



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MALNUTRICION POR
DEFECTO EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS, EN CUATRO CONSULTORIOS.
CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018”**

AUTOR:

MD. VICENTE PAUL QUINTO CONTRERAS

DIRECTOR:

DRA.SANNY ARANDA CANOSA

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 *el/la Dr.(a) Vicente Paúl Quinto Contreras*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Aranda Canosa

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Vicente Paúl Quinto Contreras

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “*Factores de riesgo asociados a la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años, en cuatro consultorios. Centro de Salud Pascuales. 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, 17 de diciembre del 2018

EL AUTOR:

Vicente Paúl Quinto Contreras



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Vicente Paúl Quinto Contreras

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 de riesgo asociados a la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años, en cuatro consultorios. Centro de Salud Pascuales. Año 2018*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

EL AUTOR:

Vicente Paúl Quinto Contreras

Urkund Analysis Result

Analysed Document: DR VICENTE QUINTO TESIS.docx (D45625143)
Submitted: 12/12/2018 3:39:00 PM
Submitted By: paul5c@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

TESIS FINAL.docx (D45518462)
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/3188-norma-nacional-de-uso-de-las-graficas-antropometricas-para-valoracion-nutricional-de-0-19-anos/file>

Instances where selected sources appear:

3

1 AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios que es el ser supremo a quien le debemos la vida, a mi madre y abuelita quienes con su apoyo han sido fundamentales para alcanzar esta meta. Agradezco también a la misión cubana que con su equipo ha permitido que este postgrado se desarrolle de forma correcta.

2 DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi mamá Elisa quien me ha apoyado incondicionalmente y a mi abuelita Carmen quien con sus oraciones ha hecho que siga adelante.

A mis profesores que me impartieron sus enseñanzas cada día para ser un gran profesional en esta prestigiosa especialidad

Y a todos mis compañeros que han sido una segunda familia durante estos tres años.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MALNUTRICIÓN POR DEFECTO EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS, EN CUATRO CONSULTORIOS, CENTRO DE SALUD PASCUALES, AÑO 2018"
ALUMNO: MD. VICENTE PAUL QUINTO CONTRERAS
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCION	CALIFICACION TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACION SUSTENTACION /40	CALIFICACION TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones:

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

IX

3 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO	VI
2 DEDICATORIA	VII
3 ÍNDICE DE CONTENIDOS	X
4 ÍNDICE DE TABLAS	XII
5 ÍNDICE DE ANEXOS	XIV
6 Resumen	XV
7 Abstract.....	XVI
8 INTRODUCCIÓN.....	2
9 EL PROBLEMA	5
9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento	5
9.2 Formulación.....	5
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
10.1 General.....	6
10.2 Específicos.....	6
11 MARCO TEÓRICO	7
11.1 Definición de estado nutricional.....	7
11.2 La desnutrición.	8
11.3 Desnutrición aguda.....	10
11.4 Desnutrición crónica	12
11.5 Crecimiento y desarrollo temprano.....	12
11.6 Factores de riesgo relacionados con la desnutrición infantil	14
11.6.1 Bajo peso al nacer	14
11.6.2 Deficientes controles durante el embarazo	15
11.6.3 Bajo nivel de educación de la madre.....	16
11.6.4 Captación tardía del embarazo	16
11.6.5 Inadecuada lactancia materna exclusiva y con alimentación complementaria.....	17
11.6.6 Consumo de agua sin hervir.....	18
11.6.7 Bajo per cápita familiar	19
11.6.8 Falta de administración de suplementos vitamínicos	19
11.6.9 Parasitosis intestinal	20
11.6. 10 Deficiente número de comidas en el día	20
11.6.11 Falta de consumo de alimentos necesarios	21

11.6.12 Enfermedades respiratorias	22
11.6.13 Enfermedades diarreicas	23
11.7 Bases legales.....	23
12 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	25
13 MÉTODOS	26
13.1 Justificación de la elección del método	26
13.2 Diseño de la investigación.....	26
13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	26
13.2.2 Procedimiento de recolección de la información	26
13.2.3 Técnicas de recolección de información.....	27
13.2.4 Técnicas de análisis estadístico	28
11.3 Variables	28
13.3.1 Operacionalización de variables	28
15 CONCLUSIONES.....	43
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	44
17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	50
Anexo 1. Carta de consentimiento informado del representante:	50
Anexo 2: Encuesta	51

