

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**“Factores que influyen en la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años de edad en el Consultorio 1. Centro de Salud N° 8. Año 2018.”**

**AUTORA**

**Lorena Patricia Muñoz Villacrés**

**Trabajo de Titulación**

**Previo a la obtención del título de:**

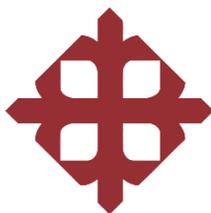
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TUTORA:**

**Dra. Niurka Ginorio Suárez**

**Guayaquil – Ecuador**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Dra. Lorena Patricia Muñoz Villacrés, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

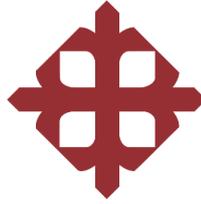
---

Dra. Niurka Ginorio Suárez

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

**YO, Lorena Patricia Muñoz Villacrés**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Investigación “Factores que influyen en la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años de edad en el Consultorio 1. Centro de salud N<sup>o</sup> 8. Año 2018.”, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

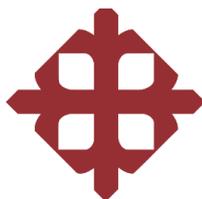
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**AUTORA:**

---

Dra. Lorena Patricia Muñoz Villacrés



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

**Yo, Lorena Patricia Muñoz Villacrés**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Factores que influyen en la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años de edad en el Consultorio 1. Centro de salud N<sup>o</sup> 8. Año 2018.” cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del 2018

**AUTORA:**

---

Dra. Lorena Patricia Muñoz Villacrés

## REPORTE URKUND



### Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS LORENA REVISION.doc (D45645339)  
Submitted: 12/12/2018 9:32:00 PM  
Submitted By: lore-patty-yolanda@hotmail.com  
Significance: 1 %

Sources included in the report:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400004)

Instances where selected sources appear:

2

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haber sido la guía de mi vida.

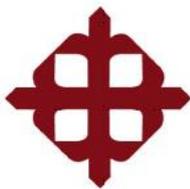
A mi madre Yolanda Villacrés que me dio la vida y supo inculcarme en mí, buenos valores que constituyeron los pilares fundamentales para llegar a esta etapa de mi vida.

A mi Esposo e Hijos que han sido mi compañía y me han dado el ánimo y el soporte necesario para culminar este posgrado.

A mis hermanos, familiares y amigos que me han dado aliento y que han contribuido para alcanzar esta nueva meta en mi vida.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo investigativo lo dedico a las personas que más amo en mi vida: A Dios que ilumina mi existencia. A mi Madre, ejemplo a seguir, que me crio con amor y paciencia. A mis Hijos que son el motor de mi vida, que me impulsan a caminar y a superarme. A mi Esposo compañero de mi vida al que amo y respeto.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. LANDÍVAR VARAS XAVIER**

DIRECTOR DE POSGRADO MFC

f. \_\_\_\_\_

**Dra. ARANDA CANOSA SANNY**

COORDINADORA DOCENTE

f. \_\_\_\_\_

**Dr. BATISTA PEREDA YUBEL**

OPONENETE

VIII

**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**II COHORTE**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

<b>TEMA:</b>	<b>“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MALNUTRICIÓN POR DEFECTO EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD EN EL CONSULTORIO 1. CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018.”</b>
<b>ALUMNO:</b>	<b>LORENA PATRICIA MUÑOZ VILLACRÉS</b>
<b>FECHA:</b>	

<b>N°</b>	<b>MIEMBROS DEL TRIBUNAL</b>	<b>FUNCIÓN</b>	<b>CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60</b>	<b>CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40</b>	<b>CALIFICACIÓN TOTAL /100</b>	<b>FIRMA</b>
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico,

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO  
MFC

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE

## TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN .....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:.....	III
AUTORIZACIÓN:.....	IV
REPORTE URKUND .....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN.....	IX
INDICE DE CONTENIDO.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
ÍNDICE DE ANEXOS .....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT .....	XV
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. EL PROBLEMA .....	5
2.1. IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO .....	5
2.2. FORMULACIÓN .....	5
3. OBJETIVOS .....	6
3.1. OBJETIVO GENERAL .....	6
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
4. MARCO TEÓRICO .....	7
4.1. CONTEXTO HISTÓRICO DE MALNUTRICIÓN .....	7
4.2. CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN .....	8
4.3. CLASIFICACIÓN DE MACRONUTRIENTES.....	10
4.4. CLASIFICACIÓN DE MICRONUTRIENTES.....	11
4.5. CONCEPTUALIZACIÓN DE MALNUTRICIÓN.....	12
4.6. CONCEPTUALIZACIÓN DE DESNUTRICIÓN CALÓRICA PROTEICA.....	14
4.7. FRECUENCIA DE CONSUMO DE COMIDAS.....	15
4.8. PESO.....	16
4.9. TALLA O LONGITUD:.....	17
4.10. ÍNDICE DE PESO - TALLA - EDAD.....	17
4.11. CLASIFICACIÓN DE LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR .....	19
4.12. FACTORES DE RIESGO DE NUTRICIÓN EN NIÑOS .....	20
4.12.1. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO.....	22
4.12.2. BAJO PESO AL NACER.....	25
4.12.3. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	26
4.12.4. ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS.....	27
4.12.5. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS .....	29
4.12.5.1. Dentro de los factores de riesgo asociados a las enfermedades respiratorias.....	29
4.12.6. ENFERMEDADES DIARREICAS .....	32
4.12.7. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.....	34
4.13. BASE LEGAL .....	35
4.13.1. LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR MANDA:.....	36

4.13.2.	LEY ORGÁNICA DE SALUD PÚBLICA .....	37
4.13.3.	CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.....	38
4.13.4.	ACUERDOS MINISTERIALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.....	38
5	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	39
6.	MÉTODOS .....	40
6.1	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	40
6.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
6.2.1	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO .....	40
6.2.2	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	41
6.2.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	42
6.2.4	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	42
6.3	VARIABLES .....	43
6.3.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	43
7.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	45
8.	CONCLUSIONES.....	59
9.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	60
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
11.	ANEXOS.....	68

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de los niños según edad y sexo. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018. ....	45
Tabla 2 Distribución de niños según la etnia y sexo. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018. ....	46
Tabla 3 Distribución de niños con malnutrición por defecto según estado nutricional y sexo. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018. ....	47
Tabla 4 Distribución de niños según estado nutricional y nivel de escolaridad de los padres. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018. ....	48
Tabla 5 Distribución de niños según estado nutricional y antecedentes de enfermedades diarreicas. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018.....	50
Tabla 6 Distribución de niños según estado nutricional y antecedentes de enfermedades respiratorias. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018...	51
Tabla 7 Distribución del estado nutricional de los niños según nivel socioeconómico. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018.....	52
Tabla 8 Distribución del estado nutricional de los niños según hábitos alimenticios. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018.....	53
Tabla 9 Distribución del estado nutricional de los niños según la frecuencia de consumo de alimentos. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018.....	54
Tabla 10 Distribución del estado nutricional de los niños según el peso al nacer. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018.....	55
Tabla 11 Distribución del estado nutricional de los niños según las semanas de gestación. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018.....	56
Tabla 12 Distribución de niños según estado nutricional y lactancia materna exclusiva. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018.....	57
Tabla 13 Distribución de niños según estado nutricional y lactancia con sucedáneos de leche materna. Consultorio 1 del Centro de salud N <sup>o</sup> 8. Año 2018.....	58

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado .....	68
Anexo 2 Modelo de encuesta .....	69
Anexo 3 Encuesta de estratificación socioeconómica .....	73
Anexo 4 Curva de crecimiento en los niños .....	77
Anexo 5 Curva de crecimiento en las niñas .....	79
Anexo 6 Declaración y Autorización.....	81
Anexo 7 Repositorio.....	82

## RESUMEN

**Antecedentes:** La malnutrición por defecto en los niños es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, constituye la principal causa de muerte y esto se debe a problemas por una mala alimentación. **Materiales y Métodos:** Investigación observacional, transversal, cuyo procesamiento fue recolectar información mediante encuesta elaborada por el autor, las características sociodemográficas, evaluación nutricional, antecedentes de enfermedades diarreicas y/o respiratorias a repetición, estos datos son llevados a una base de datos extendida en el programa estadístico SPSS en su versión 22 y los resultados obtenidos se presentan en tablas mediante números y porcentajes. **Resultados:** existe características sociales casi similares entre sexo masculino (43,22%) y femenino (56,78%), grupo de edad que predomina son los de 4 años (35,60%), etnia mestizos (83,90%), segundo nivel de educación (63,60%). El nivel socioeconómico medio típico (47,50%). Sin antecedentes de enfermedades respiratorias (64,40%) y/o diarreicas (93,20%). **Conclusión:** En el grupo de estudio predominan los niños de 4 años, del sexo femenino y grupo étnico mestizo. La prevalencia de malnutrición por defecto es elevada, con predominio en el sexo femenino. En la población infantil estudiada predomina el segundo nivel de escolaridad de los padres, el nivel socioeconómico medio típico, los hábitos alimentarios inadecuados y la lactancia con sucedáneos de la leche materna. Se identifica una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el peso al nacer.

**Palabras claves:** FACTORES DE RIESGO, NIVEL SOCIOECONÓMICO, MALNUTRICIÓN.

## ABSTRACT

**Background:** Malnutrition by default in children is one of the most serious public health problems of the XXI century, is the main cause of death and this is due to problems due to poor diet. **Materials and Methods:** Observational, cross research, whose processing was to collect information through a survey prepared by the author, sociodemographic characteristics, nutritional assessment, history of diarrheal diseases and / or respiratory repetition, these data are taken to an extended database in the statistical program SPSS in its version 22 and the results obtained are presented in tables with numbers and percentages. **Results:** there are almost similar social characteristics between male (43.22%) and female (56.78%), predominant age group are those of 4 years (35.60%), mestizo ethnic group (83.90%) , second level of education (63.60%). The typical average socioeconomic level (47.50%). No history of respiratory diseases (64.40%) and / or diarrheal diseases (93.20%). **Conclusion:** In the study group, 4-year-old boys, female and ethnic mestizo groups predominate. The prevalence of malnutrition by defect is high, with predominance in the female sex. In the studied child population the second level of schooling of the parents predominates, the typical socioeconomic level, the inadequate alimentary habits and the lactancia with substitutes of the maternal milk. A statistically significant relationship between nutritional status and birth weight is identified.

**Key words:** RISK FACTORS, SOCIOECONOMIC LEVEL, MALNUTRITION.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la nutrición es la ciencia responsable de estudiar y mantener el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macrosistémico, asegurando que todos los eventos fisiológicos se lleven a cabo correctamente, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades”.

(1) “El proceso macroscópico implica absorción, digestión, metabolismo y eliminación. Y el proceso molecular o de microsistema está relacionado con el equilibrio de factores tales como enzimas, vitaminas, minerales, aminoácidos, glucosa, mensajeros químicos, agentes bioquímicos y hormonas.” (2, 3)

La nutrición adecuada es muy importante para la infancia y la adolescencia. La desnutrición excesiva y desnutrida puede tener un impacto significativo a corto o largo plazo. También ocurre cuando está empezando a desarrollar hábitos alimenticios correctos en su infancia o cuando no puede permanecer en su vida. Después del tercer grado, los niños experimentan un desarrollo lento pero sostenido durante una etapa bastante larga que dura hasta el comienzo de la pubertad. Las necesidades nutricionales de este período cambian por igual según la tasa de crecimiento del individuo, la madurez del organismo, la actividad física, la capacidad de usar nutrientes del género y la ingesta. (4,5)

A nivel internacional existen más de 800 millones de personas afectadas con desnutrición. India es el país con mayor población de hambre y desnutrición (109,7 millones de personas) que China (150,8 millones) y Pakistán (39 millones). En cuarto lugar se encuentra Etiopía con 32,9 y en quinto Bangladesh con 26,2 millones, continua Haití, con más de la mitad de su población (51,8%); de igual manera Zambia, que también casi la mitad de su población presenta malnutrida (48,3%), seguido, no obstante, por Corea del Norte en un 40% (6).

El hambre y la desnutrición han sido erradicadas en América Latina en las últimas décadas. Sin embargo, la región suministra alimentos para alimentos, pero el 11,5%

de la población no tiene ingresos suficientes para cubrir los requisitos nutricionales mínimos, el 8% sufre de desnutrición, el 13,3% tiene desnutrición crónica menor de 5 años y el 3,7% padece enfermedades globales. (7).

La prevalencia de desnutrición a nivel de países sudamericano como Panamá (10,6%), representando el extremo superior de una nueva horquilla en cuyo otro extremo del 10% aparecen otros países de Latinoamérica como Ecuador (11,2%), Paraguay (11%), Uruguay (6,0%), Colombia (5,1%), Perú (4,5%) Bolivia (4,5%), Venezuela (3,7%), y Argentina (2,3%). (6)

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013, en Ecuador tres de cada 10 niñas y niños en edad escolar, alcanzan niveles de desnutrición causando esto una verdadera epidemia. A lo anterior se suman los problemas del déficit de micronutrientes. El hambre y la malnutrición son problemas importantes que pueden interrumpir la reproducción del círculo vicioso de la pobreza, ya que afectan directamente a la salud, la educación y la economía de las personas (8).

Estar al tanto de cuántos niños sufren de desnutrición en Ecuador depende de los datos según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2014, elaborada a base de datos del 2012. Donde se pudo evidenciar que la prevalencia en niños indígenas es del (42,3%), casi el doble que en mestizos (24,1%), que influye las condiciones socioeconómicas donde la prevalencia es mayor en niños pobres y pobreza extrema (31,3% y 45,5%). Sin embargo, el 47% de las niñas y niños desnutridos no son pobres (9).

A nivel de la provincia como en Chimborazo, con alta población indígena, la desnutrición alcanza un 44%, mientras el promedio nacional es de 48,8%. Bolívar en un 40,8% y Santa Elena 37,3%, siendo esta las provincias con más alto índice de desnutrición infantil en el país (10).

A nivel de Guayaquil, el 15% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición

crónica o retraso del crecimiento (edades menores). Dentro de los indicadores que más influyen y que a la vez son preocupantes de desnutrición crónica se encuentran los(as) hijos(as) de mujeres con bajo nivel de escolaridad (23%), con quintiles económicos más bajos (20%). Siendo en mayor grado desnutrición en varones (18%) que en mujeres (12%) (11).

La desnutrición es básicamente un estado multifacético en el que la deficiencia de energía es dominante y la dieta inadecuada en términos de cantidad y calidad no proporciona al cuerpo energía, proteínas y nutrientes específicos. Función normal, crecimiento y desarrollo (12). Los niños con desnutrición tienen altos índices de morbilidad y mortalidad. Estas afecciones se acompañan de trastornos inmunitarios que empeoran el pronóstico de las enfermedades subyacentes (13).

Es importante mencionar que como parte del esfuerzo internacional de la OMS para contribuir a fomentar la práctica de una alimentación saludable en la población, en 2012 durante la realización de la Asamblea Mundial de la Salud se aprobó el diseño de un plan integral para influir en la nutrición tanto de la madre como del lactante y/o el niño en edad temprana. Además de trazarse seis metas que deben ser cumplidas para el 2025, entre estas se encuentran “la reducción del retraso en el crecimiento, la emaciación y sobrepeso infantil, mejorando la lactancia materna, reduciendo la anemia y el bajo peso”. (14)

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 tiene entre sus objetivos asegurar el desarrollo infantil integral y los programas y servicios públicos de desarrollo infantil incluyen salud, alimentación saludable y nutritiva, educación inicial y estimulación adecuada. Así también lo establece el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en las actividades de promoción de la salud en la población infantil y la prevención de las enfermedades prevalentes, mostrando la estrategia de “Nutrición Acción Desnutrición Cero” enfocada a la nutrición de la población ecuatoriana (15).

Por lo que el Ecuador lleva el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) permitiendo mantener un conocimiento actualizado al respecto. Este

sistema en nuestro país ha estado en uso desde 2008 para ayudar a desarrollar programas y planes de intervención para evaluar el estado nutricional y prevenir la nutrición y la desnutrición utilizando indicadores antropométricos. La disponibilidad de alimentos con otros que miden las características del consumo de alimentos a través de una encuesta que determina la cultura y los hábitos alimenticios de la población en sección transversal (16,17).

En el Ecuador la principal causa de muerte se debe a problemas por una mala alimentación; por lo que la autora decidió realizar este estudio para conocer el estado nutricional de los pre-escolares, relacionados con alteraciones en la conducta alimentaria, de distintos niveles de gravedad, y que también debemos enfrentar desde la mirada de la promoción de la salud y de la prevención en grupos de riesgo del consultorio 1 (17).

Al igual que en otros países de la región, Ecuador está experimentando una transformación epidemiológica y nutricional, un fenómeno conocido como la doble carga de la malnutrición, causada por la coexistencia de problemas nutricionales causados por la deficiencia y la pesca excesiva. (18).

La doble carga de la malnutrición se produce a nivel del hogar donde las madres con sobrepeso u obesas con hijos menores de 5 años o menores de 5 años sufren retrasos en la estatura. Por lo que desde hace algunos años se viene trabajando en varias estrategias y servicios dirigidos a la ciudadanía que tienen como objetivo principal el fomentar adecuadas prácticas de lactancia materna y asegurar la alimentación saludable (18).

