningún aporte al estado nutricional. Sin embargo, en los indicadores Hábitos Alimentarios y Estado Nutricional sí existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.01$) mostrándonos que mientras más deficiente sea la alimentación en los niños(as) de 6 a 36 meses de edad más riesgos tendrán a sufrir anemia y desnutrición.

Sabemos que en zonas rurales existe un limitado consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras, alimentos esenciales en la mesa familiar, ya que con la alimentación complementaria buscamos cubrir las necesidades energéticas de los niños(as), cosa que no pasa en las zonas rurales por que la densidad energética de los alimentos que introducimos a partir de los 6 meses son bajas.

Promoviendo la buena alimentación familiar y complementaria mediante el intercambio de conocimientos teóricos y prácticos sobre la manera de hacer un uso óptimo de los alimentos disponibles con los extensionistas representantes o miembros de salud comunitaria.⁴²

Otro motivo por lo que los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional, es que la alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todo niño debe empezar a recibir otro alimento, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida.

Esta debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuada, administrándose en cantidades apropiadas con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento sin abandonar la lactancia materna.³⁸

En los indicadores del Uso de Multimicronutrientes y Peso/Talla, existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que si hay relación entre las variables de estudio puesto que ($p < 0.05$), lo mismo se da con los indicadores Hábitos alimentarios y la hemoglobina afirmándonos que existe relación estadísticamente significativa visto que el valor ($p < 0.01$). indicándonos que a mejor hábito alimentario mejor será el nivel de hemoglobina y viceversa, cabe señalar que pueden entrar a tallar otros factores como parasitosis, el consumo de agua de río, mala higiene a la hora de preparar los alimentos en los pobladores de la comunidad de Panguana II zona, factores que son asociados al índice de anemia que arrojo para nuestra muestra, el nivel económico bajo dentro de la comunidad es otro factor que influye a que la prevalencia de anemia y desnutrición.

La anemia es un factor alarmante mundialmente, siendo prevalente en las zonas rurales donde hay poca accesibilidad a alimentos que son esenciales para cubrir las necesidades energéticas en los niños que empiezan con la alimentación complementaria.³⁹

En el Perú durante los últimos 10 años la prevalencia de anemia ha sido mayor a 40%. El 13% de los niños peruanos menores de 5 años sufren de desnutrición crónica. La malnutrición se extiende por el mundo y se manifiesta de muchas maneras, con retardo en el crecimiento, bajo peso.⁴¹

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- Al relacionar los factores del uso de multimicronutrientes y hábitos alimentarios en los niños(as) de 6 a 36 meses de la comunidad de Panguana II zona, se encontró que el hábito alimentario está estrechamente relacionado con el estado nutricional.
- En cuanto al conocimiento sobre uso de los multimicronutrientes, se encontró que la mayor parte de las madres tienen conocimientos adecuados, y conocimientos inadecuados en menor proporción.
- En los hábitos alimentarios se encontró que las madres tienen conocimiento con respecto a la alimentación que debe llevar su niño(a), demostrando así que, a mejor hábito saludable, más niños sanos.
- El 53% de los niños(as) estudiados de 6 a 36 meses en la comunidad de Panguana II zona distrito de Fernando Lores, tuvieron un estado de salud saludable en todos los indicadores de P/T, P/E, T/E y hemoglobina junto a las encuestas de multimicronutrientes y hábitos alimentarios. Sin embargo, el 47% presentaron un porcentaje de estado de salud deficiente en algunos de las variables de estudio.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

- A las diferentes entidades públicas como gobierno regional y gobierno local, crear proyectos en donde los pobladores de la comunidad de Panguana II zona puedan utilizar sus propios recursos y así eleven su nivel socioeconómico, buscando reducir el riesgo de anemia y desnutrición.
- Al centro de salud Panguana II zona, continuar con su compromiso con esta comunidad y que sigan ejecutando el proyecto de suplementación con multimicronutrientes; así como, hacer seguimientos a los niños que se encuentran con anemia.
- Al profesional de salud, en especial a los nutricionistas, llevar a cabo este tipo de investigación en otras zonas de la extensa Amazonía peruana para así tener un mapa real de la anemia en nuestra región.
- A la Dirección Regional de Salud, al colegio de nutricionistas (sede Loreto) a seguir fomentando y promoviendo programas nutricionales, específicamente en zonas alejadas de la ciudad, que es donde existe mayor prevalencia de anemia y desnutrición.
- A los padres de familia ir constantemente a los controles de niño sano, para prevenir cualquier tipo de enfermedad que pueda padecer su niño(a) e informarse de la situación nutricional en que este se encuentra.

CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. JUDITH E. BROWN. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición.
2. Ministerio de Salud (MINSA), 2015 Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
3. Ministerio de Salud (MINSA), 2013. Evolución de los indicadores del programa articulado nacional y los factores asociados a la desnutrición y anemia.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2012). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011. Lima.
5. VALLEJO M., CASTRO L. Y CEREZO M. (Colombia, 2016) “*Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa – Colombia*”.
6. DURÁNA PABLO, MANGIALAVORIA GUADALUPE, BIGLIERIA ANA, KOGANA LAURA Y ABEYÁ Gilardona Enrique “*Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)*”.
7. ALCARAZ G, BERNAL CORNEJO W, FIGUEROA N y MUNERA M (Colombia, 2004) “*Estado nutricional y condiciones de vida de los niños y niñas menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, 2004*”.
8. LAGO ODELKIS ALONSO, GONZÁLEZ HERNÁNDEZ DARIS I. Y ABREU SUÁREZ GLADYS “*Malnutrición proteico-energética en niños menores de 5 años*”. *Rev. Cubana de pediatría, ciudad de la Habana Abril-Junio 2007*

9. BUITRÓN DIEGO, HURTIG ANNA KARIN, MIGUEL SAN SEBASTIÁN.
Instituto de Epidemiología y Salud Comunitaria Manuel Amunárriz, Apdo.
17-10-7410, Quito, Ecuador
10. GAY R. J., REBOSO P. J., CABRERA H. A., HERNÁNDEZ T. M.,
LETELIER CH. A. Y SÁNCHEZ M. "Anemia nutricional en un grupo de
niños aparentemente sanos de 2 a 4 años de edad". Cuba – La Habana,
2012.
11. VEGA A. N., VELASCO C. M., VELÁSQUEZ T. E., VILLCA A. N., MAZZI
G. E. "Niveles de hemoglobina en niños internados en el Hospital del Niño"
Ovidio Aliaga Uría" Sociedad Boliviana de Pediatría". Bolivia, 2010.
12. HUAMÁN ESPINO LUCIO, VALLADARES CARMEN, Centro Nacional de
Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. Estado
Nutricional Y Características Del Consumo Alimentario De La Población
Aguaruna. Amazonas, Perú 2004.
13. PARANCCO RODRIGUEZ CYNTIA. (PUNO, 2015) "Efecto De Las
Prácticas De La Suplementación Del Sulfato Ferroso Y Consumo De
Hierro Dietético En Los Niveles De Hemoglobina En Niños Con Anemia De
6 A 36 Meses Del Puesto De Salud Villa Socca-Acora, diciembre 2014 –
junio 2015". UNA-PUNO. (Tesis de Nutrición Humana). Perú, 2015.
Disponible en URL:
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/unappuno/504/1/Parancco
Rodríguez Cynthia.pdf](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/unappuno/504/1/Parancco_Rodríguez_Cynthia.pdf).
14. GARCÍA C (Lima, 2015) "Conocimientos De Los Padres De La Población
Infantil Sobre La Suplementación De Multimicronutrientes En Polvo En Un
Centro De Salud Del Minsa 2015".