4 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los niños de 1 a 4 años según edad y sexo en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2018	31
Tabla 3: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y sexo en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018..	32
Tabla 4: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el peso al nacer en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.....	33
Tabla 5: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el número de controles que hayan tenido la madre durante el embarazo en cuatro consultorios. Centro de Salud Pascuales. Enero – julio 2018.	34
Tabla 6: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el nivel de educación de la madre en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.....	34
Tabla 7: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el tiempo de captación del embarazo en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.....	35
Tabla 8: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el tiempo que recibieron lactancia materna exclusiva en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.	36
Tabla 9: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el tiempo que recibieron lactancia materna con alimentación complementaria en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – junio 2018.....	36
Tabla 10: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el consumo de agua en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.	37
Tabla 11: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el per cápita familiar en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.	38
Tabla 12: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y la administración de suplementos vitamínicos en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.	38
Tabla 13: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el antecedente de parasitosis en el último año en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.	39
Tabla 14: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el número de comidas en el día en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.....	40
Tabla 15: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el tipo de alimentación (guías de alimentación MSP y Ministerio de	

Educación) en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.....	40
Tabla 16: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y la frecuencia de enfermedades respiratorias en el último año en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.	41
Tabla 17: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y la frecuencia de enfermedades diarreicas en el último año en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.	41

5 ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado del representante:	50
Anexo 2: Encuesta	51

6 Resumen

Antecedentes: La malnutrición en los niños es un problema de salud. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de nivel investigativo relacional, para asociar los factores de riesgo con el estado nutricional en niños de 1 a 4 años en niños, en cuatro consultorios del centro de salud Pascuales, en el año 2018. De tipo observacional, transversal, y prospectivo y analítico. Se procesó la información para obtener los resultados en número y porcentajes. **Resultados:** El estado malnutrición por defecto predomina con 160 niños con el 63,49 %. Dentro del nivel de educación de la madre predominó el secundario con 138(54,76%). El consumo de agua lo hacen de forma inadecuada con un total de 131(51,98%). Se presenta un alto índice de pobreza con 122 (48,41%). Existe asociación estadística del estado nutricional con el bajo peso al nacer con una p 0,025 **Conclusiones:** Según las variables sociodemográficas predominaron los niños de dos años, el sexo femenino y la raza mestiza. La malnutrición por defecto fue el estado nutricional que mayormente se presentó. Existió asociación estadística entre el bajo peso al nacer, la no lactancia materna con alimentación complementaria después de los seis meses de edad, el deficiente número de comidas en el día y alta frecuencia de enfermedades diarreicas con la malnutrición por defecto.

Palabras Clave: Malnutrición / Recién nacido de bajo peso / Alimentación complementaria / Estado nutricional

7 Abstract

Background: Malnutrition in children is a health problem. **Materials and Methods:** A relational research level study was carried out to associate the risk factors with the nutritional status in children from 1 to 4 years old in children, in four clinics of the Pascuales health center, in 2018. Observational type , transversal, and prospective and analytical. The information was processed to obtain the results in number and percentages. **Results:** Malnutrition status by default predominates with 160 children with 63.49%. Within the education level of the mother, the secondary predominated with 138 (54.76%). Water consumption is inadequate, with a total of 131 (51.98%). There is a high poverty rate with 122 (48.41%). There is statistical association of nutritional status with low birth weight with a p 0.025 **Conclusions:** According to the sociodemographic variables, the two-year-old children, the female sex and the mestizo race predominated. Malnutrition by default was the nutritional status that was mostly presented. There was statistical association between low birth weight, non-breastfeeding with complementary feeding after six months of age, poor number of meals in the day and high frequency of diarrheal diseases with malnutrition by default.

Palabras Clave: Malnutrition / Low birthweight newborn / Complementary feeding / Nutritional status

8 INTRODUCCIÓN

La malnutrición por defecto se refiere a las carencias de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. (1) Es considerado como un problema de salud a nivel mundial. Cifras recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento. Alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años están relacionados con la desnutrición, los países más afectados son los de ingresos bajos y medianos. (1)

Desde el vientre materno hasta los cinco años transcurre una de las etapas más importantes en la vida de un ser humano, ya que es determinante para su correcto desarrollo físico y mental, si existe alguna alteración en este periodo de tiempo puede traer consecuencias irreversibles en el futuro. (2)