## **2. EL PROBLEMA**

### **2.1. Identificación, Valoración y Planteamiento**

El estado nutricional en condiciones normales es el resultado de un equilibrio entre el alimento que se consume y el alimento requerido, y está determinado por la calidad y cantidad de alimentos consumidos y el uso pleno del cuerpo (19).

El estado nutricional en la población infantil es un problema de salud en los países en vía de desarrollo (20). Debido a un rápido crecimiento que ocurre en la niñez y la mala alimentación de causa multifactorial. Por lo que existen muchos componentes relacionados con él en esa etapa de la vida; que ayudan a favorecer la desnutrición o la obesidad indistintamente (21).

Diversos comportamientos en el sector salud, la creación de un mayor conocimiento científico nacional en las áreas prioritarias y la mejora de las condiciones de saneamiento ambiental con otros, han permitido disminuir la desnutrición infantil y la prevalencia de las enfermedades infecciosas. Por lo que se hace necesario conocer cuáles son los factores que influyen en la malnutrición de los niños de 1 a 4 años de edad de la población del consultorio 1 en el centro de salud N<sup>o</sup>8.

### **2.2. Formulación**

¿Cuáles son los factores que influyen en la malnutrición por defecto en los niños de 1 a 4 años del consultorio 1 centro de salud N<sup>o</sup>8. Año 2018?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Asociar los principales factores que influyen en la malnutrición por defecto de niños de 1 a 4 años de edad en el consultorio 1 del centro de salud N° 8. Año 2018.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- ❖ Caracterizar los niños de la población en estudio según variables sociodemográficas.
- ❖ Determinar los niños con malnutrición por defecto en el grupo de 1 a 4 años del consultorio 1.
- ❖ Identificar los factores de riesgo presentes en la población de estudio.
- ❖ Determinar la posible asociación entre los factores de riesgo y la malnutrición por defecto en los niños de 1 a 4 años en la población en estudio.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Contexto histórico de Malnutrición**

La malnutrición es una de las enfermedades más difundidas a nivel mundial, en ella influyen las desigualdades económicas y sociales de una localidad. Aunque esta enfermedad ha acompañado al hombre a través de la historia, la forma de evaluarla ha evolucionado en otros tiempos. Conceptualmente, siempre hay dos aspectos de la desnutrición y la sobrealimentación (sobrepeso y obesidad) en todo momento. La desnutrición ha sido durante mucho tiempo un sinónimo de malnutrición, ya que la desnutrición es el caso más frecuente y el indicio más grave de cualquier posible acontecimiento (22).

La palabra desnutrición está formada con raíces latinas y significa “acción y efecto de no consumir alimentos”. Sus componentes léxicos son: el prefijo des (alejamiento, separación múltiple), nitrire (alimentar), más el sufijo ción (acción y efecto) (23).

Durante la primera mitad del siglo XX, ya existen los problemas nutricionales; donde la atención se centró en los graves síndromes clínicos asociados a las deficiencias vitamínicas. Cuando prevalecieron las enfermedades por deficiencia, comprendí la importancia del estado general y su papel como factor predisponente para problemas como el kwashiorkor, el marasmo, o infecciones de diversa naturaleza, además de su influencia en el desarrollo funcional de la población (24,25). Los problemas de subalimentación empezaron a situarse en primer lugar en conjunto con las elevadas tasas de mortalidad infantil, al mismo tiempo que se empezó a visualizar con mayor claridad la malnutrición y la desnutrición sobre el desarrollo socioeconómico (26).

La percepción del hambre y la malnutrición que afecta a una parte importante de la población mundial en el ámbito de la salud internacional se ha relacionado con la crisis alimentaria en la Primera Guerra Mundial, así como con la Comisión de Salud de la Unión Internacional sobre Nutrición Inestable en Muchos Países Desarrollados, Eventos de la Segunda Guerra Mundial en la década de 1930 (26,27). La aplicación del método epidemiológico a los problemas que interesaban a la higiene de la

nutrición, permitió generar nuevas ideas y conceptos en torno al problema del hambre y la desnutrición (28).

## **4.2. Conceptualización general alimentación y nutrición**

La nutrición es una serie de procesos que utilizan, transforman e integran un conjunto de productos químicos en la estructura del cuerpo que forma parte de los alimentos que recibe del mundo exterior y elimina los productos de transformación de las mismas, con objeto de cumplir las siguientes finalidades: suministrar energía, construir y reparar estructuras orgánicas y convertir los alimentos en nutrientes. Son nutrientes, oxígeno y agua, y elementos necesarios para el mantenimiento de la existencia aeróbica. Tanto células individuales como multicelulares (29).

La nutrición es un proceso biológico en el que las criaturas asimilan los alimentos y bebidas necesarios para funcionar, crecer y mantener funciones esenciales. La nutrición también es un estudio de las relaciones que existen entre los alimentos, la salud y especialmente las decisiones sobre la dieta (30).

“Los nutrientes son esenciales para el metabolismo de la vida”. (31)

“La comida es acción y efecto que alimenta y alimenta. Es el proceso mediante el cual una persona viva consume una variedad de alimentos para obtener los nutrientes necesarios para sobrevivir y realizar todas las actividades necesarias en la vida diaria” (31).

La alimentación y la nutrición son piezas esenciales y el paso primordial para lograr un desarrollo del capital humano y de la reducción de la pobreza. Son fundamentales para el aprendizaje, el cuidado de la salud y la estimulación psicosocial y aplicadas previamente previenen la desnutrición y su efecto destructor sobre la capacidad intelectual de los individuos (29).

“Los alimentos son sustancias naturales o transformadas que aptas para ser ingeridas proporcionan nutrientes a los seres vivos”. (31)

“Los requerimientos es la cantidad de un nutriente necesaria para mantener a un individuo en un estado de buena salud”. (31)

La contribución dietética recomendada de un nutriente en particular es la cantidad de nutriente que se estima satisface las necesidades de la población más saludable de la población (31).

Es importante precisar que “la buena alimentación ha de formar parte de los estilos de vida saludables desde el nacimiento, los efectos beneficiosos de una alimentación adecuada se obtienen tanto a corto como a largo plazo previniendo o mejorando los cambios naturales debidos a la edad y las enfermedades más frecuentes que aparecen con el paso de los años”. (32)

El perfil epidemiológico de las enfermedades del Ecuador ha cambiado notoriamente en las últimas décadas. Diversas acciones en el sector de la salud, la creación de conocimientos científicos nacionales en áreas prioritarias y la mejora del estado de saneamiento ambiental han permitido erradicar la desnutrición infantil y reducir las epidemias epidémicas (33). El estado nutricional en estado estable se determina por la calidad y cantidad de alimentos consumidos y la utilización completa del cuerpo como resultado del equilibrio entre los alimentos que se consumen y los alimentos requeridos (34,35).

Esta interacción puede estar influida por varios factores, desde los genéticos que establecen en gran medida la estructura metabólica de la persona, hasta factores propios del entorno, así como de índole social (31).

Los nutrientes se clasifican en “Macronutrientes” (Carbohidratos, lípidos y proteínas) aquellos que se encuentran en mayor proporción en los alimentos; que constituye el principal aporte alimenticio y se utiliza como fuente de energía, y “Micronutrientes” (minerales y vitaminas) que se encuentran en concentraciones mucho menores en los alimentos, no son utilizados como fuente de energía y son compuestos orgánicos e inorgánicos (31).

### **4.3. Clasificación de Macronutrientes**

#### **Carbohidratos.-**

Los carbohidratos constituye la principal fuente de energía en la dieta humana, son los que proporcionan al organismo energía, indispensable para el funcionamiento y desarrollo de las actividades diarias, la que está representada por los polisacáridos: almidón y derivados de los cereales, sacarosa y otros azúcares (granos, cereales, papa, pan, yuca, plátano, azúcar, miel, etcétera); como por ejemplo: caminar, trabajar y estudiar (36).

#### **Lípidos.-**

Los lípidos representan la segunda fuente energética de la alimentación y a la vez son las principales reservas energéticas del organismo (son una fuente concentrada de energía), son constituyentes de la pared celular, ayudan a la formación de hormonas y membranas, útiles para la absorción de las vitaminas liposolubles se almacenan en forma de tejido adiposo y sirve de vehículos. Las grasas pueden ser de origen:

- ❖ Animal como la manteca de cerdo, crema, mantequilla, etcétera.
- ❖ Vegetal: aceites y margarina

#### **Proteínas.-**

Constituye el elemento esencial en la formación estructural de la célula, sobre todo, en los periodos de rápido crecimiento, por ejemplo: músculos, cabello, piel y uñas, entre otros. Las proteínas pueden ser de origen:

- ❖ Animal: entre ellas están todo tipo de carnes, leche y huevos.
- ❖ Vegetal: frijoles, soya, así como las mezclas de harinas (Incaparina y otras similares).

## 4.4. Clasificación de Micronutrientes

### Minerales.-

Los minerales al igual que las vitaminas se necesitan en pequeñas cantidades; constituyen nutrientes esenciales que realizan importantes funciones en el organismo y forman parte estructural de muchos tejidos, particularmente, el óseo y el dentario, de moléculas complejas como la hemoglobina y la tiroxina y parte esencial de mataloenzimas, como la fosfatasa alcalina y la anhidrasa carbónica. Los minerales también existen en cantidades mínimas en muchos alimentos, especialmente de origen animal (36)

### Vitaminas.-

Las vitaminas son compuestos orgánicos de bajo peso molecular que tiene caracteres esenciales; no se puede sintetizar por el hombre, lo cual requiere su suministro obligatorio a través de la dieta y a la vez sirven como coenzimas y cofactores de reacciones del metabolismo animal (Ayudan a regular las diferentes funciones del organismo), por lo que son indispensable en la vida del individuo. Las vitaminas en pequeñas cantidades se encuentran en casi todos los alimentos, principalmente en frutas, hierbas, verduras y productos de origen animal (37).

Las vitaminas se clasifican en:

- ❖ Vitaminas Liposolubles: las cuatro vitaminas liposolubles son la A, D, E, y K, no poseen propiedad o estructura química común, salvo que son solubles en grasas y disolventes de grasas, su absorción se lleva a cabo en el intestino delgado, sigue la misma vía que las grasas. Por lo tanto, cualquier condición que cambia la absorción de las grasas, también cambia la absorción de estas vitaminas.
- ❖ Vitaminas Hidrosolubles: son aquellas que son solubles en agua entre estas se encuentran la vitamina C y las del grupo B. Pueden identificarse como vitamina C o ácido ascórbico, vitamina B o Tiamina, Vitamina B2 o

Rivoflavina, ácido pantoténico, vitamina B6 o Piridoxina y vitamina B12 o Cianocobalamina.

#### **4.5. Conceptualización de Malnutrición**

“Cuando se establece un desequilibrio por no corresponderse las necesidades y los aportes de energía y nutrientes al organismo, evitar que estas funciones se realicen está garantizado de manera óptima. Se dice que hay un estado de mala nutrición, la desnutrición conduce al deterioro de la salud y, en consecuencia, a una disminución de la salud física, mental o de ambos, y también a una disminución en la cantidad y calidad de la vida útil de una persona”. (38)

El término "desnutrición" significa cambiar las etapas de la nutrición como un defecto / deficiencia que conduce a la desnutrición.; como por exceso o hipernutrición que trae consigo la obesidad. Es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes (38,39).

En la práctica clínica, este término también se usa para referirse a situaciones de malnutrición, que incluyen una amplia gama de formas clínicas, que son causadas por la intensidad y la duración de la deficiencia, la edad del sujeto y la causa de su aparición. Sin embargo, hoy en día, cuando la desnutrición se conoce como desnutrición debido a la escasez de desnutrición, y la obesidad se conoce como desnutrición debido a un exceso (38,39).

Puede deberse a muchas circunstancias de las cuales se puede mencionar algunas: ingesta incorrecta e insuficiente, deficiente absorción de los alimentos, aportes insuficientes, malos hábitos dietéticos, desinterés por los alimentos, factores emocionales, determinadas alteraciones metabólicas, estrés y algunas enfermedades (38).

Según la OMS, " la desnutrición es un agotamiento o agotamiento patológico y / o hinchazón de los alimentos, y también incluye deficiencias de micronutrientes y retraso del crecimiento". (40)

Existen 2 formas de mala nutrición:

- ❖ cuando el desequilibrio implica un balance nutricional negativo (de energía o nutrientes, o ambos) se habla de la nutrición por defecto; los aportes son inferiores a las necesidades (defecto).
- ❖ Cuando el desequilibrio lleva a un balance nutricional positivo se definen estos trastornos como mala nutrición por exceso (los aportes nutrientes son superiores a las necesidades).

Los desequilibrios nutricionales, tanto por defecto como por exceso pueden ser de tres tipos: cuantitativa cuando conduce fundamentalmente a un desbalance energético, cualitativos o específicos cuando implica desequilibrio circunscritos a nutrientes en particular y mixto cuando se combina las dos (40).

Los principales trastornos nutricionales:

- ❖ Por defecto.- está el raquitismo nutricional, avitaminosis A, pelagra, anemia ferripriva, escorbuto, arriboflavinosis, desnutrición proteico energética.
- ❖ Por exceso.- Obesidad exógena, intoxicación por vitamina A, hemocromatosis, siderosis, intoxicación por vitamina D.

Según su causa, la mala nutrición se clasifica en:

- ❖ primaria si es determinada por factores ajenos a individuo (social, cultural, económico político climático y otros).
- ❖ Secundaria si su origen es una condición o enfermedad del sujeto.
- ❖ Mixta se asocia a factores primarios y secundarios en el mismo individuo,

La malnutrición, en cualquier de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. En la actualidad, el mundo se considera a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva, particularmente en los países en desarrollo (40).

#### **4.6. Conceptualización de desnutrición calórica proteica**

“La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), falta de atención adecuada y aparición de enfermedades infecciosas. Hay otras causas subyacentes detrás de estas causas inmediatas, como la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención médica, el uso de sistemas de suministro de agua y saneamiento insalubres, bajos recursos económicos, y la falta de conocimiento de los padres en el cuidado y alimentación de sus hijos.” (41)

En ocasiones la desnutrición también se produce por afecciones en las cuales el individuo no recibe o es incapaz de utilizar una cantidad adecuada de calorías y nutrientes para el funcionamiento del cuerpo (41).

“El índice de desnutrición se comprueba mediante la exploración directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas hinchadas; y a la vez midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia de acuerdo a normas del Ministerio de Salud Pública”. (42)

El síndrome de desnutrición proteica calórica se origina como consecuencia de un aporte deficiente de energía y de nutrientes esenciales para la formación, mantenimiento y la reposición de tejidos en el organismo. Este aporte insuficiente puede deberse a: (42)

- ❖ Causas primaria: aporte dietético deficiente (factores socioculturales, económicos y ecológicos).
- ❖ Causa secundarias: circunstancia que impide la adecuada utilización de los nutrientes por la célula.
  - Absorción defectuosa nutrientes (enfermedades celíacas, afecciones parasitarias intestinales, varios síndrome diarreicos crónicos).

- Incremento de las necesidades de energía y nutrientes (SIDA, tuberculosis, enfermedad maligna, hipertiroidismo).
- Pérdida exagerada de nutrientes (Nefrosis, enteropatías exudativas).
- Trastornos en la adecuada utilización de nutrientes al nivel celular (Cardiopatías, Neumopatías, Diabetes Mellitus).

La malnutrición calórica proteica grave la podemos clasificar de la siguiente manera (29,37):

- ❖ Marasmo o Desnutrición calórica: desnutrición crónica por déficit/pérdida prolongada de energía y nutrientes. Existe importante disminución de peso por pérdida de tejido adiposo (mejillas hundidas y arrugas “cara de viejo”), en menor cuantía de masa muscular y sin alteración significativa de las proteínas viscerales, ni edemas, se da en los niños de 6 a 18 meses de edad coincidiendo con la insuficiencia de la lactancia materna.
- ❖ Kwashiorkor o Desnutrición proteica: debido a la disminución de la ingesta de proteínas o al aumento de la demanda de infecciones graves, politraumatismo y cirugía mayor. El panículo graso se conserva, la pérdida es principalmente de proteínas, principalmente visceral, suele dar entre 18 meses y los 5 años.
- ❖ Desnutrición mixta: o proteínas serias - calorías o Kwashiorkor - marasmáticas. Reduce la masa muscular, el tejido graso y la proteína visceral. Aparece en pacientes con un malécomos de malnutrición crónica previo (debido a una enfermedad crónica), que representa varios tipos de procesos agudos que causan estrés (cirugía, infección).

#### **4.7. Frecuencia de consumo de comidas**

La nutrición adecuada durante los primeros dos años de vida es necesaria para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. A su vez, los patrones nutricionales

aprendidos en estos años proporcionan la base para la formación de hábitos alimenticios en las últimas etapas de la vida de una persona. Dado el rápido crecimiento de los niños, lo que conduce a necesidades nutricionales elevadas, combinado con un volumen de consumo de capacidad limitado, esta etapa en sí misma tiene una alta vulnerabilidad nutricional (37).

Varias son las causas que en forma directa e indirecta contribuyen a la existencia de los problemas nutricionales. Entre estas se pueden indicar, como causas directas, el consumo de una dieta inadecuada y la presencia de infecciones que interfieren con la utilización adecuada de los nutrientes. Las causas indirectas están relacionadas estrechamente con el índice de pobreza e incluyen la insuficiente disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad, inequidad en el acceso a los alimentos, conductas desfavorables de los miembros de la familia, en particular los cuidados, las cuales redundan en prácticas inadecuadas de alimentación, de salud, falta de información y educación pertinentes (37).