15. VARGAS JUAN MANUEL. *“Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en un establecimiento de salud de lima, 2016”* (Tesis de Enfermería), Peru;2016.
Disponible en URL:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5905>.
16. ZAVALETA JUAREZ SUSSY.” *“Conocimiento de la madre sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio del CRED, en el P.S Cono Norte 1er trimestre Lima, 2012”* (tesis de enfermería), Perú 2013
17. CHURATA ARIAS HAYLUZ.” *Conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de niños(as) de 12 meses-centro de salud chejoña”* Puno 2015. (tesis de enfermería)
18. ROJAS GUERRERO NADY FÁTIMA, *“Relación Del Estado Nutricional Y Los Logros De Aprendizaje En Niños De La I.E.I. “Mi Mundo Feliz”, Punchana-2013”*.
19. LOZANO LOZANO JUAN CARLOS. *“Evaluación del estado nutricional de niños menores de 5 años del servicio de pediatría. Hospital regional de Loreto 2013.*
20. ERAZO A. Y GÓMEZ L. (Iquitos, 2015) *“valoración de las intervenciones con multimicronutrientes en cuatro centros de salud representativos de la ciudad de Iquitos,2015; UNAP Pp.58-59 (Tesis de Bromatología y Nutrición Humana).*

21. RIOS H. Y MACEDO W. "Conocimiento y practicas sobre el uso de los multimicronutrientes en madres de niños(as) de 6 a 36 meses, atendidos en el CRED del C.S. Túpac Amaru. Iquitos 2017.
22. VÁSQUEZ F. Y FLORES M." Multimicronutrientes y factores que influyen en el estado nutricional del niño(as) de 6 a 35 meses, atendidos en el consultorio de CRED del centro de salud Indiana 2016-2017.
23. MACIAS MATOS CONSUELO, GISELA PITA RODRIGUEZ, ANNIA PEREZ. Evaluación nutricional de niños de 1 a 5 años de edad en el consultorio médico de familia. Rev. Cubana alimet nutr 1993 85-90
24. MARTINEZ C, PEDRÓN C. 2010. Valoración del estado nutricional. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. Pág. 314-315.
25. CELSO A. Inteligencias múltiples: Como estudiarlas y desarrollarlas.
26. QUINTERO G. 1997. Anemia y Homeopática, Publicado por B. Jain Publisher.
27. ADMINISTRATIVE COMMITTEE ON COORDINATION (ACC/ SRNI) in collaboration with IFPRI, Fourth Report on the World Nutrition Situation, United Nations, Switzerland, Geneva, January 2000.
28. UNICEF, Fondo de naciones unidas para la infancia. Estado mundial de la infancia;2007.
29. Global strategy for infant and Young child feeding, World health organization. Geneva;WHO; 2002.
30. Ministerio de salud (MINSAs), 2012. Evolución de los indicadores del programa articulado nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia.

31. SILVA Z. 2009. Situación nutricional y hábitos alimentarios en preescolares del distrito de belén. Iquitos-Perú. artículo científico; Pág. 2.
32. FLORES HUERTAS. Antropometric measurements in children, nutritional status an health:bol med hop infant mex 2006;63:73-5.
33. SILVA IBÁÑEZ: Manual de pediatría.
34. GALARZA V. 2008. Hábitos alimentarios saludables. Ministerio de Sanidad y Consumo – Instituto Nacional del Consumo. Confederación de Consumidores y Usuarios. Madrid, España. Pág. 5.
35. Alimentación Saludable, Guía familiar para promover la alimentación saludable en la primera infancia.2011:1-27.
36. Ministerio de Salud (MINSA). Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. 2004
37. DANIEL A. DE LUIS ROMÁN, DIEGO BELLIDO GUERRERO Y PEDRO P. GARCÍA LUNA. “Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo” Ediciones Díaz de Santos S. A. 2010.
38. Organización mundial de salud (OMS), 2007.
39. LAGUA ROSALINDA. Diccionario de Nutrición y Dietoterapia. Quinta edición. México, 2004.
40. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Manual de la antropometrista. Lima, enero 2012.
41. Instituto nacional de estadística e informática (INEI) 2017.
42. FAO – ROMA 2011, La importancia de la educación nutricional.

ANEXOS
ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “Factores asociados al estado nutricional en niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED en el centro de salud Panguana II zona. 2018”

Presentación

Señora buenos días, mi nombre es Lenin Gustavo Aquino Torres / Cinthia Prissila Isla Rengifo, soy bachiller en bromatología y nutrición humana de la Universidad Nacional De La Amazonia Peruana, estoy realizando un estudio en coordinación con el centro de salud Panguana II Zona, a fin de obtener información verídica acerca de los factores asociados al estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED, con el propósito de conocer factores que tienen relación con su estado nutricional, ya que contribuye al buen desarrollo de su niño. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se les presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

Yocon

DNI:.....dirección:.....

Acepto que el niño de
nombre..... participe de esta
encuesta.

FIRMA

ANEXO 2: USO DE LOS MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS(AS).

Datos generales de la madre y el padre				
DNI:	Estado Civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Conviviente
Ocupación:		Nivel Educativo	Analfabeto:	
Distrito:			Primaria:	
Centro de salud:			Secundaria:	
N° de hijos:	Edad:		Superior:	

Lea cuidadosamente las preguntas y marque la respuesta que usted crea conveniente:

Conocimiento	
N°	Los Multimicronutrientes (chispitas) son:
1	<p>a. Bolsitas de multimicronutrientes para el enriquecimiento de alimentos en el hogar</p> <p>b. Bolsitas que sirven para mejorar el nivel de calcio y promover el crecimiento en lactantes y niños de 6 a 23 meses</p> <p>c. Sobrecitos con polvo que se agregan en el alimento del niño para prevenir y tratar la anemia y otras deficiencias nutricionales</p>
2	<p>El suplemento de Multimicronutrientes (chispitas) se debe dar al niño:</p> <p>a. Pasando un día</p> <p>b. Dos veces al día</p> <p>c. Una vez al día</p>
3	<p>Los Multimicronutrientes (chispitas) se deben preparar:</p> <p>a. Cocinándolos con la comida</p> <p>b. Agregando al alimento ya cocinado</p> <p>c. Mezclando con agua hervida caliente</p>

4	Los lugares donde se debe almacenar los suplementos de multimicronutrientes (chispitas) son:
	<ul style="list-style-type: none"> a. Lugares húmedos b. Lugares altos frescos y secos c. Lugares abiertos
5	¿Se puede dar los Multimicronutrientes (chispitas) justo con otros suplementos?
	<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No

6	¿Con SOLO consumir los Multimicronutrientes (chispitas), su niño (a) estará libre de contraer alguna enfermedad?
	<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No
7	¿El consumo de los Multimicronutrientes (chispitas) favorece el desarrollo físico psicológico en el niño(a) y disminuye el riesgo a tener enfermedades?
	<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No
8	Los Multimicronutrientes (chispitas) contienen:
	<ul style="list-style-type: none"> a. Vitamina y Proteínas b. Vitaminas y Minerales c. Vitaminas y Grasas
9	El tiempo que debe ser ingerido la combinación del alimento y el micronutriente (chispita) es:
	<ul style="list-style-type: none"> a. En una hora b. En menos de 45 minutos c. Menos de 30 minutos