A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011), sufre desnutrición crónica. La desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se relaciona con un anormal desarrollo del cerebro, lo que produce consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo. Diversos estudios actuales de Sudáfrica Guatemala India, Brasil y Filipinas ratificaron la relación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento en la escuela, lo cual condujo a un fracaso escolar. Un niño con desnutrición cuando llega a la edad adulta tiene una mayor predisposición a tener sobrepeso y desarrollar enfermedades crónicas. Tres cuartas partes de los niños con desnutrición crónica en el mundo se encuentran en África subsahariana y el sur de Asia. En África subsahariana, el 40% de niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica; en el sur de Asia, la tasa es del 39%. En 2011, los cinco países con el mayor número de niños menores de 5 años con desnutrición crónica fueron: India (61,7 millones), Nigeria (11 millones), Pakistán (9,6 millones), China (8 millones) e Indonesia (7,5 millones). (3)

La región de América Latina y el Caribe se encuentra en una época de evolución en su desarrollo. En los últimos 20 años los países han avanzado en la prevención y control de las deficiencias nutricionales, se observa un rápido aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad que afecta a toda la

población sin importar condición económica, lugar de residencia o su origen étnico. El hambre, la desnutrición, la falta de micronutrientes, el sobrepeso, la obesidad se debe a la falta de acceso a una alimentación saludable que suministre la cantidad de nutrientes. El crecimiento económico y la mayor integración de América Latina y el Caribe en mercados internacionales ha fomentado cambios en la forma de alimentación: se evidencia una disminución del consumo de alimentos preparados y consumidos en el hogar, y un aumento en el consumo cada vez mayor de productos procesados con baja cantidad de nutrientes pero con alto contenido de azúcares, sodio y grasas. Este cambio en el patrón alimentario ha favorecido a la permanencia de la malnutrición en todas sus formas y a la disminución de la calidad de vida. Para América Latina y el Caribe, por ejemplo, el año 2015 significó la culminación de un ciclo positivo, en particular referido al Objetivo 1 de “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”. En efecto, la pobreza extrema se redujo en un 66%; la proporción de la población en edad laboral empleada subió de 57% a 62%. (4)

En el Ecuador uno de cada cinco niños menores de cinco años tiene baja talla para la edad, es decir desnutrición crónica. El 12% de los niños tiene desnutrición global, es decir bajo peso para la edad, mientras que el 16% nacen con bajo peso. Seis de cada 10 embarazadas y siete de cada 10 menores de un año sufren de anemia por deficiencia de hierro. Estas cifras casi aumentan en diversas poblaciones indígenas como por ejemplo en Chimborazo, la desnutrición alcanza un 44% mientras el promedio nacional es de 19%. El problema en Ecuador no es la falta de alimentos, es la desigualdad en el acceso a una alimentación adecuada por motivos educativos y económicos. (2)

Las dificultades nutricionales no son originadas solamente por la falta de una alimentación adecuada, las causas son variadas y complejas, entre las cuales tenemos las infecciones y enfermedades, falta de educación principalmente de la madre, mala educación nutricional, dificultad para acceder a los servicios de salud y falta de agua para consumo humano. Dentro de las causas estructurales se encuentran la pobreza y la débil aplicación del marco legal y las políticas públicas. La desnutrición tiende a decrecer en los últimos años, pero la velocidad con la que se disminuye no es suficiente para cumplir con las Metas

del Milenio, por lo tanto se necesitan mayores esfuerzos para alcanzar mejores resultados. (2)

Las propuestas para disminuir las desnutrición en el Ecuador especialmente en zonas de mayor pobreza y vulnerabilidad son: promover la lactancia materna y una alimentación complementaria dirigido a embarazadas y madres que dan de lactar a sus hijos e hijas de seis meses en adelante, programa Aliméntate Ecuador especialmente para familias que tienen niños y niñas menores de 5 años, programa integrado de micro nutrientes que incluye la fortificación de la harina de trigo con hierro, la fortificación de la sal con yodo, la suplementación con hierro y vitamina A y la diversificación de la dieta, programa de escuelas saludables, para lograr que niños y niñas tengan una dieta adecuada, tener un buen acceso al agua, saneamiento y a los servicios de salud. (2)

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En la población de niños de 1 a 4 años pertenecientes a los consultorios G, H, I, V de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Pascuales, se identificaron un considerable número de casos con malnutrición por defecto. La alimentación en los primeros años de vida es esencial para un correcto crecimiento y desarrollo. Un aporte inadecuado de nutrientes podrá resultar en afectaciones a largo plazo en la memoria, coordinación y regulación de la conducta.