Dado que la adecuación de la alimentación a las necesidades del individuo en esta etapa inicial es crítica, las intervenciones tempranas y oportunas merecen especial atención y sirven para prevenir secuelas a futuro. Como consecuencia, los resultados positivos de la atención a las necesidades nutricionales de los niños no sólo tendrá impacto en el presente inmediato sino también a largo plazo al promover generaciones de adultos sanos (37).

#### **4.8. Peso**

Indicador de la masa y volumen corporales, es la medida antropométrica más usada y útil en la práctica pediátrica como parámetro de control de salud y progreso del niño. Tiene el inconveniente de ser poco precisa, variando según el intervalo que media con las ingestas y excretas, así como el grado de hidratación y la existencia de masas o colecciones líquidas anormales, de forma que, en algunas ocasiones, la pérdida de masa muscular puede quedar enmascarada por el acúmulo de líquido extracelular en forma de edemas que mantienen el peso (29).

Indica aumento de tejido graso, magro, hueso, agua y vísceras, como expresión del

ingreso calórico y, por tanto, no discrimina los distintos compartimentos corporales y tampoco valora la distribución de la grasa. Presenta valores distintos en función de la etnia, la cultura y la sociedad, y depende fundamentalmente del sexo y la talla. Su interpretación, para la evaluación del estado de nutrición, precisa relacionarla con otras magnitudes como talla o proporción relativa de tejidos graso y magro. Tanto el peso como la talla son índices estáticos de valor limitado. Sólo si se efectúa el seguimiento del desarrollo pondoestatural de un niño es factible advertir las variaciones fisiológicas y patológicas a corto plazo (29).

#### **4.9. Talla o longitud:**

Constituye la medida lineal básica y refleja el crecimiento esquelético. Esto tiene validez en la comparación de grupos de población o en el seguimiento a largo plazo, ya que en el niño sano el canal percentilar de talla con relación a la media está condicionado fundamentalmente por el patrón genético heredado, manteniéndose en general en el mismo a lo largo de todo su periodo de crecimiento, siempre que no haya alteraciones ambientales u orgánicas que comprometan el normal proceso de nutrición. Asimismo, la velocidad de incremento de la talla se inhibe 4 meses después de que lo haga la velocidad de incremento de peso manifestando, por tanto, malnutrición crónica. Si bien la malnutrición retarda el crecimiento, la sobre nutrición lo acelera y así, en niños obesos, se observa una aceleración en la talla y la maduración (29).

#### **4.10. Índice de peso - talla - edad**

##### **Índices ponderales.**

Relacionan el peso con alguna potencia de altura. Son un método sencillo, rápido y económico, para reflejar el estado nutricional y el grado de obesidad. El problema que se plantea es elegir cuál de todos los índices existentes refleja mejor su objetivo, que no es otro que señalar el exceso o déficit de peso, independientemente de la altura. En general, el índice de Quetelet índice de masa corporal (IMC) es considerado el más recomendable, si bien se pueden observar cambios en el porcentaje de masa grasa con un IMC constante (29).

El IMC es el cociente resultante de dividir el peso, expresado en kilogramos, por la altura, expresada en metros y elevada al cuadrado. Si bien, al igual que todas las medidas que incluyen peso, no discrimina los distintos compartimentos, diversos estudios han demostrado que el IMC tiene una considerable correlación con la adiposidad en los niños, lo que lo convierte en un índice adecuado de adiposidad para su utilización en pediatría (29).

Aunque las limitaciones del IMC han sido discutidas ampliamente, parece ser útil en adultos y niños; además, el hecho de usar un índice simple a lo largo de toda la vida parece suficiente para justificar el IMC como un indicador de la grasa en todas las edades. El depósito de masa grasa guarda relación con la edad, aumentando progresivamente desde el nacimiento (13%) hasta el final del primer año (28%), disminuye en la edad preescolar y aumenta de nuevo en la edad escolar hasta el adulto.(29)

### **Índices antropométricos**

El déficit de peso para la talla, también llamado desnutrición aguda, consiste en la disminución de masa corporal, inicialmente a expensas de tejido graso pero que puede afectar incluso la masa muscular. Por consecuencia de un episodio agudo o crónico de enfermedades infecciosas, por lo tanto el punto cae por debajo de la curva -3 DE según el sexo (43).

El déficit de talla para la edad, también llamado desnutrición crónica, consiste en un menor crecimiento lineal. Por depender del desarrollo de los huesos largos, tiene una dinámica menos flexible que el peso para la talla por lo que el punto cae por debajo de la curva -2 DE según el sexo (43).

El déficit de peso para la edad, también denominado desnutrición global, es una combinación de los dos anteriores. Por haber sido el primero en contar con tablas de referencia, fue muy usado en las primeras cartillas para evaluar el estado nutricional infantil. No se recomienda su uso como único método de evaluación, ya que niños con déficit en talla pueden ser calificados como normales por contar con una masa corporal que les permite alcanzar el peso esperado para su edad (43).

#### 4.11. Clasificación de la desviación estándar

Escalas de percentiles: Son los más usados para la clínica en su versión gráfica. Permiten situar u ordenar al niño dentro del grupo de referencia, es decir, indican la proporción de la población en la que la medida a la misma edad es mayor o menor a la del sujeto. Aunque las posiciones próximas a la media es más probable que sean normales y las posiciones de los percentiles extremos es más probable que sean anormales, hay otros factores a tener en cuenta.

Clasificación de interpretación de indicadores

<b>Desviaciones estándar</b>	<b>Peso para longitud o talla</b>	<b>Peso para la edad</b>	<b>Longitud o talla para la edad</b>	<b>Perímetro cefálico para la edad</b>
Por encima de 3	Obesidad			Macrocefalia
Por encima de 2 de + 2.01 a +3	Sobrepeso			
Por encima de 1 de + 1.01 a +2	Riesgo de sobrepeso			Rango normal
0 (mediana) de +1 a +1.0	Rango normal	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -1 de -1.01 a -2	Rango normal	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -2 de -2.01 a -3	Desnutrición aguda moderada	Peso bajo	Desnutrición crónica o talla baja	Microcefalia
Por debajo de -3	Desnutrición aguda severa	Peso bajo severo	Desnutrición severa o talla severa	

Fuente: AEIPI 2017

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) permite mantener un conocimiento actualizado al respecto. Este sistema en nuestro país está implantado desde el año 2008, con el objetivo de contribuir a la planificación de programas e intervenciones dirigidas al mejoramiento de la alimentación y a evitar la malnutrición, así como evaluar el estado nutricional, mediante indicadores antropométricos. Y otros que miden características del consumo alimentario a través de encuestas, que en cortes transversales determinan la cultura y los hábitos alimentarios de la población, así como también la disponibilidad de alimentos (35).

#### **4.12. Factores de riesgo de nutrición en niños**

Aunque normalmente se menciona a la pobreza como la causa principal de la malnutrición; existen otras causas tan importante, como la no lactancia materna exclusiva, los precios de los alimentos, y la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, la edad de la madre, el número de hijos que ella tiene, los malos hábitos higiénicos en los alimentos; la falta de atención en una consulta para llevar un buen control a la alimentación, y también la falta de interés de suministrar buena alimentación hacia el niño (37).

Otro factor importante que favorece al problema de desnutrición infantil, es la educación y costumbres alimenticias que se brindan en los hogares; se fomenta el consumo de productos “chatarra” como alimentos normales, supliendo a los alimentos recomendados como pueden ser frutas y verduras (37).

Los factores de riesgo de nutrición en niños pequeños están relacionados con el individuo, los padres o cuidadores, el médico familiar y el medio ambiente (37).

❖ Factores relacionados con el individuo:

- Orden al nacer
- Bajo peso (menos de 2.500 g)
- Gemelaridad.
- No lactancia materna o destete precoz.

- Malformaciones congénitas.
- Infecciones a repetición durante los primeros meses de vida (respiratorias, urinarias, parasitarias o diarreicas).
- Crecimiento inadecuado durante el primer semestre de vida.
- Edad gestacional al momento del parto
  
- ❖ Factores relacionados con los padres
  
- Edad de la madre.
- Ganancia inadecuada de peso durante el embarazo.
- Periodos intergenésico menor de 2 años.
- Escolaridad de los padres.
- Estado civil de la madre.
  
- ❖ Factores relacionados con el medio familiar
  
- Hacinamiento.
- Actitudes antisociales dentro del núcleo familiar.
- Situación socioeconómica.
- Muerte o desnutrición de otros hermanos o familiares.
- Malas condiciones de la vivienda.
- Condiciones higienicosanitarias.
  
- ❖ Factores relacionadas con el medio ambiente en general:
  
- Geograficoclimatico.
- Educacionales
- Analfabetismo
- Medico sanitario
- Socioculturales
- Alta prevalencia de infecciones

#### **4.12.1. Edad gestacional al momento del parto**

El embarazo es el período evolutivo durante el cual el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Durante este período acontecen diversos cambios anatómicos y fisiológicos a distintos aparatos y sistemas (44).

Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado (44).

El embarazo de riesgo es cuando hay la certeza o mayor probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales relacionadas con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias (44).

Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo (45).

Entre las afecciones que afligen a la mujer antes del embarazo que con mayor frecuencia se ven son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades de transmisión sexual y el sobrepeso u obesidad; las que afectan con mayor frecuencia durante el embarazo son las infecciones, pre-eclampsia, diabetes gestacional, anemia, desprendimiento placentario, hiperémesis gravídica, entre otras (45).

Las embarazadas pueden presentar riesgos relacionados con la edad, falta de controles prenatales que tenga durante el mismo, complicaciones de salud de la madre, nutrición de la madre, problemas por consumo de alcohol, tabaco y droga, socioeconómicos, y violencia intrafamiliar (46).

Por lo antes mencionado cada una de estas afecciones y riesgos se los debe de agrupar de la siguiente manera (47):

- ❖ Riesgo bajo: Anomalías pelvianas, Cardiopatías, Condiciones socioeconómicas desfavorables, Controles insuficientes de las gestantes, Edad extremas, Embarazo no deseado, Fumadora habitual, FUM incierta,

Gestante RH negativo.

- ❖ Riesgo alto: Anemia Grave, Cirugía uterina previa, Diabetes gestacional, Embarazo gemelar, Embarazo prolongado, Endocrinopatías, Hemorragias 2do y 3er trimestre, Preeclampsia leve.
- ❖ Riesgo muy alto: Amenaza de parto prematuro, Drogadicción y alcoholismo, Gestación múltiple (3 o más), Incompetencia cervical, Malformación fetal confirmada, Muerte perinatal recurrente, Placenta previa y Retardo del crecimiento intrauterino.

La etiología del parto prematuro está poco establecida; este encierra un amplio conjunto de factores vinculados entre sí, orienta hacia la explicación multicausal. Intervienen factores socio ambientales, genéticos y biológicos, basados en eventos fisiopatológicos, tales como: infección-inflamación, distensión uterina y trastornos vasculares (45).

El nacimiento prematuro es responsable del 75% de la mortalidad neonatal; los que sobreviven, por lo general, presentan múltiples problemas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta, pues a menudo ocurren bajo peso al nacer (46).

Las complicaciones del recién nacido de parto prematuro se la puede clasificar en:

❖ **Complicaciones a corto plazo**

Durante las primeras semanas, las complicaciones de un parto prematuro comprenden las siguientes:

- Problemas respiratorios: Síndrome de dificultad respiratoria (SDR), displasia broncopulmonar, taquipnea transitoria, Displasia broncopulmonar (DBP), apnea y neumonía.
- Problemas de corazón: Apnea, bradicardia, hipotensión, soplo cardíaco, insuficiencia cardíaca hemorragia intraventricular y Conducto arterioso

persistente (PDA).

- Problemas cerebrales: hemorragia intraventricular.
- Problemas de control de temperatura: Hipotermia.
- Problemas gastrointestinales: enterocolitis necrosante.
- Problemas sanguíneos: Anemia e ictericia infantil.
- Problemas de metabolismo: Hipoglucemia.
- Problemas del sistema inmunitario: Un sistema inmunitario que no se desarrolló por completo, lo que es frecuente en bebés prematuros, puede provocar un mayor riesgo de contraer infecciones.

#### ❖ **Complicaciones a largo plazo**

A largo plazo, un parto prematuro puede ocasionar las siguientes complicaciones:

- Parálisis cerebral infantil. Es un trastorno de movimiento, tono muscular o postura.
- Deficiencia en el aprendizaje. En la edad escolar, un niño que nació prematuro será más propenso a tener dificultades de aprendizaje.
- Problemas de visión. Pueden padecer retinopatía, desprendimiento de retina, una enfermedad que, si no se detecta, puede deteriorar la visión y provocar ceguera.
- Problemas de audición.
- Problemas en los dientes. Retraso en la dentición, cambios de color de los dientes y dientes mal alineados.
- Problemas de conducta y psicológicos. Los niños prematuros son más

propensos a tener determinados problemas de conducta o psicológicos y retrasos en el desarrollo.

- Problemas crónicos de salud. Hay más posibilidades de que se manifiesten infecciones, asma y problemas de alimentación o de que persistan. Los bebés prematuros también tienen un alto riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

#### **4.12.2. Bajo peso al nacer**

El peso al nacer es sin duda el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso, actualmente la tasa de bajo peso se considera como un problema de salud (48).

El bajo peso al nacer (recién nacido con cifras inferiores a 2 500 g de peso), es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, se considera que la mortalidad en el primer año de vida es 14 veces mayor en los recién nacidos con bajo peso, que los niños que nacen con un peso normal (48).

Entre los múltiples factores asociados al bajo peso al nacer se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales (49).

Los bebés que sobreviven experimenta retraso mental, problemas de aprendizaje, parálisis cerebral, pérdida de la vista y la audición; pueden sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a tener, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías; pueden también tener dificultades en su adaptación al medio o diferentes impedimentos físicos y mentales que atentan contra un adecuado desenvolvimiento social y que se hacen innegables al llegar a la edad escolar (50).

### **4.12.3. Lactancia materna exclusiva**

La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general (51).

Por lo que se recomienda:

- ❖ Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- ❖ Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida.
- ❖ Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más.

El calostro: Es la primera leche que se produce hasta aproximadamente los tres días después del parto, se produce en poca cantidad, pero es suficiente para la alimentación del/la recién nacido/a. Protege contra infecciones respiratorias e intestinales y salvaguarda contra alergias, ayuda a eliminar el meconio, prevenir la ictericia y a madurar el intestino (51).

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud (51).

Las ventajas de la lactancia materna son múltiples para el niño y muy favorecedoras para la madre (52):

- ❖ No necesita preparación.
- ❖ Siempre está disponible.
- ❖ Tiene la temperatura ideal.
- ❖ No se contamina.
- ❖ Contiene los componentes indispensables para su crecimiento y desarrollo.

- ❖ Además permite una interacción más intensa entre madre e hijo.
- ❖ Le confiere una mayor protección contra la intolerancia alimentaria y algunas enfermedades diarreicas y respiratorias.
- ❖ Ofrece mayor estabilidad psicológica al niño.
- ❖ Evita estados alérgicos al aportar elementos inmunológicos.
- ❖ Facilita el desarrollo de los maxilares, la erupción y alineación dentaria.
- ❖ Además de propiciar una involución rápida de los órganos de procreación materna.
- ❖ Mejor evolución psicológica y mayor estabilidad psicoafectiva.
- ❖ Ayuda a retrasar un nuevo embarazo.

#### **4.12.4. Alimentación con sucedáneos**

La lactancia materna debe ser exclusiva para todo ser humano, los primeros seis meses, y seguir lactando hasta los 24 meses. No existe leche artificial que iguale las bondades de la leche humana, porque la leche materna cubre todas necesidades nutricionales, calóricas, inmunológicas para el ser humano, sea el recién nacido prematuro o a término (53).

Sin embargo, un número pequeño de condiciones de salud del recién nacido y de la madre podría justificar que se recomiende no amamantar de manera temporal o permanente. Estas condiciones, son las siguientes (53):

#### **❖ Afecciones infantiles**

#### **1. Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada:**

- Galactosemia clásica.
- Enfermedad de orina en jarabe de arce.
- Fenilcetonuria.

**2. Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna:**

- Muy bajo peso al nacer.
- Muy prematuros.
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa.

**❖ Aficciones maternas**

**1. Madres que podrían requerir el evitar la lactancia:**

- Infección por VIH1. (54)

**2. Madres que podrían requerir el evitar la lactancia temporalmente: (55)**

- Enfermedad grave por ejemplo septicemia.
- Herpes Simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa haya sido resuelta.
- Medicación materna: medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y en quimioterapia.

**3. Madres para quienes la lactancia no está contraindicada, aunque presentan condiciones médicas preocupantes (56,57):**

- Absceso mamario.
- Hepatitis B.
- Hepatitis C.
- Mastitis.
- Tuberculosis.
- Uso de sustancias como: nicotina, alcohol, extasié, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados.

#### **4.12.5. Enfermedades respiratorias**

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen en la actualidad uno de los principales problemas de la salud pública en los niños menores de 5 años, pues representan una de las primeras causas de morbimortalidad infantil, y que se encuentran relacionados con la falta de conocimientos e ineficiente aplicación de medidas preventivas por parte de las madres o cuidador, quienes cumplen un rol preponderante en el reconocimiento precoz de estas infecciones (58).