10	El alimento al que se le agrega el Multimicronutriente (chispita) debe ser:
	a. Picado b. Espeso (Mazamorra) c. Líquido.
11	¿La manera CORRECTA de combinar el Multimicronutrientes (chispitas) con el alimento es separar dos cucharadas de comida y agregarle el sobrecito?
	a. Si b. No

Consumo	
N°	¿Brindas las chispitas a tu niño?
12	a. Si b. No
13	¿Antes de preparar los alimentos, se lava las manos con agua y jabón? a. Si b. No
14	¿Lava los utensilios de su niño/a (plato y cuchara) antes de preparar? a. Si b. No
15	¿El lugar donde prepara es limpio? a. Si b. No
16	¿Abre el sobre del multimicronutriente (chispita) con los dedos o tijera (no con los dientes)? a. Si b. No

17	<p>¿Separa dos cucharadas de comida del plato del niño(a)?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
18	<p>¿Agrega todo el contenido del sobre en las dos cucharadas de comida separada del niño(a)</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
19	<p>¿Mezcla bien el contenido sobre las dos cucharadas de comida separada?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
20	<p>¿La temperatura de la comida a la hora de agregar el sobrecito de Multimicronutrientes (chispitas) está tibia?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
21	<p>¿Primero alimenta al niño con la mezcla y luego continúa dándole de comer con el resto del plato servido?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
22	<p>¿El niño(a) rechaza comer los alimentos con chispitas y se los deja de dar?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
23	<p>¿Tiene paciencia a la hora de dar los alimentos a su niño(a)?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>

ANEXO N° 3: FICHA NUTRICIONAL (Adaptación de la Ficha Nutricional-ESS)

I. INDICADOR BIOQUÍMICO.

HEMOGLOBINA (g/dl)	DX. NUTRICIONAL

II. DATOS PERSONALES:

DNI:

SEXO:

III. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

EDAD	PESO	TALLA

P/T	T/E	P/E
DX:	DX:	DX:

ANEXO N° 4: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LOS NIÑOS DE 6 A 35 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA.

INFORMACION GENERAL DEL NIÑO(A)			
SEXO	MASCULINO		FEMENINO
EDAD:			

Seleccione la alternativa que usted ha elegido

1. ¿Quién cocina en casa?

- a. Padre
- b. Madre
- c. Otros.

2. ¿Su niño(a) toma Leche materna?

- a. Si
- b. No

si la alternativa que eligió es no ¿hasta qué edad lactó su niño(a)?

3. ¿Su niño(a) consume alimentos?

- a. Si
- b. No.

4. ¿A qué edad su niño (a) comenzó a comer?

- a. Antes de los 6 meses de edad.
- b. A los 6 meses de edad.
- c. Después de los 6 meses de edad.

5. ¿Cuántas veces come su niño (a) normalmente?

- a. Una vez al día
- b. Dos veces al día
- c. Tres veces al día
- d. Más de tres veces al día

6. ¿Su niño (a) toma agua durante el día?

- a. Sí
- b. No

7. ¿Qué tipo de agua consume su niño (a)?

- a. Agua hervida
- b. Agua de lluvia
- c. Agua de pozo
- d. Agua de río.

8. ¿Su niño (a) consume otro tipo de leche?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI, ¿qué otro tipo de leche toma su niño (a)? _____

9. ¿Cuántas veces al día toma esa leche su niño (a)?

- a. Una vez
- b. Dos a tres veces
- c. Más de tres veces
- d. Ninguna.

10. ¿Su niño (a) consume té?

- a. Sí
- b. No.

Si su respuesta es SI ¿Desde qué edad lo consume? _____

11. ¿Su niño (a) consume pollo en su alimentación?

- a. Sí
- b. No.

Si su respuesta es SI ¿cuántas veces lo consume? Marque

DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	2-3 VECES POR SEMANA	OCASIONALMENTE

12. ¿Su Niño (A) Consume Pescado En Su Alimentación?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI ¿cuántas veces lo consume? Marque

DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	2-3 VECES POR SEMANA	OCASIONALMENTE

13. ¿Su Niño (A) Consume Vísceras: ¿Hígados, Molleja En Su Alimentación?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI ¿cuántas veces lo consume? Marque

DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	2-3 VECES POR SEMANA	OCASIONALMENTE

14. ¿Su Niño (A) Consume Huevo En Su Alimentación?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI ¿cuántas veces lo consume? Marque

DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	2-3 VECES POR SEMANA	OCASIONALMENTE

15. ¿Su niño (a) consume otras proteínas de origen animal en su alimentación?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI ¿qué otra proteína de origen animal consume?

16. ¿Su niño (a) consume Menestras: frejol, lenteja, arveja en su alimentación?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI ¿cuántas veces lo consume? Marque

DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	2-3 VECES POR SEMANA	OCASIONALMENTE

17. ¿Su niño (a) consume carbohidratos como pan, arroz, fideos, plátano, maduro, papa, entre otros en su alimentación?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI ¿cuántas veces consume cada carbohidrato? Marque

CARBOHIDRATO	DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	2-3 VECES POR SEMANA	OCASIONAL MENTE
PAN				
ARROZ				
FIDEOS				
PLATANO				
MADURO				
PAPA				
YUCA				

18. ¿Su niño (a) consume verduras en su alimentación?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI ¿cuántas veces lo consume? Marque

DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	2-3 VECES POR SEMANA	OCASIONALMENTE

¿Qué tipo de verduras? _____

19. ¿Su niño (a) consume frutas en su alimentación?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta es SI ¿cuántas veces lo consume? Marque

DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	2-3 VECES POR SEMANA	OCASIONALMENTE

¿Qué tipo de frutas? _____

ANEXO N° 5: APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DEL USO DE LOS MULTIMICRONUTRIENTES.



**ANEXO N° 6: APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE HABITOS ALIMENTARIOS
EN EL CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA.**



ANEXO N° 7: TABLAS DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (Ministerio Nacional: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición)