El estado nutricional influye considerablemente en el estado de salud de los niños menores de 1 a 4 años. En la población atendida en el centro de salud de Pascuales se ha evidenciado en los controles a este grupo específico alteraciones frecuentes en su estado nutricional por defecto, sin embargo, no existe evidencia de estudios en esta población que identifique posibles factores de riesgo biológicos, sociales y ambientales que determinen la aparición de este problema de salud, por lo tanto es muy importante conocerlos para poder intervenir en ellos y de esta manera prevenir complicaciones en este grupo de edades, lo cual lleva al problema de esta investigación.

9.2 Formulación

¿Cuáles son los factores de riesgos que influyen en la malnutrición por defecto, en niños menores de 1 a 4 años atendidos por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de cuatro consultorios del centro salud de Pascuales?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Asociar los factores de riesgo a la malnutrición por defecto, en niños de 1 a 4 años de cuatro consultorios del centro de salud Pascuales, en el periodo de enero a diciembre del 2018.

10.2 Específicos

- Caracterizar según variables sociodemográficas los niños de 1 a 4 años de la población de estudio.
- Determinar el estado nutricional de los niños de este grupo de edad.
- Identificar los factores de riesgos biológicos, sociales y ambientales en la población de estudio.
- Determinar la posible asociación entre la presencia de factores de riesgo de malnutrición y el diagnóstico de la enfermedad.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Definición de estado nutricional.

El estado nutricional es la consecuencia del balance entre la reserva de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, su desequilibrio puede causar mala nutrición. El estado nutricional es un componente principal para alcanzar una salud recomendable y garantizar una buena calidad de vida, es el principio que más influye en el crecimiento y desarrollo del niño, por lo que al alterarse se produce un retardo y detención del crecimiento del niño. (5)

El estado nutricional es consecuencia de interacciones de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que precisa a ser concretos cuando se trata de valorarlo, por lo tanto, este viene a ser el ejercicio clínico en el que se recogen en los pacientes indicadores o variables como son clínicas, antropométricas, bioquímicas y dietéticas que cuando se analizan conjuntamente, brindan información sobre el estado nutricional y permiten diagnosticar el tipo y grado de la malnutrición. (5)

Las medidas antropométricas, son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos, estas nos permiten evaluar a los individuos y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y adecuado al contexto, para de esta manera identificar el estado de nutrición. Entre los aspectos a considerar se encuentran: (5)

- Peso para la edad:

Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global, permite excluir entre el niño delgado, de escasa estatura o casos en que concuerdan ambas. Evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra. (5)

- Talla para la edad

Detecta la desnutrición crónica es un indicador de crecimiento lineal, al restringirse la alimentación, la velocidad del crecimiento, tanto el peso como la talla disminuyen, sin embargo, el peso puede recuperarse rápidamente al

reanudarse una adecuada alimentación, pero la talla es mucho más difícil de recuperar. (5)

- Peso para la talla.

Es un indicador de crecimiento actual relaciona el peso que tiene el niño en relación con su talla en un momento determinado, detecta la desnutrición aguda o el sobrepeso. La mayor parte de los individuos definen la presencia de obesidad de acuerdo con el peso corporal; el problema básico que implican estas medidas es que el peso guarda una relación estrecha con la talla. (5)

Índice de masa corporal (IMC).

También conocido como índice de Quetelet, que fue descrito y publicado por L. Adolph Quetelet en 1871. Se fundamenta en el análisis que existe entre el peso corporal de individuos de uno y otro sexo dividido al valor de la estatura elevada al cuadrado: peso en kg/ (estatura en m²). Cabe destacar que no requiere del uso de tablas de referencia. (5)

11.2 La desnutrición.

La desnutrición es definida como la condición patológica procedente de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo, también a la carencia de una sola vitamina en la dieta, así como puede darse cuando uno o más de los nutrientes de la dieta diaria no son absorbidos o digeridos apropiadamente. (6)

La desnutrición primaria se da cuando los aportes de nutrientes no pueden ser dados por la situación económica, cultural y/o educativa; así mismo, se clasificará como desnutrición secundaria cuando los nutrientes no son consumidos por el cuerpo humano debido a enfermedades. (6)

Un estado nutricional valioso favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene una buena salud, brinda apoyo a las actividades cotidianas y previene enfermedades y trastornos. (6)

El estado nutricional de una persona manifiesta el grado en que están distribuidos los nutrientes en el organismo. La entrada de nutrientes dependerá del consumo de alimentos, de la utilización por parte del organismo, y del

predominio de factores socioeconómicos, emocionales, culturales, físicos, etc. Cualquier situación de desequilibrio por deficiencia o exceso de nutrientes, comprometerá el estado nutricional y sus funciones vitales. Por lo tanto de mucha importancia aplicar técnicas apropiadas para la valoración nutricional, que permitan descubrir si hay carencias nutricionales en las primeras fases del desarrollo, de esta manera, se podrá mejorar el consumo alimentario antes de que aparezca un trastorno más grave que lo lleve a la malnutrición. (6)