Las infecciones respiratorias son un grupo de enfermedades que son causadas por diversos virus, bacterias y hongos; que afectan principalmente a los pulmones y son causantes de la mayor cantidad de muertes en niños menores de 5 años en el mundo, que tiene mayor prevalencia en países subdesarrollados y en zonas de extrema pobreza (58).

Las IRAs constituyen un problema relevante en los niños por la presencia de complicaciones para la salud derivadas de un tratamiento inadecuado de estas patologías y de las deficientes e inadecuadas prácticas de medidas de prevención en el ambiente familiar; causadas en la mayoría de los casos porque las madres tienen conocimientos limitados e insuficientes sobre esta patología, siendo el cuidado que brindan el hogar inadecuado, debido a que las prácticas de prevención que realizan son incorrectas, pues no acuden a los establecimientos de salud en forma oportuna, aunada a la presencia de otros factores predisponentes para la presencia de las infecciones respiratorias como la falta de inmunización, hacinamiento, exposición de los niños al humo, entre otros (59).

##### **4.12.5.1. DENTRO DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SE ENCUENTRAN:**

**a) Edad.-** Existe mayor gravedad a menor edad (las IRAs son más graves en niños menores de dos meses). El control del embarazo puede prevenir en parte este factor (59).

**b) Bajo peso al nacer.-** El bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las causas que lo producen, y las consecuencias que provoca, el peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia, por su asociación al mayor riesgo de mortalidad en cualquier período, sobre todo perinatal. El peso al nacer es, sin dudas, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso actualmente la tasa de los recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud (59).

**c) Factores Nutricionales.-** En la desnutrición habrá alteración de la inmunidad celular, déficit de la vitamina A, el niño desnutrido está expuesto a diversos tipos de infección, particularmente a infecciones respiratorias y diarreas. Las IRAs ocurren con frecuencia 19 veces mayor en desnutridos en comparación con niños de peso normal, por ella es importante que se introduzca la alimentación complementaria a partir de 6 meses, el niño debe recibir alimentos en proporciones adecuadas y es muy importante que se alimente normalmente durante los episodios de IRAs (60).

**d) Lactancia Materna Artificial.-** Debido a la falta de anticuerpos maternos los bebés alimentados a pecho presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de vida, lo que contribuye a la reducción en la incidencia y a la gravedad de las enfermedades infecciosas. Al respecto Suarez señala que “la lactancia materna puede proteger contra las Infecciones Respiratorias Agudas mediante un cierto número de mecanismos incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas, las células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema de los niños; pues los bebés alimentados a pecho presentan también un mejor estado nutricional en los primeros años de vida, lo que puede contribuir a la reducción de la incidencia y gravedad de las IRAs”. (61)

**e) Vacunas Incompletas.-** Las vacunas brindan inmunidad a los niños lo cual lo protege de muchas enfermedades que pueden prevenirse, tenemos a la BCG, HVB;

Antineumocócica e influenza, entre otras, por lo tanto es necesario recomendar un esquema de inmunizaciones completo en los niños menores de 5 años (62).

**f) Factor Climático e incidencia estacional.-** Las IRAs, tiene cierta relación con los cambios climáticos, pues los cambios bruscos de temperatura exaltan la virulencia de gérmenes oportunistas que atacan las vías respiratorias y que ocasionan las infecciones respiratorias. Es posible por otra parte, que factores ligados al clima frío, tales como el hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos, sean a la larga responsables por la mayor morbilidad y mortalidad respiratoria durante los meses de invierno (61).

**g) Factores Ambientales.-** Los factores de riesgo ambientales más frecuentes asociados a las infecciones respiratorias, incluyen el hacinamiento, la contaminación doméstica por residuos orgánicos, la contaminación humo de tabaco. El costo alto y la disponibilidad limitada de electricidad y de combustión, conducen al frecuente uso doméstico de combustibles orgánicos e inorgánicos, los cuales incluyen kerosene, madera y desperdicios agrícolas (61).

La contaminación ambiental por tabaco sostiene que “el humo del cigarrillo contiene cantidades medibles de monóxido de carbono, amoníaco, nicotina, cianuro de hidrógeno, así como diferentes partículas y cierto número de carcinógenos; las concentraciones de la mayoría de estos productos son más altas en las corrientes laterales del humo que en la corriente principal”. Por ende el hábito de fumar constituye un peligro para los niños que se encuentran expuestos a una atmósfera de humo de tabaco; el niño es afectado por la despreocupación de los padres, comprometiéndose su función respiratoria, en ellos aparecen de forma más frecuente las IRAs (61).

**h) Factores socioeconómicos.-** La primera indicación de que las IRAs están asociados a factores socioeconómicos, es la diferencia amplia entre países; aunque los niños menores de 5 años de todo el mundo presentan aproximadamente el mismo número de episodios de IRAs. Además las incidencias de las IRAs varían marcadamente entre niños provenientes de los sitios urbanos (5 a 9 episodios por

año) y los rurales (3 a 5 episodios). Las IRAs se evidencian notablemente en los niños de clases sociales más pobres, en donde las condiciones de vivienda son precarias, el ingreso de los padres de familia es mínimo, lo que no permite satisfacer las necesidades básicas de la familia, dejando muchas veces de lado la salud de los miembros de la familia (61).

i) Factores socioculturales.- El grado de instrucción del individuo, influye primordialmente en la conducta que este adopte, en donde se puede observar que el nivel superior y/o secundario, asegura los conocimientos científicos de salud básicos siendo los más importante los que se refieren aspectos higiénicos y de prevención de enfermedades. Las características socioculturales y del comportamiento pueden influir en los factores de riesgo (61).

Los individuos con un nivel educativo bajo recepcionarán muy poco los conocimientos, en relación a aquellos que han cursado un nivel superior o por lo menos sus años de estudios son completos en la educación secundaria (61).

j) Uso inadecuado de antibióticos.- El uso inapropiado de medicamentos tiene consecuencias adversas para la salud de los individuos, la economía de las familias y los servicios de salud. El uso inadecuado de antibióticos es particularmente importante, pues contribuye al desarrollo de resistencia bacteriana, la cual reduce la efectividad de tratamientos establecidos e incrementa los gastos y la mortalidad por enfermedades infecciosas.(62)

#### **4.12.6. Enfermedades diarreicas**

La diarrea aguda constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo y es causa de importante morbimortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición y los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones (63).

La diarrea aguda consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida. Se puede acompañar de

signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal, que produce una gastroenteritis o una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal. Debido a ello el término diarrea aguda es prácticamente sinónimo de gastroenteritis aguda de causa infecciosa (63).

Existen múltiples mecanismos de acción en la relación entre la desnutrición y la susceptibilidad a enfermedades infecciosas bacterianas. Por ejemplo, la malnutrición proteico-calórica (PCM) afecta el desarrollo normal del sistema inmunológico. La estimulación de una respuesta inmune por la infección aumenta la demanda de energía anabólica derivados metabólicamente, que conduce a un círculo vicioso sinérgica del estado nutricional adversa y aumento de la susceptibilidad a la infección. La infección en sí puede causar una pérdida de las reservas corporales críticas de proteínas, energía, vitaminas y minerales. Durante una respuesta inmune, aumenta el gasto de energía, al mismo tiempo que el huésped infectado experimenta una disminución en la ingesta de nutrientes (64).

La diarrea perjudica tanto el peso y las ganancias de altura, los niños desnutridos tienen una mayor incidencia, mayor duración y mayor gravedad de las enfermedades diarreicas. Además, que las infecciones entéricas incluso asintomáticos pueden dar lugar a deficiencias de crecimiento. Los componentes de la genética humana y las interacciones con factores ambientales de riesgo que hacen que algunos niños sean más vulnerables a la desnutrición crónica (64).

El complejo de la desnutrición-infección puede ser visto bajo dos aspectos, la desnutrición comprometer la defensa del huésped, o una infección ya sea agravando una situación nutricional deficiente preexistente o desencadenar la desnutrición a través patogénesis de la enfermedad. La malnutrición puede facilitar la invasión y la propagación de patógenos; aún más, que puede aumentar la probabilidad de una infección secundaria que ocurre, modificando así la patogénesis de la enfermedad y el pronóstico (65).

La malnutrición proteico-calórico (PCM) y las infecciones bacterianas gastrointestinales coexisten con frecuencia en los seres humanos que viven en países en desarrollo. El epitelio del tracto gastrointestinal está formado por una sola capa de

células. Esta estructura biológica separa el lumen intestinal del cuerpo interno, que funciona como la barrera intestinal. Se regula importantes funciones como la digestión intestinal, la secreción y la absorción de nutrientes. Infecciones gastrointestinales afectan las ganancias de peso y talla y el desarrollo físico y cognitivo. Mecánicamente, estos resultados se han atribuido a los daños a la barrera de la mucosa y atrofia de las vellosidades, lo que reduce la absorción de nutrientes. Por otra parte, la desnutrición moderada a grave por sí solo puede alterar las vellosidades y la arquitectura de la cripta. La malnutrición también puede aumentar la lámina propia macrófagos y las poblaciones de linfocitos y la producción de citoquinas proinflamatorias en la mucosa intestinal, lo que puede alterar aún más la función de barrera intestinal (64).

#### **4.12.7. Escolaridad de los padres**

El estado nutricional, es un indicador importante del nivel de salud y de la calidad de vida de la población así como del grado de satisfacción de sus necesidades básicas, debe considerarse como una situación que hace parte de un contexto, donde interactúan múltiples factores: el empleo, la educación, el ingreso, la salud y la calidad de la vida de las personas; elementos que repercuten considerablemente sobre el funcionamiento integral del niño y posteriormente en su estado adulto (66).

El nivel educativo de los padres es la principal 'clave' de los logros escolares que cosechen sus hijos. Y es que el perfil de los estudios de los progenitores, y sobre todo el de las madres, es el factor más determinante para el éxito escolar de sus hijos (66).

Es así, como la familia es considerada como el primer núcleo de solidaridad de la sociedad, ligada a la conservación de la vida y a la socialización de nuevas generaciones donde ejerce influencia en la mejora de los diferentes comportamientos alimentarios y demás factores que puedan beneficiar o afectar la salud de los menores (16).

En la mayoría de las familias, las mujeres tienen la responsabilidad primordial de alimentar a los niños, por esto la madre es considerada como la principal responsable de la transmisión de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir

enfermedades relacionadas con la alimentación. Sin embargo, debido a cambios en la estructura familiar, manifestados por la incorporación de la mujer al mundo laboral y el hecho de que en la mayoría de las familias ambos padres trabajen fuera de casa, ha traído como consecuencia la reducción del tiempo dedicado al cuidado del niño, y falta de tiempo para cocinar, lo que provoca que las familias adopten nuevas formas de cocina y de organización lo que resulta como evidencia la pérdida de autoridad de los padres en la actualidad. Por consiguiente, estos factores han ocasionado que muchos niños coman cuándo, cómo y lo que quieran (67,68).

#### **4.13. Base legal**

La salud es un derecho de los ecuatorianos y representa un bien transcendental para el desarrollo del país, por lo que se requieren de programas preventivos que permitan fortalecer los logros y adelantos del sistema nacional de salud, que identifiquen y aprovechen las oportunidades para ampliar la cobertura, calidad y eficiencia de las acciones de atención médica, y que enfrenten cada vez más las complejas necesidades de la población (69).

En el presente estudio se considerará que cada paciente investigado tiene una ideología diferente, por lo tanto se debe regir en valores y apegado al código de bioética de medicina familiar al hacer la investigación, La investigación además será abierta y flexible al cambio dependiendo de las situaciones de los pacientes. El conocimiento de los factores que influyen en la malnutrición por defecto se fundará en base a la interrelación y a la interacción del paciente y sus estilos de vida (69).

La fundamentación de la presente investigación se basa principalmente en lo que dispone nuestra Constitución en sus artículos en concordancia a lo que disponen las leyes ecuatorianas y los Acuerdos Ministeriales (69).

El Programa Desnutrición Cero se ampara en el Decreto Presidencial 785.

#### **4.13.1. La Constitución de la República Del Ecuador Manda:**

Mediante Registro Oficial 449 de 20 de octubre del 2008, se publicó la Constitución de la República del Ecuador, aprobada mediante referéndum por el pueblo Ecuatoriano (70).

“**ART – 32:** la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (70)

“**ART – 35:** Las personas adultas mayores, niños, niñas y adolescentes embarazadas, personas con discapacidad, personas libradas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado”. (70)

“**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a (70):

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.”

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (70).

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (70).

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios (70).

#### **4.13.2. LEY ORGÁNICA DE SALUD PÚBLICA**

En su ART – 6 Numeral 2 establece como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “ejercer la rectoría del sistema nacional de salud” y en el numeral 6 “formular e implementar políticas programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que en la realidad epidemiológica nacional y local requiera”. (69)

### **4.13.3. CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.**

QUE: el código de la niñez y adolescencia establece en el capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia. Art – 25 “el poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños y niñas y adolescentes crearan las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre o del niño o niña especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos”. (44)

### **4.13.4. ACUERDOS MINISTERIALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**ACUERDO MINISTERIAL N: 00000413. QUE:** el plan nacional para el buen vivir 2006 – 2013 establece en su objetivo 8 “afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad” en la política 3, 4, “brindar atención integral a las mujeres a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural” y numeral h “priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico, en particular en las zonas rurales las comunidades pueblos y nacionalidades” y en sus metas 3, 4, 2, “disminuir en un 35% la mortalidad materna al 2013 y 3, 4, 3, ”disminuir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013”. (70)

**ACUERDO MINISTERIAL N. 0000474. QUE:** con fecha de 20 de agosto del 2008, se expidió el acuerdo ministerial, donde se declara al plan nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos que lo integran, como política pública prioritaria para el sector salud (70).

## **5 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El bajo nivel de escolaridad, la desocupación, el bajo nivel socioeconómico, los malos hábitos alimenticios de los padres, antecedentes de lactancia materna exclusiva, con sucedáneos de leche materna y poca frecuencia en la ingestión de alimentos influyen en la malnutrición por defecto de los niños de 1 a 4 años de edad.

## **6. MÉTODOS**

### **6.1 Justificación de la elección del método**

La presente investigación se realizó en el año 2018 en el consultorio 1 del centro de salud N°8, con el propósito de relacionar los factores que influyen en la malnutrición por defecto en los niños de 1 a 4 de edad; de nivel investigativo relacional por ser bivariado, según la intervención del investigador es de tipo observacional, ya que el investigador no modifica, no interviene directamente, siendo el investigador un observador. Según la planificación de la toma de los datos es prospectivos debido a que la fuente de información de los datos es primaria. Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio es transversal, pues el autor realizó una sola medición de las variables.

Según el número de variables es analítico porque estudiamos dos variables, es decir el estudio de factores de riesgo que favorece un problema de salud.

### **6.2 Diseño de la investigación**

#### **6.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio**

La población de estudio estuvo constituida por todos los niños de 1 a 4 años de edad del consultorio 1 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud N°8 que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

#### **Criterios de inclusión:**

Padres de los niños/niñas que firman el consentimiento informado para participar en la investigación.

**Criterios de exclusión:**

Niños con malnutrición por exceso y con enfermedades crónicas.

**6.2.2 Procedimiento de recolección de la información**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los padres o tutores de los niños para participar en la investigación (Anexo 1).

La recolección de datos se realizó en el periodo correspondiente al mes de marzo a julio del 2018, se utilizó la encuesta como técnica de recolección de la información; como instrumento de recolección de datos se empleó un cuestionario (Anexo 2) diseñado por el investigador que fue sometido a la consideración de expertos de Medicina Familiar y Comunitaria y Bioestadística todos con cuarto nivel, con el objetivo de comprobar validez de apariencia y contenido.

Para realizar el procedimiento de la recolección de la información se revisó el análisis de la situación de salud, SISVAN, fichas familiares, historia clínica individual, previa firma del consentimiento informado se citó a todos los padres con los niños de 1 a 4 años en el centro de salud N° 8 y los que tuvieron dificultad para asistir al centro de salud, se visitaron en el domicilio. Se procedió a tomar las mediciones de peso y talla para lo cual se utilizó la balanza “Seca”, tallímetro “Seca” e infantómetro “Health o mete” previamente calibrados, cinta métrica, lápiz y papel. Posteriormente se realizó el cálculo de índice de masa corporal el peso en Kilogramo entre la talla en metros al cuadrado.

### 6.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

<b>Variable</b>	<b>Tipo de técnica</b>
Sexo	Encuesta
Edad	Encuesta
Etnia	Encuesta
Estado nutricional	Observación
Escolaridad de los padres	Encuesta
Antecedentes de enfermedades	Encuesta
Nivel socioeconómico	Encuesta
Hábitos alimentarios	Encuesta
Frecuencia de consumo de alimentos	Encuesta
Peso al nacer	Encuesta
Semanas de gestación	Encuesta
Antecedentes de lactancia materna exclusiva	Encuesta
Antecedentes de lactancia con sucedáneos	Encuesta

### 6.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Una vez que se obtuvieron los datos se procedió a introducirlos en la base de datos para lo cual se utilizó una hoja de Excel, en la primera columna se ingresarán las variables y las filas corresponderán a cada una de las unidades de estudio, codificando las variables para ser transportadas al programa estadístico SPSS versión 22, donde se procesó y analizó toda la información para ser presentada en tablas.