PESO PARA EDAD		TALLA PARA EDAD								
Desnutrición	NORMAL	Sobrepeso	EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud / estatura)						
				Baja Severa	Baja	NORMAL		Alta		
<-2DE	≥-2DE	≤ 2DE	> 2DE	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE
Longitud (medido echado)										
2,5	4,4		0:0	44,2	46,1	48,0	51,8	53,7		
3,4	5,8		0:1	48,9	50,8	52,8	56,7	58,6		
4,3	7,1		0:2	52,4	54,4	56,4	60,4	62,4		
5,0	8,0		0:3	55,3	57,3	59,4	63,5	65,5		
5,6	8,7		0:4	57,6	59,7	61,8	66,0	68,0		
6,0	9,3		0:5	59,6	61,7	63,8	68,0	70,1		
6,4	9,8		0:6	61,2	63,3	65,5	69,8	71,9		
6,7	10,3		0:7	62,7	64,8	67,0	71,3	73,5		
6,9	10,7		0:8	64,0	66,2	68,4	72,8	75,0		
7,1	11,0		0:9	65,2	67,5	69,7	74,2	76,5		
7,4	11,4		0:10	66,4	68,7	71,0	75,6	77,9		
7,6	11,7		0:11	67,6	69,9	72,2	76,9	79,2		
7,7	12,0		1:0	68,6	71,0	73,4	78,1	80,5		
7,9	12,3		1:1	69,6	72,1	74,5	79,3	81,8		
8,1	12,6		1:2	70,6	73,1	75,6	80,5	83,0		
8,3	12,8		1:3	71,6	74,1	76,6	81,7	84,2		
8,4	13,1		1:4	72,5	75,0	77,6	82,8	85,4		
8,6	13,4		1:5	73,3	76,0	78,6	83,9	86,5		
8,8	13,7		1:6	74,2	76,9	79,6	85,0	87,7		
8,9	13,9		1:7	75,0	77,7	80,5	86,0	88,8		
9,1	14,2		1:8	75,8	78,6	81,4	87,0	89,8		
9,2	14,5		1:9	76,5	79,4	82,3	88,0	90,9		
9,4	14,7		1:10	77,2	80,2	83,1	89,0	91,9		
9,5	15,0		1:11	78,0	81,0	83,9	89,9	92,9		
Estatura (medido de pie)										
9,7	15,3		2:0	78,0	81,0	84,1	90,2	93,2		
9,8	15,5		2:1	78,6	81,7	84,9	91,1	94,2		
10,0	15,8		2:2	79,3	82,5	85,6	92,0	95,2		
10,1	16,1		2:3	79,9	83,1	86,4	92,9	96,1		
10,2	16,3		2:4	80,5	83,8	87,1	93,7	97,0		
10,4	16,6		2:5	81,1	84,5	87,8	94,5	97,9		
10,5	16,9		2:6	81,7	85,1	88,5	95,3	98,7		
10,7	17,1		2:7	82,3	85,7	89,2	96,1	99,6		
10,8	17,4		2:8	82,8	86,4	89,9	96,9	100,4		
10,9	17,6		2:9	83,4	86,9	90,5	97,6	101,2		
11,0	17,8		2:10	83,9	87,5	91,1	98,4	102,0		
11,2	18,1		2:11	84,4	88,1	91,8	99,1	102,7		
11,3	18,3		3:0	85,0	88,7	92,4	99,8	103,5		
11,4	18,6		3:1	85,5	89,2	93,0	100,5	104,2		
11,5	18,8		3:2	86,0	89,8	93,6	101,2	105,0		
11,6	19,0		3:3	86,5	90,3	94,2	101,8	105,7		
11,8	19,3		3:4	87,0	90,9	94,7	102,5	106,4		
11,9	19,5		3:5	87,5	91,4	95,3	103,2	107,1		
12,0	19,7		3:6	88,0	91,9	95,9	103,8	107,8		
12,1	20,0		3:7	88,4	92,4	96,4	104,5	108,5		
12,2	20,2		3:8	88,9	93,0	97,0	105,1	109,1		
12,4	20,5		3:9	89,4	93,5	97,5	105,7	109,8		
12,5	20,7		3:10	89,8	94,0	98,1	106,3	110,4		
12,6	20,9		3:11	90,3	94,4	98,6	106,9	111,1		
12,7	21,2		4:0	90,7	94,9	99,1	107,5	111,7		
12,8	21,4		4:1	91,2	95,4	99,7	108,1	112,4		
12,9	21,7		4:2	91,6	95,9	100,2	108,7	113,0		
13,1	21,9		4:3	92,1	96,4	100,7	109,3	113,6		
13,2	22,2		4:4	92,5	96,9	101,2	109,9	114,2		
13,3	22,4		4:5	93,0	97,4	101,7	110,5	114,9		
13,4	22,7		4:6	93,4	97,8	102,3	111,1	115,5		
13,5	22,9		4:7	93,9	98,3	102,8	111,7	116,1		
13,6	23,2		4:8	94,3	98,8	103,3	112,3	116,7		
13,7	23,4		4:9	94,7	99,3	103,8	112,8	117,4		
13,8	23,7		4:10	95,2	99,7	104,3	113,4	118,0		
14,0	23,9		4:11	95,6	100,2	104,8	114,0	118,6		





TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESOS (kg)		TALLA (cm) (longitud / estatura)								
Desnutrición	NORMAL	Sobrepeso	EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud / estatura)						
				Baja Severa	Baja	NORMAL		Alta		
<-2DE	≥-2DE	≤ 2DE	> 2DE	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

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

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -2DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	Sobrepeso*

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
- Compare la longitud o talla del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Longitud o talla:	Clasificación
< a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja severa
≥ a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2 DE	Talla alta

DE : Desviación Estandar < : menor > : mayor ≥ : mayor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre ≥ -2DE y < -1DE

TALLA para EDAD
Valores de talla correspondientes a la edad del niño menor de 2 años (medido echado) y valores de estatura del niño de 2 a 4 años (medido de pie)

PESO para TALLA
Valores de peso según longitud o estatura y la respectiva DE
Fuente: OMS 2006

67

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA						
	PESO (kg)						
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE
45	1,9	2,0	2,2	2,7	3,0	3,3	
46	2,0	2,2	2,4	2,9	3,1	3,5	
47	2,1	2,3	2,5	3,0	3,3	3,7	
48	2,3	2,5	2,7	3,2	3,6	3,9	
49	2,4	2,6	2,9	3,4	3,8	4,2	
50	2,6	2,8	3,0	3,6	4,0	4,4	
51	2,7	3,0	3,2	3,9	4,2	4,7	
52	2,9	3,2	3,5	4,1	4,5	5,0	
53	3,1	3,4	3,7	4,4	4,8	5,3	
54	3,3	3,6	3,9	4,7	5,1	5,6	
55	3,6	3,8	4,2	5,0	5,4	6,0	
56	3,8	4,1	4,4	5,3	5,8	6,3	
57	4,0	4,3	4,7	5,6	6,1	6,7	
58	4,3	4,6	5,0	5,9	6,4	7,1	
59	4,5	4,8	5,3	6,2	6,8	7,4	
60	4,7	5,1	5,5	6,5	7,1	7,8	
61	4,9	5,3	5,8	6,8	7,4	8,1	
62	5,1	5,6	6,0	7,1	7,7	8,5	
63	5,3	5,8	6,2	7,4	8,0	8,8	
64	5,5	6,0	6,5	7,6	8,3	9,1	
65	5,7	6,2	6,7	7,9	8,6	9,4	
66	5,9	6,4	6,9	8,2	8,9	9,7	
67	6,1	6,6	7,1	8,4	9,2	10,0	
68	6,3	6,8	7,3	8,7	9,4	10,3	
69	6,5	7,0	7,6	8,9	9,7	10,6	
70	6,6	7,2	7,8	9,2	10,0	10,9	
71	6,8	7,4	8,0	9,4	10,2	11,2	
72	7,0	7,6	8,2	9,6	10,5	11,5	
73	7,2	7,7	8,4	9,9	10,8	11,8	
74	7,3	7,9	8,6	10,1	11,0	12,1	
75	7,5	8,1	8,8	10,3	11,3	12,3	
76	7,6	8,3	8,9	10,6	11,5	12,6	
77	7,8	8,4	9,1	10,8	11,7	12,8	
78	7,9	8,6	9,3	11,0	12,0	13,1	
79	8,1	8,7	9,5	11,2	12,2	13,3	
80	8,2	8,9	9,6	11,4	12,4	13,6	
81	8,4	9,1	9,8	11,6	12,6	13,8	
82	8,5	9,2	10,0	11,8	12,8	14,0	
83	8,7	9,4	10,2	12,0	13,1	14,3	
84	8,9	9,6	10,4	12,2	13,3	14,6	
85	9,1	9,8	10,6	12,5	13,6	14,9	
86	9,3	10,0	10,8	12,8	13,9	15,2	
87	9,5	10,2	11,1	13,0	14,2	15,5	
88	9,7	10,5	11,3	13,3	14,5	15,8	
89	9,9	10,7	11,5	13,5	14,7	16,1	
90	10,1	10,9	11,8	13,8	15,0	16,4	
Estatura (medido de pie)							
80	8,3	9,0	9,7	11,5	12,6	13,7	
81	8,5	9,2	9,9	11,7	12,8	14,0	
82	8,7	9,3	10,1	11,9	13,0	14,2	
83	8,8	9,5	10,3	12,2	13,3	14,5	
84	9,0	9,7	10,5	12,4	13,5	14,8	
85	9,2	10,0	10,8	12,7	13,8	15,1	
86	9,4	10,2	11,0	12,9	14,1	15,4	
87	9,6	10,4	11,2	13,2	14,4	15,7	
88	9,8	10,6	11,5	13,5	14,7	16,0	
89	10,0	10,8	11,7	13,7	14,9	16,3	
90	10,2	11,0	11,9	14,0	15,2	16,6	
91	10,4	11,2	12,1	14,2	15,5	16,9	
92	10,6	11,4	12,3	14,5	15,8	17,2	
93	10,8	11,6	12,6	14,7	16,0	17,5	
94	11,0	11,8	12,8	15,0	16,3	17,8	
95	11,1	12,0	13,0	15,3	16,6	18,1	
96	11,3	12,2	13,2	15,5	16,9	18,4	
97	11,5	12,4	13,4	15,8	17,2	18,8	
98	11,7	12,6	13,7	16,1	17,5	19,1	
99	11,9	12,9	13,9	16,4	17,9	19,5	
100	12,1	13,1	14,2	16,7	18,2	19,9	
101	12,3	13,3	14,4	17,0	18,5	20,3	
102	12,5	13,6	14,7	17,3	18,9	20,7	
103	12,8	13,8	14,9	17,7	19,3	21,1	
104	13,0	14,0	15,2	18,0	19,7	21,6	
105	13,2	14,3	15,5	18,4	20,1	22,0	
106	13,4	14,5	15,8	18,7	20,5	22,5	
107	13,7	14,8	16,1	19,1	20,9	22,9	
108	13,9	15,1	16,4	19,5	21,3	23,4	
109	14,1	15,3	16,7	19,8	21,8	23,9	
110	14,4	15,6	17,0	20,2	22,2	24,4	
111	14,6	15,9	17,3	20,7	22,7	25,0	
112	14,9	16,2	17,6	21,1	23,1	25,5	
113	15,2	16,5	18,0	21,5	23,6	26,0	
114	15,4	16,8	18,3	21,9	24,1	26,6	
115	15,7	17,1	18,6	22,4	24,6	27,2	
116	16,0	17,4	19,0	22,8	25,1	27,8	
117	16,2	17,7	19,3	23,3	25,6	28,3	
118	16,5	18,0	19,7	23,7	26,1	28,9	
119	16,8	18,3	20,0	24,1	26,6	29,5	
120	17,1	18,6	20,4	24,6	27,2	30,1	