Las grupos con mayores riesgos por deficiencia de nutrientes son los niños, las embarazadas, los ancianos, los lactantes, las personas hospitalizadas, los enfermos crónicos y las familias de bajos ingresos; en estos casos, la carencia puede obedecer a un consumo inadecuado, a un incremento de sus necesidades, a alteraciones en la digestión o en la absorción, a problemas metabólicos, o a un aumento de la excreción de nutrientes esenciales. La malnutrición puede inducir alteraciones en el crecimiento y el desarrollo, osteoporosis, menos resistencia a las infecciones, cicatrización deficiente de heridas y un resultado clínico desfavorable con mayor riesgo de enfermedades y supervivencia. (6)

Debido a las diferentes causas que pueden originar este estado de malnutrición, la valoración del estado nutricional de una persona sana o enferma se convierte en un requisito indispensable para el planteamiento de cualquier tratamiento nutricional. La evaluación del estado nutricional a través de las mediciones del peso y talla son la base del monitoreo del crecimiento del niño y niña. Utilizando los patrones internacionales de crecimiento permiten clasificar al niño en: normal, desnutrido moderado o severo, sobrepeso u obeso. (6)

Existen varios tipos de malnutrición:

Desnutrición crónica, cuando la talla está por debajo del mínimo para la edad.

Desnutrición aguda, cuando el peso está por debajo del mínimo para la talla.

Desnutrición global, cuando el peso está por debajo del mínimo para la edad.

Sobrepeso, cuando el peso está por encima del máximo para la talla.

Obesidad, cuando el peso está muy por encima del máximo para la talla. (5)

Además de la formación del cerebro, otro aspecto crítico del período temprano es que la velocidad del crecimiento durante la gestación y los tres primeros años es acelerada y se va reduciendo con la edad. A partir de la publicación de los nuevos estándares de crecimiento por la Organización Mundial de la Salud

(OMS) en el año 2006, ésta constituye la población de referencia que debe ser usada para los cálculos de estado nutricional ya sea con fines de medir el crecimiento o de hacer diagnóstico de desnutrición, por lo que se recomienda usar únicamente los nuevos patrones de crecimiento de la OMS. Una vez, se ha medido el peso y la talla; ambos resultados deben ser analizados por medio de los nuevos estándares de la OMS que son abalados y utilizados por sistema de salud el cual se analizan por medio de puntuación donde se coloca las desviaciones estándar para cada índice: Peso / Longitud o Peso/ Talla; además permite clasificar y evaluar cada índice según su edad y género. Brindando un diagnóstico sobre el estado nutricional de cada niño o niña evaluado. (5)

11.3 Desnutrición aguda

En término desnutrición aguda, se utiliza para describir un proceso grave y reciente que ha llevado a una pérdida de peso, por lo general como consecuencia del hambre aguda o enfermedad grave. La desnutrición aguda se refiere a un estado actual de deficiencia nutricional medida según el peso para la talla. Se presenta cuando existe un aporte insuficiente de macro y micronutrientes que provoca disminución tanto en la masa muscular como en la grasa corporal lo que provoca un bajo peso para la talla. La desnutrición severa se manifiesta clínicamente como Marasmo, Kwashiorkor y en unos casos mixta. Por su severidad y alta letalidad el tratamiento de este tipo de desnutrición, de no tratarse oportunamente requiere la hospitalización de los pacientes cuando el niño o niña presenta complicaciones. Con esta intervención se persigue estabilizar sus funciones vitales, tratar las complicaciones y dar inicio a la recuperación nutricional para que posteriormente su tratamiento sea continuado en forma ambulatoria en la comunidad. El manejo de la desnutrición aguda en la comunidad, comprende todas las acciones que facilitan la identificación oportuna de niños afectados, su tratamiento en las comunidades donde residen, o en caso necesario, su referencia para ser tratado en los servicios de salud; así consumo recuperación e incorporación a las acciones preventivas que brindan los servicios de salud. (7)

Los signos clínicos de desnutrición aguda severa otro criterio utilizado para clasificar la desnutrición aguda severa es la presencia de signos clínicos de

marasmo o kwashiorkor, como dos cuadros clínicos diferentes de manifestación de la desnutrición proteico-energética. Los hallazgos más sobresalientes son:

Delgadez extrema o marasmo: Existe falta de tejidos (músculos y tejido graso) el niño o niña presenta apariencia de “viejito” ya que su piel se ve arrugada y pegada a los huesos. El cabello se ve ralo y decolorado, algunos pueden verse desgastados e irritables (7).