Se empleó el estadístico chi cuadrado para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significación del 5% ( $p < 0,05$ ).

## 6.3 Variables

### 6.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Edad	Años Cumplidos	1 2 3 4	Numérica discreta
Etnia	Identificación por los padres o tutores	Indígena Afro ecuatoriano Negro Mulato Montubio Mestizo Blanco	Cualitativa nominal politómica
Estado nutricional (Desviación estándar)	<-3 <-2 <-1 a +1 >+2 >+3	Desnutrición severa Desnutrición moderada Normopeso Sobrepeso Obesidad	Categórica ordinal politómica
Escolaridad de los padres	Ultimo nivel de escolaridad aprobado	Ninguno Nivel 1 . Centro de alfabetización/(EBA) . Primaria . Educación General Básica Nivel 2 . Secundaria . Bachillerato Nivel 3 . Ciclo pos bachillerato. . Superior . Posgrado	Categórica ordinal politómica
Antecedentes de enfermedades	Enfermedad respiratoria en más de 5 episodios durante el último año  Enfermedad diarreica en	Si No	Cualitativa nominal dicotómica

	más de 5 episodios durante el último año		
Nivel socioeconómico	0 - 316 316.1 - 535 535.1 – 696 696.1 – 845 845.1 - 1000	Bajo Medio Bajo Medio típico Medio alto Alto	Categórica ordinal politómica
Hábitos alimenticios	Consumo de verduras Consumo de frutas Consumo de pescado Consumo de pollo Consumo de res Consumo de frutos secos Consumo alimentos integrales Consumo de carbohidratos Consumo de leche	Inadecuado . Nunca . 1 vez por semana . 2 veces a la semana Adecuado . >3 veces a la semana	Categórica nominal dicotómica
Frecuencia de consumo de alimentos	Número de comidas en el día	Inadecuado . 3 veces durante el día Adecuado . > 3 veces durante el día	Categórica nominal dicotómica
Peso al nacer	Menos 2500 gramos. 2500 a 2999 gramos. 3000 a 3999 gramos Más de 4000 gramos	Bajo peso Peso de riesgo Peso adecuado Macrosómico	Categórica ordinal politómica
Semanas de gestación	De 28 a 36.6 semanas De 37 a 42 semanas Más de las 42 semanas	Parto pretérmino Parto a término Parto postérmino	Categórica ordinal politómica
Antecedentes de lactancia materna exclusiva	Durante los primeros 6 meses de vida	Si No	Categórica nominal dicotómica
Antecedentes lactancia con sucedáneos	Hasta los 2 años de vida	Si No	Categórica nominal dicotómica

## 7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio se evidencian las características sociodemográficas de los niños de 1 a 4 años del consultorio 1 del centro de salud N°8. Las tablas 1 y 2 resumen las variables sociodemográficas, correspondientes al objetivo número 1.

**Tabla 1 Distribución de los niños según edad y sexo. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
1	6	5,10	8	6,80	14	11,90
2	7	5,90	17	14,40	24	20,30
3	21	17,80	17	14,40	38	32,20
4	17	14,40	25	21,20	42	<b>35,60</b>
<b>Total</b>	51	43,22	67	<b>56,78</b>	118	100,00

Teniendo en cuenta la distribución de niños según edad y sexo se observó un predominio de los niños de 4 años y del sexo femenino con un 35,60% y un 56,78% respectivamente. (Tabla 1)

Estos resultados difieren del estudio realizado por K.V. Lafuente y colaboradores. En el año 2016 en Tacopaya- Bolivia, donde existe un predominio del sexo masculino con un 36 %, lo mismo sucede con relación a la edad menores de 2 años con un 17 % (71).

**Tabla 2 Distribución de niños según la etnia y sexo. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
<b>Indígena</b>	1	0,80	0	0	1	0,80
<b>Mulato</b>	2	1,70	2	1,70	4	3,40
<b>Montubio</b>	3	2,50	1	0,80	4	3,40
<b>Mestizo</b>	40	33,90	59	<b>50,0</b>	99	<b>83,90</b>
<b>Blanco</b>	5	4,20	5	4,20	10	8,50
<b>Total</b>	51	43,22	67	56,78	118	100,00

En la tabla 2 se observa que, el 83,90% son mestizos, de los cuales 50% son mujeres; el 8,50% se consideran blancos con similar comportamiento en ambos sexos.

Estos resultados difieren a un estudio realizado por Paredes Guevara en el año 2012, en Quito- Ecuador en relación a la etnia de los niños/as que padecen desnutrición, se encontró una mayor prevalencia (en total y mayor a la media nacional) en aquellos infantes cuya identificación étnica es indígena, para desnutrición crónica y global, situación que concuerda con estudios previos para Ecuador, Perú y Bolivia en donde la población infantil más afectada por desnutrición es aquella que se auto identifica como indígena. Para la desnutrición crónica, el segundo grupo mayormente afectado son aquellos niños/as que se identifican como mestizos, blancos u otros; en tanto que en la desnutrición global, el segundo grupo más afectado son los afro ecuatorianos, negros, mulatos (8.3%) cuya prevalencia es mayor que el promedio nacional. En el caso de la desnutrición aguda se tiene una mayor prevalencia en la población afro ecuatoriana (3.2%), seguido por la población de auto identificación étnica indígena (72).

En la tabla 3 se evidencia el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años del consultorio 1 del Centro de salud N°8. Correspondiente al objetivo número 2.

**Tabla 3 Distribución de niños con malnutrición por defecto según estado nutricional y sexo. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	0	0,00	2	<b>2,98</b>	2	<b>1,69</b>
<b>Desnutrición moderada</b>	8	15,68	11	<b>16,41</b>	19	<b>16,09</b>
<b>Normopeso</b>	35	68,62	43	64,17	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	7	13,72	8	15,68	15	12,71
<b>Obesidad</b>	1	1,96	3	4,47	4	3,38
<b>Total</b>	51	100,00	67	100,00	118	100,00

En la tabla 3 se observa que del total de niños investigados 21 presentaron malnutrición por defecto, lo que representa un 17,8% con un predominio del sexo femenino 19,39% (13).

Estos resultados difieren de un estudio realizado por Coronado Escobar en el año 2014 en Guatemala, donde el género más afectado es el sexo masculino con un 56%, no existe diferencia en el sexo femenino con un 44% ya que ambos sexos se encuentran con algún grado de desnutrición, la desigualdad social tiene un efecto directo en el bienestar de los individuos, limitando las oportunidades de muchos para alcanzar sus objetivos personales (73).

Estos estudios difieren de un estudio realizado por ENSANUT. 2013. Donde se evidencia la desnutrición con similar comportamiento en ambos sexos, femenino con un 24,6% y en el masculino con un 25,8% (8).

Las tabla de la 4 a la 13 muestran los factores de riesgo relacionados con el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años del consultorio 1 del centro de salud N°8. Las mismas dan respuesta a los objetivos número 3 y 4.

**Tabla 4 Distribución de niños según estado nutricional y nivel de escolaridad de los padres. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Nivel de escolaridad						Total	
	Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	0	0,00	2	<b>2,76</b>	0	0,00	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	2	<b>20,00</b>	13	<b>17,33</b>	4	12,12	19	16,10
<b>Normopeso</b>	6	60,00	49	65,00	23	69,69	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	2	20,00	7	9,33	6	18,18	15	12,70
<b>Obesidad</b>	0	0,00	4	5,33	0	0,00	4	3,40
<b>Total</b>	10	100,00	75	100,00	33	100,00	118	100,00

$$p= 0,397$$

En la tabla 4, se observó que la relación entre el nivel de escolaridad y el estado nutricional predominaron aquellos que habían culminado el segundo nivel de escolaridad. El 20,09% (15) de los padres con niños con malnutrición por defecto tiene un segundo nivel de escolaridad, comportándose de manera similar con lo que posee primer nivel de escolaridad (20%). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre malnutrición por defecto y nivel de escolaridad de los padres.

Este estudio es similar a un estudio realizado por Aranda Goñy en el año 2017 en Huanuco- Perú, donde se pudo observar que el 58,6% (99) refirieron que tienen como grado de instrucción el nivel secundaria (segundo nivel); el 31,4% (23) declararon tener nivel superior (tercer nivel); el 8,8% (15) manifestaron tener nivel primario; y por último, el 1,2% (2) expresaron no tener estudios (74).

Estos estudios difieren de un estudio realizado por ENSANUT. 2013. Donde la desnutrición disminuye mientras aumenta la educación de la madre (38,8% a 15,4%) (8).

**Tabla 5 Distribución de niños según estado nutricional y antecedentes de enfermedades diarreicas. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Más de 5 episodios de diarreas durante el año				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	1	12,5	1	0,90	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	0	0,00	19	17,27	19	16,10
<b>Normopeso</b>	5	62,5	73	66,36	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	1	12,5	14	12,72	15	12,70
<b>Obesidad</b>	1	12,5	3	2,72	4	3,40
<b>Total</b>	8	100,00	110	100,00	118	100,00

p=0,094

Del total de la población estudiada 110 no tenían antecedentes de enfermedades diarreicas a repetición, el 12,5% (1) de los niños con malnutrición por defecto si tuvo antecedentes de enfermedades diarreicas a repetición (Tabla 5). Se obtuvo una p=0,094 observando que no existe una relación estadísticamente significativa entre estado nutricional y antecedentes de enfermedades diarreicas a repetición.

Estos resultados son discordante a un estudio realizado por Huamani Castañeda, en el año 2014 en Yarinacocha, donde existe una relación causal significativa entre la desnutrición severa y diarrea aguda en niños menores de 5 años atendidos en el hospital Amazónico de Yarinacocha, sin embargo se comprobó que los niños que padecían de desnutrición crónica, tenían un riesgo de 0.8 veces de padecer de enfermedades gastrointestinales como la diarrea aguda (75).

**Tabla 6 Distribución de niños según estado nutricional y antecedentes de enfermedades respiratorias. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Más de 5 episodios de enfermedades respiratorias durante el año				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	1	<b>2,38</b>	1	1,31	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	8	<b>19,04</b>	11	14,46	19	16,10
<b>Normopeso</b>	24	57,14	54	71,05	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	7	16,66	8	10,52	15	12,70
<b>Obesidad</b>	2	4,76	2	2,63	4	3,40
<b>Total</b>	42	100,00	76	100,00	118	100,00

p=0,769

Del total de la población estudiada, 76 no tenían antecedentes de enfermedades respiratorias a repetición, un 21,42% (9) de los niños con malnutrición por defecto presentaron más de cinco episodios de infecciones respiratorias agudas en un año. Se obtuvo una p=0,769 observando que no existe relación estadísticamente significativa entre estado nutricional y enfermedades respiratorias a repetición. (Tabla 6)

Estos resultados son similares al estudio realizado por Caja Cuzco en el año 2015-2016 en Taday- Cuenca, donde se aprecia que las enfermedades respiratorias de aquellos niños que las tenían es un 35,6 % inferior ante aquellos que no la padecieron con un 64,4 % (76).

**Tabla 7 Distribución del estado nutricional de los niños según nivel socioeconómico. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Nivel socioeconómico										Total	
	Bajo		Medio bajo		Medio típico		Medio alto		Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	0	0,00	1	3,44	<b>1</b>	<b>1,78</b>	0	0,00	0	0,00	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	0	0,00	4	13,78	<b>10</b>	<b>17,85</b>	5	<b>18,51</b>	0	0,00	19	16,10
<b>Normopeso</b>	2	66,66	16	55,17	39	69,64	18	66,66	3	100,00	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	1	33,33	4	13,79	6	10,71	4	14,81	0	0,00	15	12,70
<b>Obesidad</b>	0	0,00	4	13,79	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	3,40
<b>Total</b>	3	100,00	29	100,00	56	100,00	27	100,00	3	100,00	118	100,0

p=0,528

En la tabla 7 se representa el nivel socioeconómico de acuerdo a la encuesta de estratificación del INEC se puede observar que 56 personas de la población en estudio se encuentran en un nivel medio típico. El 19,63% (11) de los niños con malnutrición por defecto se encuentran en este nivel, mientras que un 18,51% (5) se encuentran en un nivel medio alto y un 17,22% (5) en el nivel medio bajo. Ninguno de los niños estudiados con malnutrición por defecto poseían un nivel socioeconómico bajo. Se obtuvo una p=0,528 observando que no existe una relación estadísticamente significativa entre estado nutricional y el nivel socioeconómico.

Estos resultado discrepan con los resultados realizado por ENSANUT. 2013, Ecuador donde la desnutrición crónica muestra una fuerte tendencia a aumentar cuando menor es el nivel económico, con 36,5% en el quintil uno (pobre) y el 13,8% en el quintil cinco (8).

**Tabla 8 Distribución del estado nutricional de los niños según hábitos alimenticios. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Hábitos alimenticios				Total	
	Alimentación inadecuada		Alimentación adecuada			
	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	2	<b>2,10</b>	0	0,00	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	15	<b>15,78</b>	4	17,39	19	16,10
<b>Normopeso</b>	60	65,15	18	78,26	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	14	14,73	1	4,34	15	12,70
<b>Obesidad</b>	4	4,91	0	0,00	4	3,40
<b>Total</b>	95	100,00	23	100,00	118	100,00

p=0,504

En la tabla 8 se representa la distribución del estado nutricional de los niños según hábitos alimenticios, de los cuales en la población en estudio 95 tiene una alimentación inadecuada de estos el 17,88% (17) se encuentran con desnutrición y bajo peso.

Se obtuvo una p=0,504 observando que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y hábitos alimenticios.

Estos resultados son similares a un estudio realizado por Cala Bayeux et. al en el año 2015 en Banes Holguín - Cuba, donde existe diferencias significativas entre la relación hábitos alimentarios y malnutrición por defecto. Predominó en el grupo caso, hábitos alimentarios inadecuados (85.4 %) contrario al grupo control donde predominaron los hábitos adecuados (69.6 %) (77).

**Tabla 9 Distribución del estado nutricional de los niños según la frecuencia de consumo de alimentos. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Frecuencia de consumo de alimentos				Total	
	Frecuencia inadecuada		Frecuencia adecuada			
	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	2	<b>6,06</b>	0	0,00	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	7	<b>21,21</b>	12	14,11	19	16,10
<b>Normopeso</b>	20	60,60	58	68,23	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	3	9,09	12	14,11	15	12,70
<b>Obesidad</b>	1	3,03	3	3,52	4	3,40
<b>Total</b>	33	100,00	85	100,00	118	100,00

p=0,051

En la tabla 9 se evidencia que 85 de los niños estudiados tiene una frecuencia adecuada de consumo de alimentos. Del total de niños diagnosticados con malnutrición por defecto el 27,27% (9) no consumen alimentos con frecuencia adecuada. Se obtuvo una  $p= 0,051$  observando que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y frecuencia de consumo de alimentos.

Estos resultados difieren a los de un estudio realizado por De León Soto en el año 2014 en Huehuetenango- Guatemala donde la población estudiada presenta una frecuencia inadecuada de consumo de alimentos (78).

**Tabla 10 Distribución del estado nutricional de los niños según el peso al nacer. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Peso al nacer								Total	
	Menos de 2500 gramos		Entre 2500 - 2999 gramos		Entre 3000 - 3999 gramos		4000 y más gramos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	1	<b>50,00</b>	1	<b>4,16</b>	0	0,00	0	0,00	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	0	0,00	2	<b>8,33</b>	15	17,85	2	25,00	19	16,10
<b>Normopeso</b>	1	50,00	19	79,16	52	61,90	6	75,00	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	0	0,00	1	4,16	14	16,66	0	0,00	15	12,70
<b>Obesidad</b>	0	0,00	1	4,16	3	3,57	0	0,00	4	3,40
<b>Total</b>	2	100,00	24	100,00	84	100,00	8	100,00	118	100,00

p=0,001

En la tabla 10 se observa que 84 de los niños estudiados tuvieron un peso al nacer entre 3000 y 3999 gramos de los cuales el 17,85% (15) tuvieron desnutrición. El 50% (1) de los niños que nacieron con peso inferior a 2500 gramos presentó desnutrición severa y el 12,49% (3) de los que nacieron con un peso entre los 2500 gramos – 2999 gramos tuvo desnutrición. Encontrando relación estadísticamente significativa entre peso al nacer y estado nutricional. (p=0,001)

Estos resultados concuerdan a un estudio realizado por Sánchez Bernal en el año 2014 en Paraguay, donde encuentra una mayor prevalencia de desnutrición crónica, desnutrición aguda y desnutrición global, en aquellos niños con antecedentes de bajo peso al nacer y peso insuficiente al nacer en comparación de los niños que nacieron con peso igual o superior a 3.000 gramos. En el caso de la prevalencia de desnutrición crónica ésta fue del 22,5 % en niños con antecedentes de bajo peso al nacer (79).