Fuente: OMS 2006

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTRÓPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA TALLA

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

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

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

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

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

SIGNOS DE ALERTA:

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

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

© Ministerio de Salud
Av. Salaverry cuadra 8 s/n. Jesús María. Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
Capac Yupanqui 1400, Jesús María. Lima, Perú
Telf. 0051-1-4719920 Fax 0051-1-4710179
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Área de Normas Técnicas
Jr. Tizón y Bueno 276 Jesús María.
Teléfono 0051-1-4600316. Fax 051-1-4639617
Lima, Perú. 2007. 5ª Edición

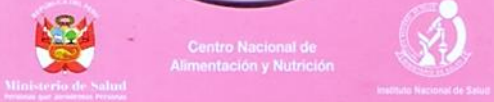
Elaboración: Lic Mariela Contreras Rojas

ANEXO N° 8: TABLAS DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (Ministerio Nacional: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición)

TABLAS DE VALORACIÓN NUTRICIONAL NIÑAS

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA						
	PESO (kg)						
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE
45	1,9	2,1	2,3	2,7	3,0	3,3	
46	2,0	2,2	2,4	2,9	3,2	3,5	
47	2,2	2,4	2,6	3,1	3,4	3,7	
48	2,3	2,5	2,7	3,3	3,6	4,0	
49	2,4	2,6	2,9	3,5	3,8	4,2	
50	2,6	2,8	3,1	3,7	4,0	4,5	
51	2,8	3,0	3,3	3,9	4,3	4,8	
52	2,9	3,2	3,5	4,2	4,6	5,1	
53	3,1	3,4	3,7	4,4	4,9	5,4	
54	3,3	3,6	3,9	4,7	5,2	5,7	
55	3,5	3,8	4,2	5,0	5,5	6,1	
56	3,7	4,0	4,4	5,3	5,8	6,4	
57	3,9	4,3	4,6	5,6	6,1	6,8	
58	4,1	4,5	4,9	5,9	6,5	7,1	
59	4,3	4,7	5,1	6,2	6,8	7,5	
60	4,5	4,9	5,4	6,4	7,1	7,8	
61	4,7	5,1	5,6	6,7	7,4	8,2	
62	4,9	5,3	5,8	7,0	7,7	8,5	
63	5,1	5,5	6,0	7,3	8,0	8,8	
64	5,3	5,7	6,3	7,5	8,3	9,1	
65	5,5	5,9	6,5	7,8	8,6	9,5	
66	5,6	6,1	6,7	8,0	8,8	9,8	
67	5,8	6,3	6,9	8,3	9,1	10,0	
68	6,0	6,5	7,1	8,5	9,4	10,3	
69	6,1	6,7	7,3	8,7	9,6	10,6	
70	6,3	6,9	7,5	9,0	9,9	10,9	
71	6,5	7,0	7,7	9,2	10,1	11,1	
72	6,6	7,2	7,8	9,4	10,3	11,4	
73	6,8	7,4	8,0	9,6	10,6	11,7	
74	6,9	7,5	8,2	9,8	10,8	11,9	
75	7,1	7,7	8,4	10,0	11,0	12,2	
76	7,2	7,8	8,5	10,2	11,2	12,4	
77	7,4	8,0	8,7	10,4	11,5	12,6	
78	7,5	8,2	8,9	10,6	11,7	12,9	
79	7,7	8,3	9,1	10,8	11,9	13,1	
80	7,8	8,5	9,2	11,0	12,1	13,4	
81	8,0	8,7	9,4	11,3	12,4	13,7	
82	8,1	8,8	9,6	11,5	12,6	13,9	
83	8,3	9,0	9,8	11,8	12,9	14,2	
84	8,5	9,2	10,1	12,0	13,2	14,5	
85	8,7	9,4	10,3	12,3	13,5	14,9	
86	8,9	9,7	10,5	12,6	13,8	15,2	
87	9,1	9,9	10,7	12,8	14,1	15,5	
88	9,3	10,1	11,0	13,1	14,4	15,9	
89	9,5	10,3	11,2	13,4	14,7	16,2	
90	9,7	10,5	11,4	13,7	15,0	16,5	
Estatura (medido de pie)							
80	7,9	8,6	9,4	11,2	12,3	13,6	
81	8,1	8,8	9,6	11,4	12,6	13,9	
82	8,3	9,0	9,8	11,7	12,8	14,1	
83	8,5	9,2	10,0	11,9	13,1	14,5	
84	8,6	9,4	10,2	12,2	13,4	14,8	
85	8,8	9,6	10,4	12,5	13,7	15,1	
86	9,0	9,8	10,7	12,7	14,0	15,4	
87	9,2	10,0	10,9	13,0	14,3	15,8	
88	9,4	10,2	11,1	13,3	14,6	16,1	
89	9,6	10,4	11,4	13,6	14,9	16,4	
90	9,8	10,6	11,6	13,8	15,2	16,8	
91	10,0	10,9	11,8	14,1	15,5	17,1	
92	10,2	11,1	12,0	14,4	15,8	17,4	
93	10,4	11,3	12,3	14,7	16,1	17,8	
94	10,6	11,5	12,5	14,9	16,4	18,1	
95	10,8	11,7	12,7	15,2	16,7	18,5	
96	10,9	11,9	12,9	15,5	17,0	18,8	
97	11,1	12,1	13,2	15,8	17,4	19,2	
98	11,3	12,3	13,4	16,1	17,7	19,5	
99	11,5	12,5	13,7	16,4	18,0	19,9	
100	11,7	12,8	13,9	16,7	18,4	20,3	
101	12,0	13,0	14,2	17,0	18,7	20,7	
102	12,2	13,3	14,5	17,4	19,1	21,1	
103	12,4	13,5	14,7	17,7	19,5	21,6	
104	12,6	13,8	15,0	18,1	19,9	22,0	
105	12,9	14,0	15,3	18,4	20,3	22,5	
106	13,1	14,3	15,6	18,8	20,8	23,0	
107	13,4	14,6	15,9	19,2	21,2	23,5	
108	13,7	14,9	16,3	19,6	21,7	24,0	
109	13,9	15,2	16,6	20,0	22,1	24,5	
110	14,2	15,5	17,0	20,5	22,6	25,1	
111	14,5	15,8	17,3	20,9	23,1	25,7	
112	14,8	16,2	17,7	21,4	23,6	26,2	
113	15,1	16,5	18,0	21,8	24,2	26,8	
114	15,4	16,8	18,4	22,3	24,7	27,4	
115	15,7	17,2	18,8	22,8	25,2	28,1	
116	16,0	17,5	19,2	23,3	25,8	28,7	
117	16,3	17,8	19,6	23,8	26,3	29,3	
118	16,6	18,2	19,9	24,2	26,9	29,9	
119	16,9	18,5	20,3	24,7	27,4	30,6	
120	17,3	18,9	20,7	25,2	28,0	31,2	