Hinchazón o Kwashiorkor: Se le llama “enfermedad del destete abrupto” ya que generalmente sucede cuando al niño o niña tempranamente o de un día para otro, se le retira la leche materna, de esta manera deja de recibir un alimento de calidad. Por la forma redonda que adopta su cara se le conoce como “cara de luna”. Puede presentar también lesiones “pelagroides” que se ven como costras y descamación de la piel. El niño o niña con este problema presenta hinchazón (edema) en la cara y extremidades. Los niños y niñas con Kwashiorkor no se pesan pues la hinchazón da un valor falso de peso, más alto que el verdadero. (7)

Kwashiorkor – Marasmático (Kwashiorkor y marasmo) son condiciones distintas, pero en comunidades donde ocurren ambas, los casos de desnutrición severa a menudo presentan características de ambas. (7)

Peso para la edad

Refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en un día determinado. Este índice se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso y muy bajo peso; pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso es relativamente fácil de medir, comúnmente se usa este indicador, pero no es confiable en los casos en los que la edad del niño no puede determinarse con exactitud, como en las situaciones de refugiados. (8)

Desnutrición global

El peso para la edad refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica, su déficit se expresa también como desnutrición global. Es influido por la talla del niño o niña, relación de la talla para la edad. Este índice puede usarse dentro de un sistema de alerta temprana. (8)

Longitud para la edad

Refleja el crecimiento alcanzado en longitud para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. Un niño con baja talla puede tener un peso para la talla normal y tener bajo peso para la edad a causa de una longitud o talla baja. (8)

11.4 Desnutrición crónica

La talla para la edad refleja el crecimiento lineal alcanzado a una determinada edad. El término de retardo en crecimiento (retardo en talla) o desnutrición crónica, indica deficiencias acumulativas de la salud y nutrición a largo plazo, es reflejo de un fracaso en el desarrollo del potencial de crecimiento del individuo, como resultado de condiciones sanitarias y nutricionales no óptimas. (8)

Antropometría

El Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá INCAP, establece que la antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Cuando el peso y talla se toman de una manera adecuada nos permiten obtener medidas de alta calidad, que ayudan a asegurar un diagnóstico nutricional correcto. (9)

11.5 Crecimiento y desarrollo temprano

El crecimiento se refiere al incremento de la estatura y del tamaño de los órganos del cuerpo producto de un incremento de masa corporal por un aumento del número de células o por el tamaño de las células, y el desarrollo se refiere a la mayor capacidad funcional de sus sistemas producto de la maduración, diferenciación e integración de sus funciones en aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales, entre los principales. (10)

El periodo temprano se refiere a la gestación y los tres primeros años de vida. Aunque el crecimiento y desarrollo termina con la adolescencia, es el periodo temprano el que representa mayor vulnerabilidad por la formación del cerebro y los órganos vitales, y en el caso de las niñas, los órganos reproductores. Las

alteraciones producidas en el período temprano tienen consecuencias en todas las esferas del desarrollo, como en la estatura, en la capacidad física, en la capacidad intelectual, en la salud, en el desarrollo emocional y social. Las consecuencias en los órganos vitales están referidas a la mayor probabilidad de enfermedades crónicas en la edad adulta tales como enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y obesidad, y consecuencias en la capacidad reproductiva en el caso de las mujeres. (11)

Contrario al concepto erróneo de que los genes eran los únicos responsables del desarrollo, ahora se sabe que la nutrición, la salud, la higiene, la protección y la estimulación psicoafectiva tienen igual o mayor importancia en el desarrollo temprano del niño. Además de ello también se sabe que los efectos de las alteraciones causadas por los ambientes desfavorables son permanentes y pueden transmitirse de generación en generación por mecanismos que no involucran cambios en los genes. (11)

El monitoreo del crecimiento y desarrollo temprano consiste en la evaluación del niño y la niña de manera individual, periódica y sistemática de su crecimiento y desarrollo. Es exitoso cuando se ofrece al niño el contenido, la calidad y oportunidad de la atención necesarias. (11)

El control de crecimiento y desarrollo son el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de salud con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de cinco años a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de ese modo reducir la severidad y duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte. (11)