**Tabla 11 Distribución del estado nutricional de los niños según las semanas de gestación. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Semanas de gestación						Total	
	De 28 a 36.6 semanas de gestación		De 37 a 42 semanas de gestación		Más de las 42 semanas de gestación			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	1	5,88	1	1,11	0	0,00	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	1	5,88	17	18,88	1	9,09	19	16,10
<b>Normopeso</b>	13	76,47	55	61,11	10	90,90	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	1	5,88	14	15,55	0	0,00	15	12,70
<b>Obesidad</b>	1	5,88	3	3,33	0	0,00	4	3,40
<b>Total</b>	17	100,00	90	100,00	11	100,00	118	100,00

p=0,526

De la población infantil estudiada, 90 nacieron al término de gestación (entre las 37 y 42 semanas), de los cuales el 19,99% (18) tuvieron algún tipo de malnutrición por defecto. El 11,76% (2) de los niños con desnutrición nació entre las 28 a 36,6 semanas de gestación. (Tabla 11)

Se obtuvo p=0,526 por lo que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y las semanas de gestación en la que se produjo el parto.

Estos resultados difieren de un estudio realizado por Moreno-Ruiz y colaboradores en el año 2017, en Cartajena- Colombia, donde existe p=0.008, demostrando relación estadísticamente significativa entre estado nutricional y semana de gestación (80).

**Tabla 12 Distribución de niños según estado nutricional y lactancia materna exclusiva. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Lactancia materna exclusiva				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	0	0,00	2	<b>5,88</b>	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	12	<b>14,28</b>	7	<b>20,58</b>	19	16,10
<b>Normopeso</b>	57	67,85	21	61,76	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	12	14,28	3	8,82	15	12,70
<b>Obesidad</b>	3	3,70	1	2,94	4	3,40
<b>Total</b>	84	100,00	34	100,00	118	100,00

p=0,171

En la tabla 12 se visualiza que 84 niños de la población infantil estudiada recibió lactancia materna exclusiva; un 14,28% (12) de los niños con desnutrición se encuentra en este grupo; mientras que un 26,46% (9) de los niños con malnutrición por defecto no recibió lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Se obtuvo una p=0,171 observando que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y la lactancia materna exclusiva.

Estos resultados difieren a un estudio realizado por Caja Cuzco en el año 2015 en la ciudad de Taday- Cuenca, donde existe p=0,015, es decir que si hay relación estadísticamente significativamente entre el estado nutricional y la lactancia materna exclusiva (76).

**Tabla 13 Distribución de niños según estado nutricional y lactancia con sucedáneos de leche materna. Consultorio 1 del Centro de salud N°8. Año 2018.**

Estado nutricional	Lactancia con sucedáneos				Total	
	Si		No			
	N	%	No	%	N	%
<b>Desnutrición severa</b>	1	<b>1,42</b>	1	2,08	2	1,70
<b>Desnutrición moderada</b>	12	<b>17,14</b>	7	14,57	19	16,10
<b>Normopeso</b>	47	67,14	31	64,58	78	66,10
<b>Sobrepeso</b>	7	10,00	8	16,66	15	12,70
<b>Obesidad</b>	3	4,28	1	2,08	4	3,40
<b>Total</b>	70	100,00	48	100,00	118	100,00

p=0,379

En la tabla 13 se observa que de las 70 personas de la población en estudio, que recibieron lactancia con sucedáneos de leche materna, un 18,56% (13) se encuentra con desnutrición moderada y con desnutrición severa. Se obtuvo una p=0,379 observando que no existe una relación estadísticamente significativa entre estado nutricional y la lactancia materna con sucedáneos de leche materna.

Estos resultados son diferentes a un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública de Chile, en el año 2014 donde encuentra un 7,38 % en relación de desnutrición y la lactancia con sucedáneos (81).

## **8. CONCLUSIONES**

En el grupo de estudio predominan los niños de 4 años, del sexo femenino y grupo étnico mestizo.

La prevalencia de malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años es elevada, con predominio en el sexo femenino.

En la población infantil estudiada predomina el segundo nivel de escolaridad de los padres, el nivel socioeconómico medio típico, los hábitos alimentarios inadecuados y la lactancia con sucedáneos de la leche materna. Se identifica una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el peso al nacer.

## **9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Los resultados de la presente investigación enfatizan la necesidad de realizar intervenciones orientadas a lograr cambios de conducta que contribuyan a prevenir y controlar la malnutrición por defecto. Ya que la mayoría de las familias encuestadas llevan a cabo sus tres comidas al día, pero esto no asegura que su alimentación es buena, ya que una alimentación sana es consumir verduras, frutas, carne y leche básicamente al día, principalmente las verduras y frutas se pueden consumir diario, la carne por lo menos dos veces por semana.

Además es necesario continuar con el trabajo comunitario, con el fin de mejorar las características sociodemográficas y estilos de vida no saludables descritas en este estudio, sin importar a que grupo nutricional corresponda los niños, dando un manejo integral al proceso salud enfermedad.

Por último se debe concientizar a los padres o responsables del cuidado de los niños de la importancia de un control adecuado del estado de nutrición de los mismos mediante la formación de hábitos alimenticios sanos a temprana edad.

## 10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Departamento de Nutrición. [Online].; 2017 [cited 2018. Available from: [HYPERLINK "www.who.int/nutrition/about\\_us/es"](http://www.who.int/nutrition/about_us/es) www.who.int/nutrition/about\_us/es .
2. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría de Nelson. 18th ed. Madrid: Elsevier; 2010.
3. Álvarez. Medicina General Integral Tomo I (capítulo 25 y 26) tomo II (capítulo 74); 2008.
4. Deanne WC. Problemas de salud persisten en recién nacidos más pequeños. Neonatal High-Risk follow up Case Western Reserve University and Rainbow Babies and children's Hospital Cleveland: Journal of the American Medical Association; 2005.
5. Morales IS. [www.monografias.com](http://www.monografias.com). [Online].; 2006 [cited 2018. Available from: [HYPERLINK "https://www.monografias.com/trabajos106/factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-1-4-anos/factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-1-4-anos.shtml"](https://www.monografias.com/trabajos106/factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-1-4-anos/factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-1-4-anos.shtml) \l "ixzz4yXKE9PB8" <https://www.monografias.com/trabajos106/factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-1-4-anos/factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-1-4-anos.shtml#ixzz4yXKE9PB8> .
6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. [es.wfp.org](http://es.wfp.org). [Online].; 2012-2014 [cited 2018. Available from: [HYPERLINK "https://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre"](https://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre) <https://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre> .
7. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia: Estado Mundial de la Infancia New York; 2016.
8. Organización para la agricultura y la alimentación perteneciente a naciones unidad. Malnutrición en una tercera parte de la población del mundo: FAO; 2017.
9. ECU E. Encuesta Nacional de salud y nutrición Ecuador; 2013.
10. UNICEF. PMA y OPS trabajan juntos contra la denustricion infantil. [Online].; 2017. Available from: [HYPERLINK "https://www.unicef.org/ecuador/spanish/media\\_9001.html"](https://www.unicef.org/ecuador/spanish/media_9001.html) [https://www.unicef.org/ecuador/spanish/media\\_9001.html](https://www.unicef.org/ecuador/spanish/media_9001.html) .
11. Merck M. 11 edición del centenario Sección 1 alteraciones de la nutrición. Capítulo 2. Malnutrición. [Online].; 2018. Available from: [HYPERLINK "www.merckmanuals.com > Inicio > Trastornos nutricionales > Desnutrición"](http://www.merckmanuals.com) [www.merckmanuals.com > Inicio > Trastornos nutricionales > Desnutrición](http://www.merckmanuals.com) .
12. Chica OJM. Datos Estadísticos De Desnutrición En El Ecuador En Niños Menores De 1 Año. [Online].; 2016. Available from: [HYPERLINK "https://es.scribd.com/doc/79576498/DATOS-ESTADISTICOS-DE-DESNUTRICION-EN-EL-ECUADOR-EN-NINOS-MENORES-DE-1-ANO"](https://es.scribd.com/doc/79576498/DATOS-ESTADISTICOS-DE-DESNUTRICION-EN-EL-ECUADOR-EN-NINOS-MENORES-DE-1-ANO) [https://es.scribd.com/doc/79576498/DATOS-ESTADISTICOS-DE-DESNUTRICION-EN-EL-ECUADOR-EN-NINOS-MENORES-DE-1-](https://es.scribd.com/doc/79576498/DATOS-ESTADISTICOS-DE-DESNUTRICION-EN-EL-ECUADOR-EN-NINOS-MENORES-DE-1-ANO)

ANO .

13. Descriptores de CS; factores de riesgo, infecciones respiratorias agudas malnutrición proteico energético, lactancia materna, contaminación atmosférica en la policlínica "Ramón Heredia Umpierre". [Online].; 2006. Available from: [HYPERLINK "www.ilustrados.com/tema/.../Factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-Policlinica.ht"](http://www.ilustrados.com/tema/.../Factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-Policlinica.ht)  
[www.ilustrados.com/tema/.../Factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-Policlinica.ht](http://www.ilustrados.com/tema/.../Factores-riesgo-malnutricion-defecto-ninos-Policlinica.ht) .
14. OMS. Alimentación complementari. [Online].; 2016. Available from: [HYPERLINK "https://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/"](https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)  
[https://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/) .
15. SENPLADES. Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017 1a ed. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades; 2013.
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI). [Online].; 2013. Available from: [HYPERLINK "http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub\\_gobernanza\\_salud/manual\\_mais\\_2013.pdf"](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf)  
[http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub\\_gobernanza\\_salud/manual\\_mais\\_2013.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf) .
17. MSP. Guías de práctica clínica.. [Online].; 2013. Available from: [HYPERLINK "http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/"](http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/)  
<http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/> .
18. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Desnutrición Infantil en las Américas: Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Washington: WHO; 2008.
19. Hernández MC. Nuevo Tratado de Pediatría España; 2012.
20. Fernández L GMDC. Obesidad infantil: Consideraciones generales y situación en Venezuela Venezuela: Pediatría al Día; 2011.
21. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia: Nutrición.. [Online].; 1998. Available from: [HYPERLINK "https://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/spsw98a.pdf"](https://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/spsw98a.pdf)  
<https://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/spsw98a.pdf> .
22. Martínez R FA. Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. 82781852nd ed. Santiago de Chile: ONU; 2006.
23. Radicación de la palabra desnutrición - Diccionario etimológico. [Online]. Available from: [HYPERLINK "etimologias.de.chile.net/desnutricion"](http://etimologias.de.chile.net/desnutricion)  
[etimologias.de.chile.net/desnutricion](http://etimologias.de.chile.net/desnutricion) .
24. Beaton GH BJ. Nutrición y salud: perspectiva. En: Nutrición en medicina preventiva. Los síndromes carenciales más importantes, su epidemiología y medidas de control. Preventive) NysdNyDdlU(mdltaedtNiM, editor. Caracas: Instituto Nacional de ; 1975.

25. JM. B. Hambre cuando hay pan para todos. Caracas: Fundación Cavendes; 2000.
26. JM B. Historia de la nutrición en salud pública. L. SM, editor. Barcelona; 2006.
27. V R. Malnutrición y enfermedad. Una cuestión capital para el mundo. 12) OMDIS(MceHEB, editor. Ginebra; 1963.
28. JLL. BV. The Problem of Nutrition. Experimental Science, Public Health and Economy in Europe Bruxelles: Peter Lang; 2010.
29. Richard E. Behrman RMKHB. Tratado de Pediatría de Nelson. 18th ed. Madrid: Elsevier; 2010.
30. Wikipedia. Nutricion. [Online].; 2017. Available from: [HYPERLINK "https://es.wikipedia.org/wiki/Nutrición"](https://es.wikipedia.org/wiki/Nutrición)  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Nutrición .](https://es.wikipedia.org/wiki/Nutrición)
31. Carolin M. Guía Práctica de nutrición infantil. [Online].; 1999. Available from: [HYPERLINK "https://books.google.com.ec/books/about/Guia\\_Practica\\_de\\_Nutricion\\_Infantil.html?id=&redir\\_esc=y"](https://books.google.com.ec/books/about/Guia_Practica_de_Nutricion_Infantil.html?id=&redir_esc=y)  
[https://books.google.com.ec/books/about/Guia\\_Practica\\_de\\_Nutricion\\_Infantil.html?id=&redir\\_esc=y .](https://books.google.com.ec/books/about/Guia_Practica_de_Nutricion_Infantil.html?id=&redir_esc=y)
32. P. S. Manual de alimentación escolar saludable. [Online].; 2012. Available from: [HYPERLINK "https://www.scribd.com/document/333308203/10-informe-faros-guia"](https://www.scribd.com/document/333308203/10-informe-faros-guia)  
[https://www.scribd.com/document/333308203/10-informe-faros-guia .](https://www.scribd.com/document/333308203/10-informe-faros-guia)
33. Journal P. actores asociados con estado nutricional en niños 0-23 meses en Nicaragua. Organización Panamericana de la Salud.Volumen. 2015 Junio; 19.
34. Amador García M CSMHFM. Evaluación del estado de nutrición. En: De la Torre Montejo E CFSGV, editor. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004.
35. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Salud de la Niñez. Ecuador; 2008.
36. V. M. Guías alimentarias para Guatemala. Recomendaciones para una alimentación saludable Guatemala: MSPAS; 2012.
37. Autores Cubanos. Pediatría La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
38. Ilva E CALDMN, Navarro A BG. Estado nutricional de los niños en edades comprendidas de 2 a 14 años que acudieron a la consulta del ambulatorio "La Morena", del municipio San Carlos, durante la tercera semana del mes de junio de 2004. [Online].; 2010. Available from: [HYPERLINK "http://www.monografias.com/trabajos16/estado-nutricional/estadonutricional.shtml"](http://www.monografias.com/trabajos16/estado-nutricional/estadonutricional.shtml)  
[http://www.monografias.com/trabajos16/estado-nutricional/estadonutricional.shtml .](http://www.monografias.com/trabajos16/estado-nutricional/estadonutricional.shtml)
39. García de Lorenzo A ÁJCMUJdRJdGG. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria.: Nutr Hosp ; 2005.

40. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades. 59th ed. Madrid: Revisión Modificación Clínica; 2006.
41. Organización por las Naciones Unidas.. La desnutrición crónica en América Latina y el Caribe: Programa Mundial de Alimentos; 2008.
42. UNICEF. La Desnutrición Infantil. [Online]. España; 2011. Available from: HYPERLINK "La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento " La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento .
43. Ministerio de Salud Pública. ública. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Salud de la Niñez. Guía componente comunitario de la Estrategia AIEPI. Ecuador; 2017.
44. Ministerio salud Publica. Guía de práctica Clínica. Control Prenatal.. [Online].; 2016. Available from: HYPERLINK "www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica " www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica .
45. J. Hernández MVY. Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal; a narrative literature review. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "www.medwave.cl " www.medwave.cl .
46. Cáceres-Manrique F. El Control Prenatal: una reflexión urgente.. Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2016 revista.fecolsog.org; 60.
47. Ecuador MSP. Componente Normativo Materno 2008. [Online]. Available from: HYPERLINK "https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF " https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF .
48. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de la salud de las Américas -Indicadores básicos Mexico: OMS/OPS; 2003.
49. PAE M. Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer Honduras: Rev Med ; 2008.
50. MSP. Guías de práctica clínica. Recién nacido prematuro. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/ " http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/ .
51. Cabrera A GJMG. Lactancia Materna y Estado de Nutrición en un Grupo de Niños a los 6 Meses y sus Madres. Alimentación y Nutrición. 2009.
52. J. C. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y Factores asociados en niños nacidos sanos. Perú: Anuario Fac; 2009.
53. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna Ginebra; 2009.
54. VIH y alimentación infantil: actualización basada en la reunión consultiva técnica realizada en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención de la Transmisión del VH en Embarazadas, Madre y Niños.. [Online].; 2006. Available from: HYPERLINK "http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595962\_spa.pdf acceso 4 diciembre 2008" http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595962\_spa.pdf acceso

4 diciembre 2008 .

55. Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs Geneva: World Health Organization; 2003.
56. Mastitis: causas y manejo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2008. Available from: [HYPERLINK "WHO/FCH/CAH/00.13;Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13\\_spa.pdf"](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf) WHO/FCH/CAH/00.13;Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf) .
57. NSW Department of Health. Background papers to the national clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Commissioned by the Ministerial Council on Drug Strategy under the Cost Shared Funding Model. Australia; 2006.
58. E. S. Impacto de un programa educativo en el conocimiento y actitud de las IRAs en las madres con niños menores de cinco años del Centro de Salud Leoncio Prado de Tacna 2012. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012.
59. Organización Mundial de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú. Experiencias frente a las temporadas de bajas temperaturas 2014.. [Online].; 2012. Available from: [HYPERLINK "http://www.paho.org/per/images/stories /FtPage/2014 /PDF/iras.pdf. "](http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/iras.pdf) <http://www.paho.org/per/images/stories /FtPage/2014 /PDF/iras.pdf> .
60. Cujíño M ML. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención Colombia : Médica ; 2013.
61. K. V. Conocimiento y aplicación de medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas de las madres de niños menores de 5 años Centro de Salud San Luis Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2012.
62. O. T. Protegiendo al niño de las infecciones respiratorias agudas. [Online].; 2016. Available from: [HYPERLINK "http://www.sap.org.ar/staticfiles/conarpe/libro\\_resumenes.pdf. "](http://www.sap.org.ar/staticfiles/conarpe/libro_resumenes.pdf) [http://www.sap.org.ar/staticfiles/conarpe/libro\\_resumenes.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/conarpe/libro_resumenes.pdf) .
63. Prof. M. Farthing PMS. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología. [Online].; 2012. Available from: [HYPERLINK "http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acutediarrheaspanish-2012.pdf "](http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acutediarrheaspanish-2012.pdf) <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acutediarrheaspanish-2012.pdf> .
64. Leonor Rodríguez ECRO. Malnutrition and Gastrointestinal and Respiratory Infections in Children: A Public Health Problem. Int J Environ Res Public Health.. [Online].; 2014. Available from: [HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118884/pdf/ijerph-08-01174.pdf "](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118884/pdf/ijerph-08-01174.pdf)

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118884/pdf/ijerph-08-01174.pdf> .
65. Richard L Guerrant ROSMMOAA. Malnutrition as an enteric infectious disease with long-term effects on child development. *Nutr Rev.* [Online].; 2008. Available from: HYPERLINK "<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562291/pdf/nihms65772.pdf>" .
  66. Martínez J GAVN. Caracterización del estado nutricional y los factores de riesgo individuales y sociales de los jóvenes menores de 14 años y las mujeres gestantes residentes en la Comuna del Río de la Ciudad de Pereira Pereira; 2016.
  67. Barrial Martínez A BMA. La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional 2011. [Online].; 2013. Available from: HYPERLINK "<http://www.eumed.net/rev/cccss/16/bmbm.html>. Consultado mayo de 2013." <http://www.eumed.net/rev/cccss/16/bmbm.html>. Consultado mayo de 2013.
  68. Macias A GLCE. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. ; 2012.
  69. Asamblea Nacional. Constitución Política de la República del Ecuador Quito: Editorial Jurídica del Ecuador; 2008.
  70. Corporación de Estudios y Publicaciones. Código de la Niñez y Adolescencia Quito: Editorial Jurídica del Ecuador; 2008.
  71. K. L. Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya. *Revista médica Bolivian.* 2016; 39(<https://es.db-city.com> › Bolivia › Cochabamba › Arque).
  72. Guevara GP. Factores que determinan el estado de inseguridad alimentaria en niños y niñas de 0 – 5 años, Ecuador. [Online].; 2012. Available from: HYPERLINK "<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12630/Disertaci%C3%B3n%20Gabriela%20Paredes.pdf?sequence=1>" .
  73. Escobar ZC. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. [Online].; 2014. Available from: HYPERLINK "<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>" .
  74. Goñy MA. Conocimiento y su relación con prácticas en madres de niños de cinco años sobre la prevalencia de infecciones respiratorias agudas. [Online].; 2016. Available from: HYPERLINK "[http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/343/T047\\_4584061\\_5\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/343/T047_4584061_5_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)" .

- 5\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y .
75. Castañeda AH. Relación causal entre la desnutrición crónica y la diarrea aguda en pacientes menores de 5 años atendidos en el hospital amazónico de Yarinacocha; 2014.
  76. Cuzco AC. Desnutrición y factores de riesgo asociados en niños menores de 5 años Cuenca; 2015.
  77. colaboradores ÁCBY. Factores de riesgo de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años, Cuba. [Online].; 2015. Available from: [HYPERLINK "http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/220/1335"](http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/220/1335) ["](http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/220/1335)
  78. Soto DDI. Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y practicas alimentarias de niños con desnutrición aguda, Guatemala. [Online].; 2014. Available from: [HYPERLINK "http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/De%20Leon-Diana.pdf"](http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/De%20Leon-Diana.pdf) ["](http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/De%20Leon-Diana.pdf)
  79. Bernal SS. Análisis de la situación nutricional de los niños menores de cinco años, Paraguay. [Online].; 2014. Available from: [HYPERLINK "https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicefpy\\_analisis\\_situation\\_nutrici"](https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicefpy_analisis_situation_nutrici) ["](https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicefpy_analisis_situation_nutrici)
  80. colaboradores DMRy. Determinantes socioeconómicos del estado nutricional en menores de cinco años atendidos en el hospital infantil Napoleón Franco Pareja, Colombia. [Online].; 2017. Available from: [HYPERLINK "https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6362/6937"](https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6362/6937) ["](https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6362/6937)
  81. Ministerio de salud pública de Chile. Guías de alimentación del niño(a) de 2 años. [Online].; 2014. Available from: [HYPERLINK "http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2016bkgp20161212/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf"](http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2016bkgp20161212/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf) ["](http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2016bkgp20161212/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf)

## 11.ANEXOS

### Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ con número de cédula \_\_\_\_\_, he recibido del Dr. \_\_\_\_\_ La explicación de que los datos que a continuación ofreceré se utilizarán para conocer los Factores que influyen en la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años de edad.

El doctor me ha explicado que los datos que ofrezca no serán revelados a otros miembros de mi familia u otras personas y se mantendrá el anonimato de mi persona en las publicaciones que resulten de esta investigación.

Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar el cuestionario que me será entregado para la investigación, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mi relación con el personal del centro de salud u otra institución pública.

Estoy dispuesto a participar en la entrevista requerida en la investigación por parte del investigador, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

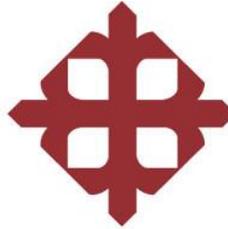
He realizado todas las preguntas que consideré necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a:

Md. Lorena Patricia Muñoz Villacrés, posgradista de medicina familiar y comunitaria, del consultorio 1 del centro de salud N<sup>o</sup>8.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Nombre y apellido del entrevistado	Firma	Fecha
Nombre y apellido del Investigador	Firma	Fecha

## Anexo 2



### UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

### POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

#### **Encuesta para evaluar factores que influyen en la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años de edad.**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y la de su niño/a. por favor conteste todas las preguntas.

Responda las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible.

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

#### **Datos Generales**

##### **1. Edad del niño/a:**

a. \_\_\_ años.

##### **2. Sexo: ¿del niño/a?**

a. \_\_\_ Masculino.

b. \_\_\_ Femenino.

##### **3. ¿A qué grupo étnico pertenece el niño/a:**

a. \_\_\_ Indígena

b. \_\_\_ Afro ecuatoriano

c. \_\_\_ Negro

d. \_\_\_ Mulato

e. \_\_\_ Montubio

f. \_\_\_ Mestizo

g. \_\_\_ Blanco

**4. ¿Cuál es el nivel de educación de los padres?**

- a. \_\_\_ Ninguno
- b. \_\_\_ Centro de alfabetización/ (EBA)
- c. \_\_\_ Primaria
- d. \_\_\_ Educación general básica
- e. \_\_\_ Secundaria
- f. \_\_\_ Bachillerato
- g. \_\_\_ Ciclo pos bachillerato
- h. \_\_\_ Superior
- i. \_\_\_ Posgrado

**5. Ocupación de los padres**

- a. \_\_\_ Empleado(a)/Obrero(a) de Gobierno/Estado
- b. \_\_\_ Empleado(a)/Obrero(a) Privado
- c. \_\_\_ Jornalero(a) o Peón
- d. \_\_\_ Patrono(a)
- e. \_\_\_ Cuenta propia
- f. \_\_\_ Trabajador(a) del hogar no remunerado
- g. \_\_\_ Empleado(a) doméstico

**6. Antecedentes de enfermedades agudas**

**6.1. Su niño ha tenido durante el último año más de 5 episodios de diarreas.**

**Marque con una x**

- a. \_\_\_ Si
- b. \_\_\_ No

**6.2. Su niño ha tenido durante el último año más de 5 episodios de enfermedades respiratorias. Marque con una x**

- a. \_\_\_ Si
- b. \_\_\_ No

**7. Con relación a los hábitos alimenticios.**

**7.1.- ¿Con que frecuencia consume verduras el niño o niña?**

- a. \_\_\_ Ningún día.
- b. \_\_\_ 1 día por semana.
- c. \_\_\_ 2 veces a la semana.
- d. \_\_\_ más de 5 días por semana.

**7.2.- ¿Con que frecuencia el niño/a consume frutas:**

- a. \_\_\_ Ningún día.
- b. \_\_\_ 3 veces a la semana.
- c. \_\_\_ 5 veces a la semana.
- d. \_\_\_ Todos los días.

**7.3.- ¿Con que frecuencia el niño/a, consume pescado?**

- a. \_\_\_ Nunca.
- b. \_\_\_ 1 vez por semana.
- c. \_\_\_ 2 veces por semana.
- d. \_\_\_ 3 veces por semana.

**7.4.- ¿Con que frecuencia el niño/a, consume pollo?**

- a. \_\_\_ Nunca.
- b. \_\_\_ 1 vez por semana.
- c. \_\_\_ 2 veces por semana.
- d. \_\_\_ 3 veces por semana.

**7.5.- ¿Con que frecuencia el niño/a, consume carnes de res?**

- a. \_\_\_ Nunca.
- b. \_\_\_ 1 vez por semana.
- c. \_\_\_ 2 veces por semana.
- d. \_\_\_ 3 veces por semana.

**7.6.- ¿Con que frecuencia el niño/a, consume frutos secos como almendra, maní, nuez?**

- a. \_\_\_ Nunca.
- b. \_\_\_ 1 vez por semana.
- c. \_\_\_ 3 veces por semana.
- d. \_\_\_ Todos los días.

**7.7.- ¿Con que frecuencia el niño/a, consume alimentos integrales como pan, galletas?**

- a. \_\_\_ Nunca.
- b. \_\_\_ 1 vez por semana.
- c. \_\_\_ 3 veces por semana.
- d. \_\_\_ Todos los días.

**7.8.- ¿Con que frecuencia el niño/a, consume carbohidratos como arroz, yuca, verde, papa?**

- a. \_\_\_ Nunca.
- b. \_\_\_ 1 vez por semana.
- c. \_\_\_ 3 veces por semana.
- d. \_\_\_ Todos los días.

**7.9.- ¿Con que frecuencia el niño/a consume leche?**

- a. \_\_\_ Nunca..
- b. \_\_\_ 1 vez por semana.
- c. \_\_\_ 3 veces por semana.
- d. \_\_\_ Todos los días.

**8.- ¿Cuál de las siguientes comidas realiza el niño durante el día? Marque con un X**

- a. \_\_\_ Desayuno.
- b. \_\_\_ Refrigerio.
- c. \_\_\_ Almuerzo.
- d. \_\_\_ Refrigerio.
- e. \_\_\_ Merienda.

**9.- Indique el peso con que nació su hijo/a**

- a. \_\_\_ Menos de 2500 gramos.
- b. \_\_\_ Entre 2500 – 2999 gramos.
- c. \_\_\_ Entre 3000 – 3999 gramos.
- d. \_\_\_ 4000 y más gramos.

**10.- Indique a las cuantas semanas nació su hijo/a**

- a. \_\_\_ De 28 a 36.6 semanas de gestación.
- b. \_\_\_ De 37 a 42 semanas de gestación.
- c. \_\_\_ Más de las 42 semanas de gestación.

**11.- Mantuvo la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida su niño/a**

- a. \_\_\_ Si
- b. \_\_\_ No

**12.- Su niño/a recibió lactancia con sucedáneos de leche materna (formula lácteas)?**

- a. \_\_\_ Si
- b. \_\_\_ No

## Anexo 3



### Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

#### Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?</b>		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
<b>2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</b>		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
<b>3 El material predominante del piso de la vivienda es de:</b>		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
<b>4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
<b>5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:</b>		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
<b>Acceso a tecnología</b>		
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
<b>2 ¿Tiene computadora de escritorio?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

<b>3 ¿Tiene computadora portátil?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?</b>		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
<b>2 ¿Tiene cocina con horno?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
<b>3 ¿Tiene refrigeradora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
<b>4 ¿Tiene lavadora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>5 ¿Tiene equipo de sonido?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?</b>		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
<b>7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
<b>1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
<b>2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0

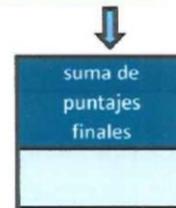
Sí	<input type="checkbox"/>	26
<b>3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
<b>4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
<b>5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?</b>		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

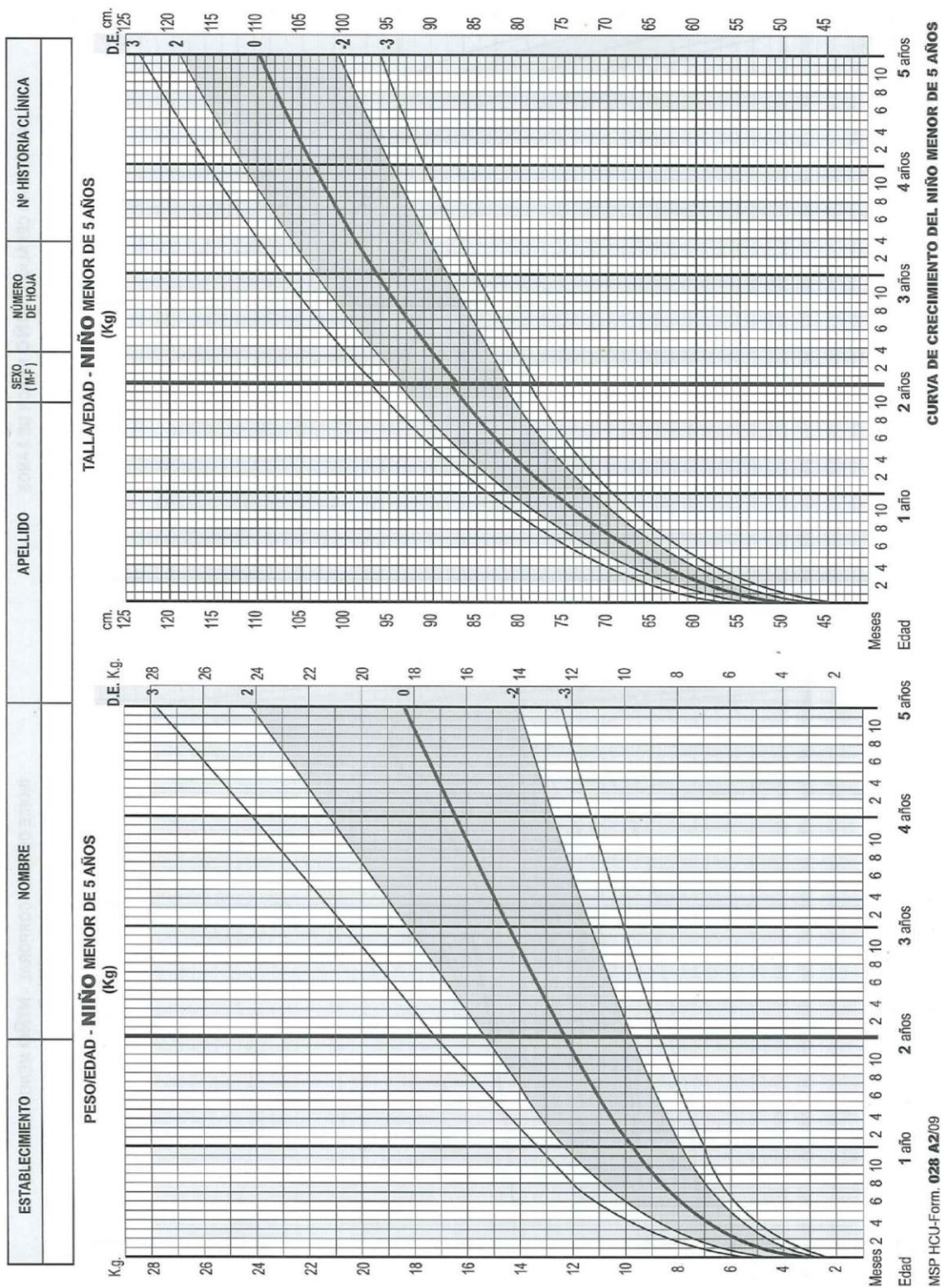
Actividad económica del hogar		puntajes finales
<b>1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
<b>3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?</b>		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),  
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

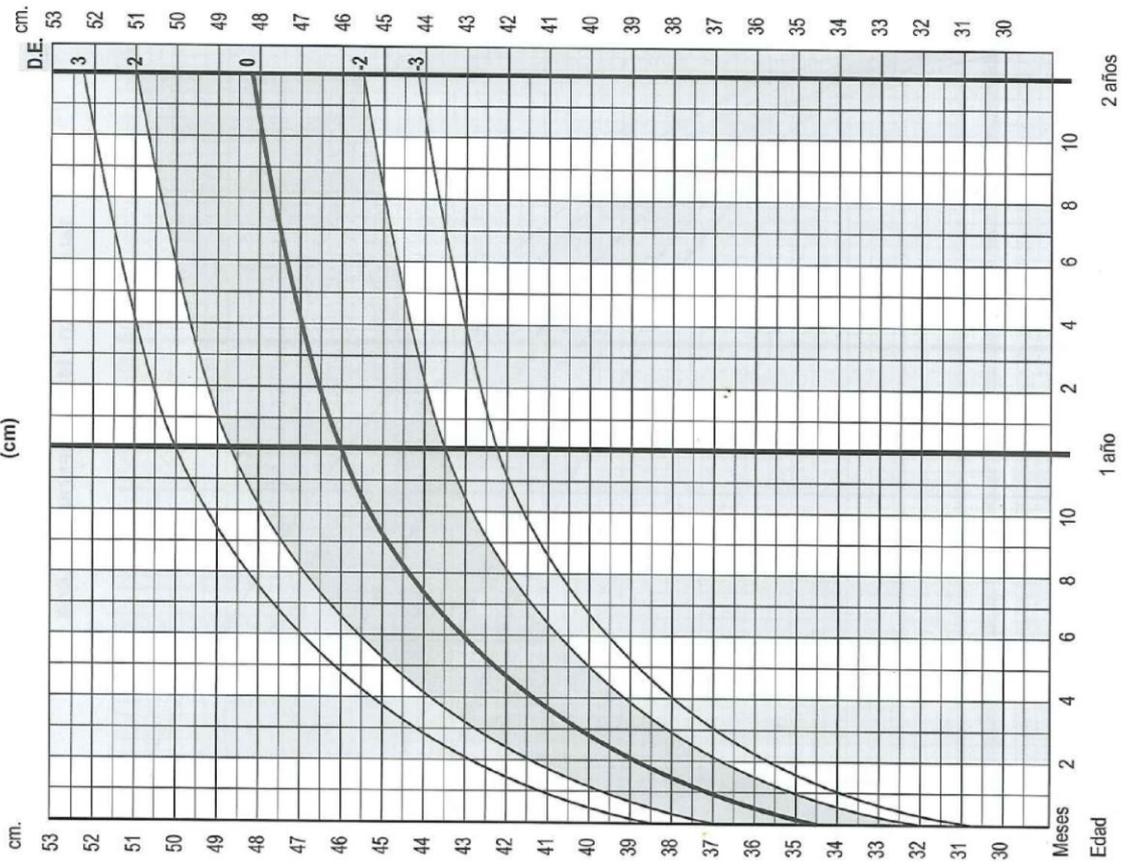
<b>Grupos socioeconómicos</b>	<b>Umbrales</b>
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