Fuente: OMS 2006



Ministerio de Salud
Promoviendo un desarrollo saludable

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Instituto Nacional de Salud

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA TALLA

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

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

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

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

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

SIGNOS DE ALERTA:

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

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11765

© Ministerio de Salud
Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
Capac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú
Telf. 0051-1-471-9920 Fax 0051-1-471-0179
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Área de Normas Técnicas
Jr. Tizón y Bueno 276 Jesús María,
Teléfono 0051- 1- 460-0316.Fax 0051-1-4639617
Lima, Perú. 2007. 1ª Edición

Elaboración. Lic. Mariela Contreras Rojas

PESO PARA EDAD			TALLA PARA EDAD							
Desnutrición	NORMAL	Sobrepeso	EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud /estatura)						
				Baja Severa	Baja	NORMAL		Alta		
<-2DE	≥-2DE	≤ 2DE	> 2DE	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE
Longitud (medido echado)										
2,4	4,2	0: 0	43,6	45,4	47,3	51,0	52,9			
3,2	5,5	0: 1	47,8	49,8	51,7	55,6	57,6			
3,9	6,6	0: 2	51,0	53,0	55,0	59,1	61,1			
4,5	7,5	0: 3	53,5	55,6	57,7	61,9	64,0			
5,0	8,2	0: 4	55,6	57,8	59,9	64,3	66,4			
5,4	8,8	0: 5	57,4	59,6	61,8	66,2	68,5			
5,7	9,3	0: 6	58,9	61,2	63,5	68,0	70,3			
6,0	9,8	0: 7	60,3	62,7	65,0	69,6	71,9			
6,3	10,2	0: 8	61,7	64,0	66,4	71,1	73,5			
6,5	10,5	0: 9	62,9	65,3	67,7	72,6	75,0			
6,7	10,9	0: 10	64,1	66,5	69,0	73,9	76,4			
6,9	11,2	0: 11	65,2	67,7	70,3	75,3	77,8			
7,0	11,5	1: 0	66,3	68,9	71,4	76,6	79,2			
7,2	11,8	1: 1	67,3	70,0	72,6	77,8	80,5			
7,4	12,1	1: 2	68,3	71,0	73,7	79,1	81,7			
7,6	12,4	1: 3	69,3	72,0	74,8	80,2	83,0			
7,7	12,6	1: 4	70,2	73,0	75,8	81,4	84,2			
7,9	12,9	1: 5	71,1	74,0	76,8	82,5	85,4			
8,1	13,2	1: 6	72,0	74,9	77,8	83,6	86,5			
8,2	13,5	1: 7	72,8	75,8	78,8	84,7	87,6			
8,4	13,7	1: 8	73,7	76,7	79,7	85,7	88,7			
8,6	14,0	1: 9	74,5	77,5	80,6	86,7	89,8			
8,7	14,3	1: 10	75,2	78,4	81,5	87,7	90,8			
8,9	14,6	1: 11	76,0	79,2	82,3	88,7	91,9			
Estatura (medido de pie)										
9,0	14,8	2: 0	76,0	79,3	82,5	88,9	92,2			
9,2	15,1	2: 1	76,8	80,0	83,3	89,9	93,1			
9,4	15,4	2: 2	77,5	80,8	84,1	90,8	94,1			
9,5	15,7	2: 3	78,1	81,5	84,9	91,7	95,0			
9,7	16,0	2: 4	78,8	82,2	85,7	92,5	96,0			
9,8	16,2	2: 5	79,5	82,9	86,4	93,4	96,9			
10,0	16,5	2: 6	80,1	83,6	87,1	94,2	97,7			
10,1	16,8	2: 7	80,7	84,3	87,9	95,0	98,6			
10,3	17,1	2: 8	81,3	84,9	88,6	95,8	99,4			
10,4	17,3	2: 9	81,9	85,6	89,3	96,6	100,3			
10,5	17,6	2: 10	82,5	86,2	89,9	97,4	101,1			
10,7	17,9	2: 11	83,1	86,8	90,6	98,1	101,9			
10,8	18,1	3: 0	83,6	87,4	91,2	98,9	102,7			
10,9	18,4	3: 1	84,2	88,0	91,9	99,6	103,4			
11,1	18,7	3: 2	84,7	88,6	92,5	100,3	104,2			
11,2	19,0	3: 3	85,3	89,2	93,1	101,0	105,0			
11,3	19,2	3: 4	85,8	89,8	93,8	101,7	105,7			
11,5	19,5	3: 5	86,3	90,4	94,4	102,4	106,4			
11,6	19,8	3: 6	86,8	90,9	95,0	103,1	107,2			
11,7	20,1	3: 7	87,4	91,5	95,6	103,8	107,9			
11,8	20,4	3: 8	87,9	92,0	96,2	104,5	108,6			
12,0	20,7	3: 9	88,4	92,5	96,7	105,1	109,3			
12,1	20,9	3: 10	88,9	93,1	97,3	105,8	110,0			
12,2	21,2	3: 11	89,3	93,6	97,9	106,4	110,7			
12,3	21,5	4: 0	89,8	94,1	98,4	107,0	111,3			
12,4	21,8	4: 1	90,3	94,6	99,0	107,7	112,0			
12,6	22,1	4: 2	90,7	95,1	99,5	108,3	112,7			
12,7	22,4	4: 3	91,2	95,6	100,1	108,9	113,3			
12,8	22,6	4: 4	91,7	96,1	100,6	109,5	114,0			
12,9	22,9	4: 5	92,1	96,6	101,1	110,1	114,6			
13,0	23,2	4: 6	92,6	97,1	101,6	110,7	115,2			
13,2	23,5	4: 7	93,0	97,6	102,2	111,3	115,9			
13,3	23,8	4: 8	93,4	98,1	102,7	111,9	116,5			
13,4	24,1	4: 9	93,9	98,5	103,2	112,5	117,1			
13,5	24,4	4: 10	94,3	99,0	103,7	113,0	117,7			
13,6	24,6	4: 11	94,7	99,5	104,2	113,6	118,3			