El estado nutricional del niño y la niña, medido en un momento específico, brinda información muy importante porque resume su nivel de crecimiento para un momento específico, sin embargo, por sí solo no constituye todo el monitoreo ya que solamente indican si el niño presenta un perfil de crecimiento adecuado o inadecuado, comparado con la norma de crecimiento para su edad en el momento de la evaluación. (11)

11.6 Factores de riesgo relacionados con la desnutrición infantil

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. (3)

11.6.1 Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer es cuando los niños nacen con un peso por debajo de los 2.500 gramos (5 libras, 8 onzas), los cuales son muy pequeños en comparación a otros bebés. Como promedio los recién nacidos pesan alrededor de 8 libras. La cabeza de un bebé de bajo peso al nacer parece ser más grande que el resto del cuerpo, y usualmente tienen un aspecto delgado con poca grasa en el cuerpo. (12)

El pequeño cuerpo del bebé no es tan fuerte y puede ser más difícil que se alimenten, suban de peso, y luchan contra infecciones graves. Por el motivo que tienen tan poca grasa en el cuerpo los bebés con bajo peso al nacer normalmente tienen dificultades para mantenerse en temperaturas normales. La causa principal del bajo peso al nacer es el nacimiento prematuro (nacer antes de las 37 semanas de gestación). Nacimiento prematuro significa que el bebé tiene menos tiempo en el útero de la madre para crecer y ganar peso. Gran parte del peso del bebé se obtiene durante la última etapa de embarazo. Otra causa del bajo peso al nacer es la restricción de crecimiento intrauterino. Un bebé con bajo peso al nacer puede correr un mayor riesgo de complicaciones. (12)

Dado que muchos bebés con bajo peso al nacer también son prematuros, puede ser difícil separar los problemas debido a la prematuridad de los problemas de solo ser tan pequeño. Generalmente, cuánto menor es el peso al nacer, mayor es el riesgo de complicaciones. Los siguientes son algunos de los problemas más comunes de los bebés de bajo peso al nacer:

Bajos niveles de oxígeno al nacer

Incapacidad de mantener la temperatura corporal

Dificultad para alimentarse y ganar peso

Infecciones

Problemas para respirar, como el síndrome de insuficiencia respiratoria en bebés (una enfermedad respiratoria de la prematuridad causada por pulmones inmaduros)

Problemas neurológicos, como hemorragia intraventricular (sangrado dentro del cerebro)

Problemas gastrointestinales, como enterocolitis necrotizante (una enfermedad grave del intestino que es común en bebés prematuros)

Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

Casi todos los bebés con bajo peso al nacer necesitan asistencia especializada en la unidad neonatal de cuidados intensivos (UNCI) hasta recuperar peso y estén lo suficientemente bien para irse a su casa. La supervivencia de los bebés con bajo peso al nacer depende ampliamente de cuánto pesa el bebé al nacer, siendo los bebés más pequeños (<500 gramos) los que tienen el menor índice de supervivencia. (12)

11.6.2 Deficientes controles durante el embarazo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desea mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación, para lo cual ha publicado una serie de recomendaciones. (14)

La atención prenatal es un momento necesario para que el profesional de la salud brinde atención, apoyo e información a las embarazadas. Entre lo que está la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para

la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (14)

La Organización Mundial de la Salud indica que el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales de la salud a lo largo del embarazo es de cuatro a ocho. Lo cual indica que el mayor contacto con la paciente embarazada especialmente adolescente reduce la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. (14).

11.6.3 Bajo nivel de educación de la madre

Los países en vías de desarrollo representan el 95% de los nacimientos entre las madres adolescentes, y las niñas tienen 5 veces más probabilidades de convertirse en madres cuando tienen un bajo nivel educativo. Los embarazos precoces y no deseados tienen efectos perjudiciales en la vida de las niñas adolescentes en términos de salud, situación socioeconómica y rendimiento escolar y además el nacimiento de niños que en el futuro tendrán riesgo de desnutrición infantil. Los riesgos fundamentales son la expulsión de la escuela y del hogar, la estigmatización por parte de la familia, la vulnerabilidad ante la violencia, la mayor pobreza y la mortalidad entre las madres y complicaciones de salud. (17)

La educación puede contribuir a abordar esta cuestión con eficacia, ya que cada año de educación adicional conlleva a una reducción de la fecundidad de un 10 %. En la India, se llevó a cabo un estudio de 58 programas que demostró que las niñas escolarizadas en el nivel de secundaria tenían un 70% menos de probabilidades de contraer matrimonios precoces con respecto a las niñas analfabetas. (17)

11.6.4 Captación tardía del embarazo

Para certificar un desarrollo normal del embarazo y evitar complicaciones que ponen en riesgo la vida del feto y la madre es importante realizar una captación temprana, lo cual es la recogida, reconocimiento, análisis y comprensión de toda la anamnesis de la gestante, la que se debe realizar desde las primeras sospechas de embarazo.(15)

Clasificación de la captación según la Edad Gestacional en que se realiza.