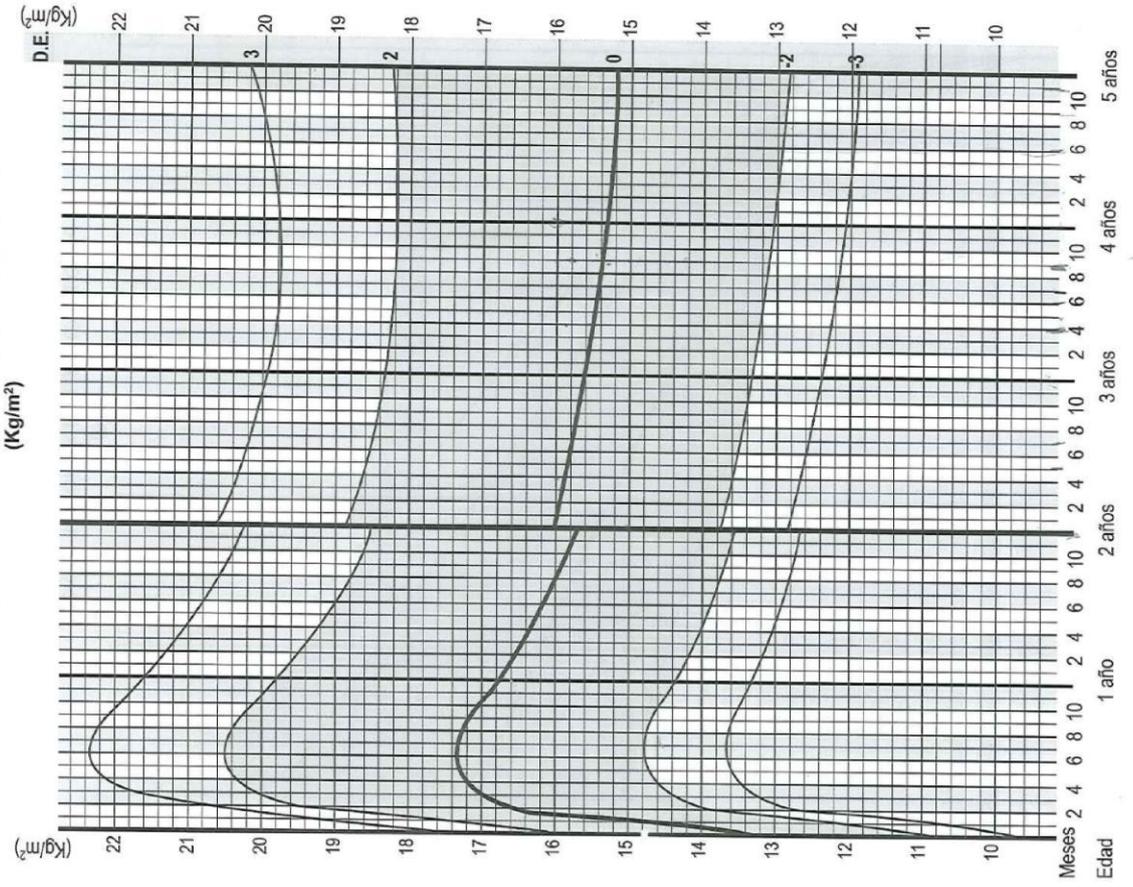
# Anexo 4



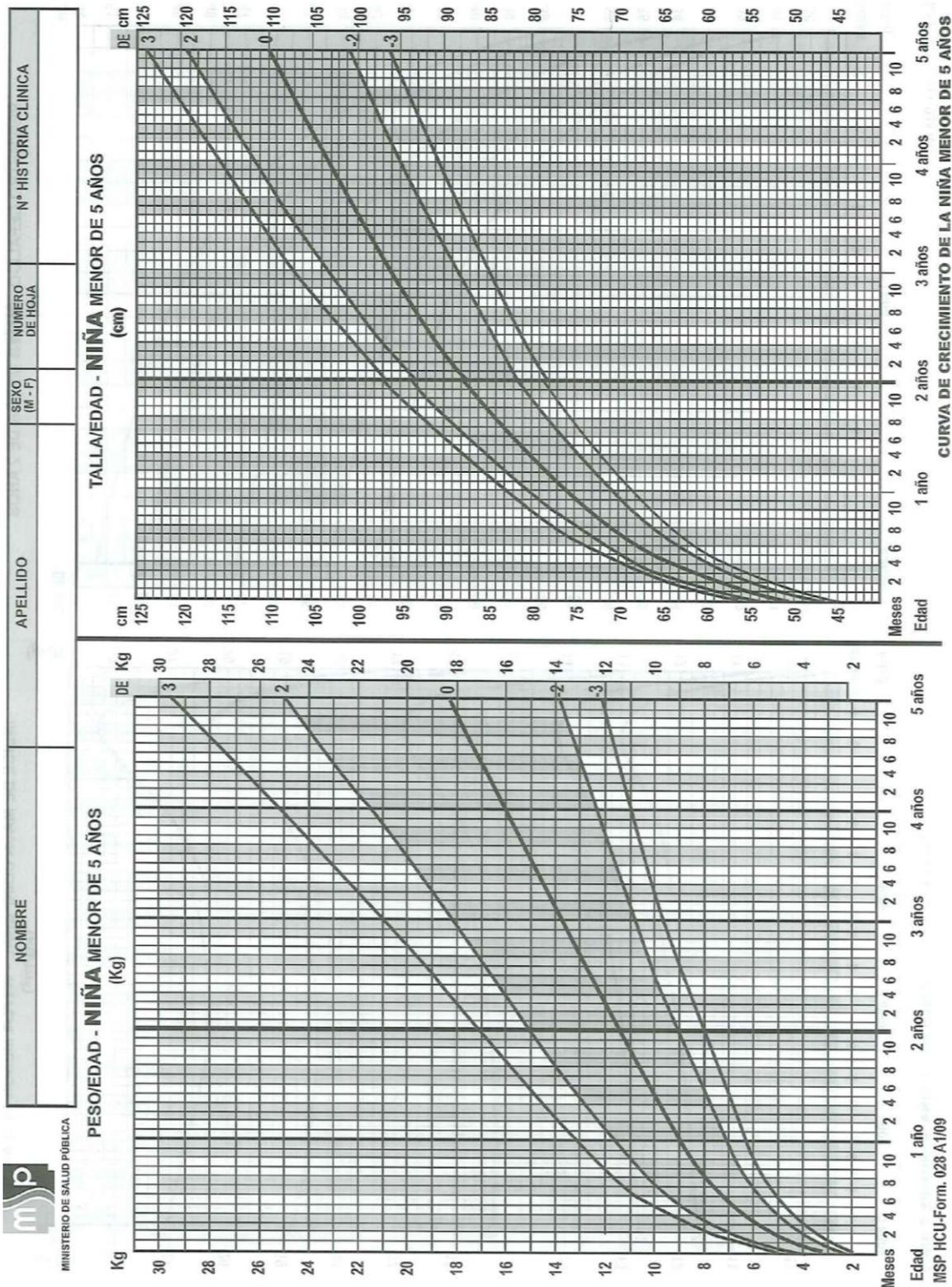
**PERÍMETRO CEFÁLICO - NIÑO MENOR DE 2 AÑOS**  
(cm)



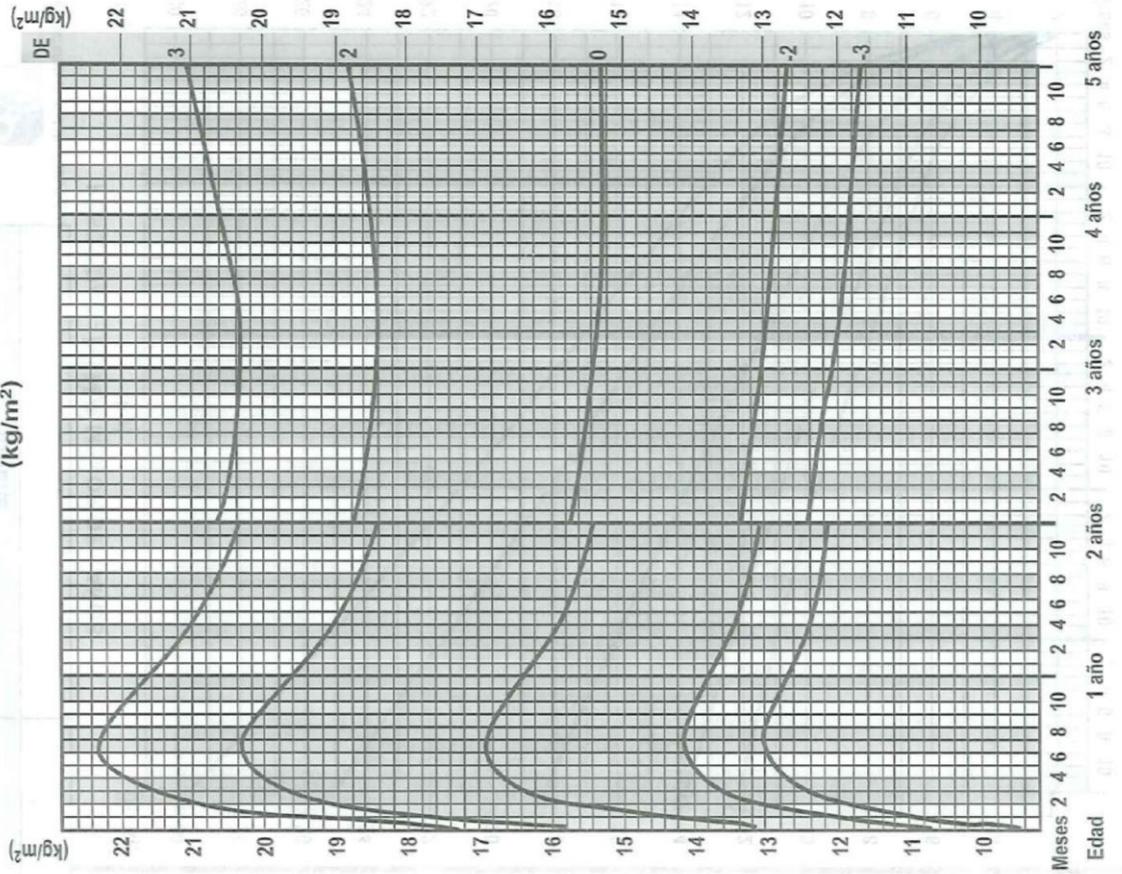
**ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**  
(Kg/m<sup>2</sup>)



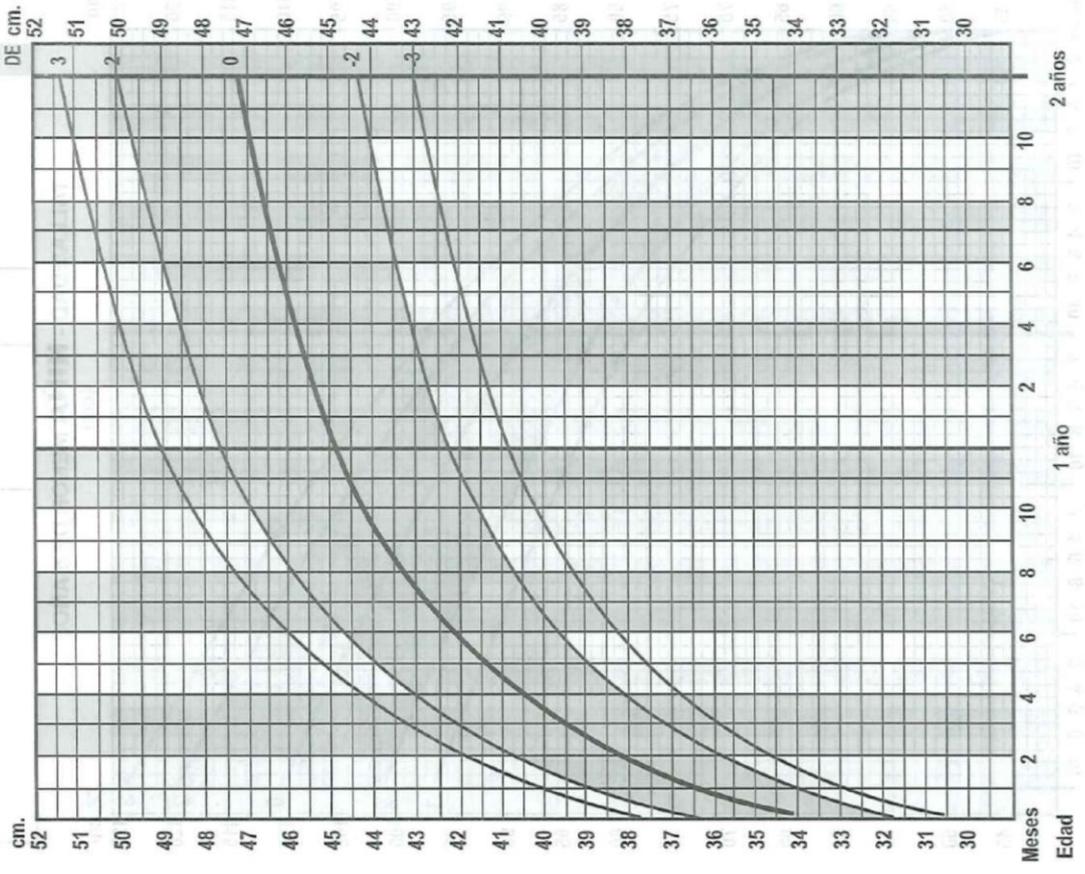
# Anexo 5



**INDICE DE MASA COIRPORAL - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS**  
(kg/m<sup>2</sup>)



**PERIMETRO CEFALICO - NIÑA MENOR DE 2 AÑOS**  
(cm)



**CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Lorena Patricia Muñoz Villacrés, con C.C: # 0920598208 autor/a del trabajo de titulación: “Factores que influyen en la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años de edad en consultorio 1. Centro de salud N<sup>o</sup> 8. Año 2018” previo a la obtención del título **de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Muñoz Villacrés Lorena Patricia

C.C: 092059820-8

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	“Factores que influyen en la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años de edad en consultorio 1. Centro de salud N° 8. Año 2018”		
<b>AUTOR(ES)</b>	Lorena Patricia Muñoz Villacrés		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Niurka Ginorio Suárez		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitario		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitario		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de <b>Diciembre</b> del <b>2018</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>(82 páginas)</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Pública		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	factores de riesgo, nivel socioeconómico, malnutrición.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> Antecedentes: La malnutrición por defecto en los niños es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, constituye la principal causa de muerte y esto se debe a problemas por una mala alimentación. Materiales y Métodos: Investigación observacional, transversal, cuyo procesamiento fue recolectar información mediante encuesta elaborada por el autor, las características sociodemográficas, evaluación nutricional, antecedentes de enfermedades diarreicas y/o respiratorias a repetición, estos datos son llevados a una base de datos extendida en el programa estadístico SPSS en su versión 22 y los resultados obtenidos se presentan en tablas mediante números y porcentajes. Resultados: existe características sociales casi similares entre sexo masculino (43,22%) y femenino (56,78%), grupo de edad que predomina son los de 4 años (35,60%), etnia mestizos (83,90%), segundo nivel de educación (63,60%). El nivel socioeconómico medio típico (47,50%). Sin antecedentes de enfermedades respiratorias (64,40%) y/o diarreicas (93,20%). Conclusión: En el grupo de estudio predominan los niños de 4 años, del sexo femenino y grupo étnico mestizo. La prevalencia de malnutrición por defecto es elevada, con predominio en el sexo femenino. En la población infantil estudiada predomina el segundo nivel de escolaridad de los padres, el nivel socioeconómico medio típico, los hábitos alimentarios inadecuados y la lactancia con sucedáneos de la leche materna. Se identifica una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el peso al nacer.			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0994120667	<b>E-mail:</b> lore-patty@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar		
	<b>Teléfono:</b> 042206953-2-1-0 Ext: 1830		
	<b>E-mail:</b> xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			