TALLA para EDAD
Valores de talla correspondientes a la edad de la niña menor de 2 años (medido echado) y valores de estatura de la niña de 2 a 4 años (medido de pie)

PESO para TALLA
Valores de peso según longitud o estatura y la respectiva DE
Fuente: OMS 2006



Centro Nacional de Alimentación y Nutrición



Instituto Nacional de Salud

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTRÓPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA EDAD

TALLA PARA EDAD

Desnutrición	NORMAL	Sobrepeso	EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud /estatura)						
				Baja Severa	Baja	NORMAL		Alta		
<-2DE	≥-2DE	≤ 2DE	> 2DE	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE
PESO (kg)										
Estatura (medido de pie)										

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

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

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a - 2DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	Sobrepeso*

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
- Compare la longitud o talla de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Longitud o Talla:	Clasificación
< a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja severa
≥ a la talla correspondiente a -2 DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2 DE	Talla alta

DE: Desviación Estandar <: menor >: mayor ≥: mayor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre ≥ -2DE y < -1DE



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional

ANEXO N° 01

Señor, Dr. (a) Jair Fernando Saenz Soto

Nos dirigimos a ustedes, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, cuyo objetivo general es determinar la relación entre el uso de los multimicronutrientes con el estado nutricional de los niños (as) 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, por cuanto consideramos que sus observaciones y aportes serán de utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que se realizara, titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS (AS) DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED DEL CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA. 2018, cuyo objetivo es de presentarla como requisito para obtener el título de licenciados en Bromatología Y Nutrición Humana.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, en donde se pueden seleccionar una, varias o ninguna alternativa de acuerdo al criterio personal y profesional. Por otro parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo; su opinión constituirá un valioso aporte para esta investigación.

Gracias por su colaboración

Atte.:

Lenin Gustavo Aquino Torres.

Cinthia Prissila Isla Rengifo.

Bachilleres en Bromatología y Nutrición Humana

Iquitos 24 de abril del 2018



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



ANEXO N° 01

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION

NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Cuestionario sobre el uso de los multimicronutrientes en niños(a) de 6 a 36 meses de edad

OBJETIVO : Recolectar información sobre el conocimiento y consumo de los multimicronutrientes

DIRIGIDO A : Madres de la comunidad Panguana II zona

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

• Saenz Siños Jair Fernando - Pediatra

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE EL EXPERTO:

• Hospital III Esalud



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Instrucciones: Lee detenidamente los criterios a evaluar y escriba el porcentaje que usted considere como experto para cada uno de los criterios a evaluar.

El porcentaje para cada ítem es el siguiente:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (00 - 20%)	Regular (21 - 40%)	Buena (41 - 60%)	Muy Buena (61 - 80%)	Excelente (81 - 100%)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					85%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					89%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					90%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					90%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					95%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					95%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					95%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					90%
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación					95%
PROMEDIO DE VALIDACION						91.4%

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003) Tesis doctoral: Estrategias didácticas y nivel de información sobre Didáctica General, en Instituciones de formación docente de la Región Lima.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA




III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:91.4%.

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- (✓) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

9

Lugar y fecha: Hospital III - Corralud Ig: 24-04-2018


DR. JAIR FERNÁNDEZ SAENZ SIROS
C.M.E. N° 62575
PEDIATRA

R.N.E. 34287

Firma del Experto Informante.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional

Señor, Lic. Nutr. ...MARIO ANDRES ZAMBRANO BRAGEZ.....

Nos dirigimos a ustedes, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, cuyo objetivo general es determinar la relación entre el uso de los multimicronutrientes con el estado nutricional de los niños(as) 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, por cuanto consideramos que sus observaciones y aportes serán de utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que se realizará, titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS(AS) DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED DEL CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA. 2018, cuyo objetivo es de presentarla como requisito para obtener el título de licenciados en Bromatología Y Nutrición Humana.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, en donde se pueden seleccionar una, varias o ninguna alternativa de acuerdo al criterio personal y profesional. Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo; su opinión constituirá un valioso aporte para esta investigación.

Gracias por su colaboración

Atte.:

Lenin Gustavo Aquino Torres.

Cinthia Prissila Isla Rengifo.

Bachilleres en Bromatología y Nutrición Humana

Iquitos 24 de abril del 2018



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



ANEXO N° 01

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION

NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Cuestionario sobre el uso de los multimicronutrientes en niños(as) de 6 a 36 meses de edad

OBJETIVO : Recolectar información sobre el conocimiento y consumo de los multimicronutrientes

DIRIGIDO A : Madres de la comunidad Panguana II zona

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

- ZAMBRANO BRAÑEZ MARIO ANDRES

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE EL EXPERTO:

- HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Instrucciones: Lee detenidamente los criterios a evaluar y escriba el porcentaje que usted considere como experto para cada uno de los criterios a evaluar.

El porcentaje para cada ítem es el siguiente:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (00 - 20%)	Regular (21 - 40%)	Buena (41 - 60%)	Muy Buena (61 - 80%)	Excelente (81 - 100%)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					100
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					100
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					100
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					100
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					100
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					100
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					100
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					100
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					100
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación					100
PROMEDIO DE VALIDACION						100

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003) Tesis doctoral: Estrategias didácticas y nivel de información sobre Didáctica General, en Instituciones de formación docente de la Región Lima.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 100 %.

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- (.X.) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: IQUITOS, 24 DE ABRIL DEL 2018

Firma del Experto Informante.

MARIO ANDRÉS ZAMBRANO BRANA
LIC. EN NUTRICIÓN
CNP 4614



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional

Señor, Lic. Nutr. JOE FERNANDO GERONI MO. HUETE

Nos dirigimos a ustedes, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, cuyo objetivo general es determinar la relación entre el uso de los multimicronutrientes con el estado nutricional de los niños(as) 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, por cuanto consideramos que sus observaciones y aportes serán de utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que se realizará, titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS(AS) DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED DEL CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA. 2018, cuyo objetivo es de presentarla como requisito para obtener el título de licenciados en Bromatología Y Nutrición Humana.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de repuesta, en donde se pueden seleccionar una, varias o ninguna alternativa de acuerdo al criterio personal y profesional. Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo; su opinión constituirá un valioso aporte para esta investigación.

Gracias por su colaboración

Atte.:

Lenin Gustavo Aquino Torres.

Cinthia Prissila Isla Rengifo.

Bachilleres en Bromatología y Nutrición Humana

Iquitos 24 de abril del 2018



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



ANEXO N° 01

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION

NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Cuestionario sobre el uso de los multimicronutrientes en niños(as) de 6 a 36 meses de edad

OBJETIVO : Recolectar información sobre el conocimiento y consumo de los multimicronutrientes

DIRIGIDO A : Madres de la comunidad Panguana II zona

I. DATOS GENERALES:

9

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

- GERONIMO Huete, JOE FERNANDO

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE EL EXPERTO:

- ESSALUD



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Instrucciones: Lee detenidamente los criterios a evaluar y escriba el porcentaje que usted considere como experto para cada uno de los criterios a evaluar.

El porcentaje para cada ítem es el siguiente:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (00 - 20%)	Regular (21 - 40%)	Buena (41 - 60%)	Muy Buena (61 - 80%)	Excelente (81 - 100%)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					100
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					100
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					100
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					100
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					100
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					100
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					100
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					100
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					100
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación					100
PROMEDIO DE VALIDACION						100

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003) Tesis doctoral: Estrategias didácticas y nivel de información sobre Didáctica General, en Instituciones de formación docente de la Región Lima.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA




III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:¹⁰⁰.....%.

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X.) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: ⁹ IQUITOS , 24 DE ABRIL DEL 2018



Joe Fernando Geronimo Huete
LIC. NUTRICIÓN
CNP - 4220

Firma del Experto Informante.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional

Señor, Lic. Nutr. JEAN PIERRE CASTILLO ORTUUELO

.....

Nos dirigimos a ustedes, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, cuyo objetivo general es determinar la relación entre el uso de los multimicronutrientes con el estado nutricional de los niños(as) 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, por cuanto consideramos que sus observaciones y aportes serán de utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que se realizará, titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS(AS) DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED DEL CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA. 2018, cuyo objetivo es de presentarla como requisito para obtener el título de licenciados en Bromatología Y Nutrición Humana.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de repuesta, en donde se pueden seleccionar una, varias o ninguna alternativa de acuerdo al criterio personal y profesional. Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo; su opinión constituirá un valioso aporte para esta investigación.

Gracias por su colaboración

Atte.:

Lenin Gustavo Aquino Torres.

Cinthia Prissila Isla Rengifo.

Bachilleres en Bromatología y Nutrición Humana

Iquitos 25 de abril del 2018



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



ANEXO N° 01

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION

NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Cuestionario sobre el uso de los multimicronutrientes en niños(as) de 6 a 36 meses de edad

OBJETIVO : Recolectar información sobre el conocimiento y consumo de los multimicronutrientes

DIRIGIDO A : Madres de la comunidad Panguana II zona

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

• CASTELLO ORIHUELDO JEAN PIERRE

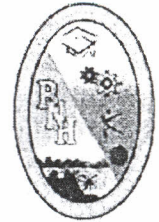
9

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE EL EXPERTO:

• HOSPITAL REGIONAL DE LORETO



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 100.....%.

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

() El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Iquitos, 25 de Abril del 2018

Firma del Experto Informante.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Instrucciones: Lee detenidamente los criterios a evaluar y escriba el porcentaje que usted considere como experto para cada uno de los criterios a evaluar.

El porcentaje para cada ítem es el siguiente:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (00 - 20%)	Regular (21 - 40%)	Buena (41 - 60%)	Muy Buena (61 - 80%)	Excelente (81 - 100%)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					100
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					100
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					100
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					100
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					100
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					100
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					100
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					100
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					100
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación					100
PROMEDIO DE VALIDACION						100

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003) Tesis doctoral: Estrategias didácticas y nivel de información sobre Didáctica General, en Instituciones de formación docente de la Región Lima.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional

Señor, Lic. Enfe. PRISCILA ROSA TORRES CARRIÓN.....

.....

Nos dirigimos a ustedes, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, cuyo objetivo general es determinar la relación entre el uso de los multimicronutrientes con el estado nutricional de los niños(as) 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II zona 2018, por cuanto consideramos que sus observaciones y aportes serán de utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que se realizará, titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS(AS) DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DEL CRED DEL CENTRO DE SALUD PANGUANA II ZONA. 2018, cuyo objetivo es de presentarla como requisito para obtener el título de licenciados en Bromatología Y Nutrición Humana.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, en donde se pueden seleccionar una, varias o ninguna alternativa de acuerdo al criterio personal y profesional. Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo; su opinión constituirá un valioso aporte para esta investigación.

Gracias por su colaboración

Atte.:

Lenin Gustavo Aquino Torres.

Cinthia Prissila Isla Rengifo.

Bachilleres en Bromatología y Nutrición Humana

Iquitos 25 de abril del 2018



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



ANEXO N° 01

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION

NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Cuestionario sobre el uso de los multimicronutrientes en niños(as) de 6 a 36 meses de edad

OBJETIVO : Recolectar información sobre el conocimiento y consumo de los multimicronutrientes

DIRIGIDO A : Madres de la comunidad Panguana II zona

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

• TORRES CARRIÓN, PRYSCILA ROSA

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE EL EXPERTO:

• HOSPITAL REGIONAL DE LORETO



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Instrucciones: Lee detenidamente los criterios a evaluar y escriba el porcentaje que usted considere como experto para cada uno de los criterios a evaluar.

El porcentaje para cada ítem es el siguiente:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (00 - 20%)	Regular (21 - 40%)	Buena (41 - 60%)	Muy Buena (61 - 80%)	Excelente (81 - 100%)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					100%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					100%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					100%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					100%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					100%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					100%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					100%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					100%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					100%
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación					100%
PROMEDIO DE VALIDACION						100%

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003) Tesis doctoral: Estrategias didácticas y nivel de información sobre Didáctica General, en Instituciones de formación docente de la Región Lima.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA



III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 100 %.

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- (X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
 (...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: IQUITOS, 25 De ABRIL DeL 2018

Priscila R. Torres Carrión

Lic. Enfermería

0000 0000 0000

Firma del Experto Informante.



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN
HUMANA
ANEXO N° 02



CONSOLIDADO DE INFORMES DE OPINION DE
EXPERTOS DEL INSTRUMENTO:

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.1. Nombre del Instrumento:

Cuestionario sobre el uso de los multimicronutrientes en niños(as) de 6 a 36 meses de edad.

1.2. Título de la Investigación:

Factores asociados al estado nutricional en niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio del CRED del centro de salud Panguana II zona. 2018

1.3 Autores del instrumento:

Bach. Lenin Gustavo Aquino Torres
Bach. Cinthia Prissila Isla Rengifo

II. ASPECTOS DE VALIDACION E INFORMANTES:

INDICADORES	CRITERIOS	Medico Ped.	Lic. Nutr.	Lic. Nutr.	Lic. Nutr.	Lic. Enf.	Promedio de % de puntuación por indicadores
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.	85	100	100	100	100	97%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.	89	100	100	100	100	97.8%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	90	100	100	100	100	98%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.	90	100	100	100	100	98%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad	90	100	100	100	100	98%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias	95	100	100	100	100	99%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos	95	100	100	100	100	99%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.	95	100	100	100	100	99%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico	90	100	100	100	100	98%
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación	95	100	100	100	100	99%
VALIDEZ TOTAL							98.3%

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003) Tesis doctoral: Estrategias didácticas y nivel de información sobre Didáctica General, en Instituciones de formación docente de la Región Lima.

III. VALIDEZ (% final del Instrumento) = 98.3%

IV. CONCLUSION FINAL DE LA EVALUACION

Validez: Elevada

Interpretación: De acuerdo a los instrumentos revisados por juicio de expertos se obtuvo una validez del 98.3% encontrándose dentro del intervalo del parámetro establecido; considerándose como validez elevada.

V. INSTRUCCIONES:

- La Validez viene a ser el % final del instrumento y se obtendrá de la siguiente manera:

$$\text{Validez} = \frac{\Sigma = DE \%}{\text{Total de items de expertos}}$$

EVALUACION DE LA VALIDEZ:

VALOR (%)	INTERPRETACION DE LA VALIDEZ
0-24	Muy Baja
25-49	Baja
50-69	Regular
70-80	Aceptable
90-100	Elevada