Captación precoz: Es la captación que se realiza hasta las 13.6 semanas

Captación intermedia: Desde las 14 hasta las 23.6 semanas

Captación Tardía: A partir de las 24 semanas

Al realizarse una captación tardía no se podrá prevenir con tiempo distintas infecciones, tanto las de transmisión sexual como el VIH, la hepatitis B o la sífilis, como las que se transmiten por otras vías tales como la rubéola, la toxoplasmosis, el citomegalovirus, el tétanos, Chagas o las infecciones bucodentales, poniendo énfasis en el control de enfermedades crónicas que representan entre el 15% y el 20% de todas las patologías de las embarazadas tales como hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, anemia, patología uterina y carcinoma de mama. (16)

11.6.5 Inadecuada lactancia materna exclusiva y con alimentación complementaria

Un niño que no se amamanta, o inclusive el que no recibe lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, pierde muchas o todas las excelencias de la lactancia como son:

La lactancia materna tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial.

La leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes ideales

El calostro y la leche materna tienen elementos que combaten las infecciones.

La lactancia es más económica que la alimentación con leche de fórmula.

La lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a no presentar otro embarazo.

La lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño.

Aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial.

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. (18)

Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado. Las familias y los niños en circunstancias difíciles necesitan una atención especial y apoyo práctico. Siempre que sea posible, las madres y los niños deben permanecer juntos y tener el apoyo que necesiten para recibir la opción alimentaria más apropiada entre las disponibles. (19)

11.6.6 Consumo de agua sin hervir

El agua es un elemento clave para la seguridad alimentaria y la nutrición. Sin embargo, tanto ahora como de cara al futuro son muchos los retos que se plantean para el agua, la seguridad alimentaria y la nutrición dentro del contexto más amplio de la vinculación entre el agua, la tierra, el suelo, la energía y los alimentos, a la luz de los objetivos de crecimiento integrador y desarrollo sostenible. (20)

El consumo de agua sin hervir puede causar enfermedades como, fiebre tifoidea, hepatitis A, infección intestinal causada por giardiasis, leptospirosis, amebiasis y otras enfermedades como el cólera, rotavirus o norovirus.

Esto ocurre porque las bacterias se desarrollan fácilmente en el agua y, aunque es más fácil que suceda en ríos y lagos contaminados, el agua de fuentes cristalinas también puede contaminarse por algún tipo específico de bacteria. La contaminación puede ocurrir por la ingestión de agua no potable, por el contacto directo con el agua de los alcantarillados o a través del consumo de alimentos cocinados o lavados con agua contaminada. (20)

11.6.7 Bajo per cápita familiar

Generalmente se utiliza para indicar la media por persona en una estadística social determinada. El uso más común es en el área de los ingresos. Así, existen índices de renta per cápita, ingresos familiares per cápita, renta familiar disponible per cápita. También se elaboran índices de consumo de productos per cápita, como energía, alimentos y medios de comunicación, así como sus funciones. También se refiere al ingreso por persona en un determinado país para lograr saber su nivel de productividad en dicho sector. Un bajo per cápita familiar puede tener como consecuencia que no se adquieran los alimentos adecuados para la nutrición de los menores de cinco años. (21)

Cabe señalar que para la medición de la pobreza, el INEC utiliza recomendaciones internacionales, para lo cual se compara el ingreso per cápita familiar con la línea de pobreza y pobreza extrema, que en el mes de junio de 2018 se ubicaron en \$ 84,72 y \$ 47,74 mensuales por persona respectivamente. Los individuos cuyo ingreso per cápita es menor a la línea de pobreza son considerados pobres, y si es menor a la línea de pobreza extrema son considerados pobres extremos. (21)

11.6.8 Falta de administración de suplementos vitamínicos

La desnutrición debida a la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se puede manifestar de múltiples maneras. La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad son sólo algunas de ellas.

Una nutrición adecuada tiene que incluir las vitaminas y minerales esenciales que necesita el organismo. Sus carencias están muy extendidas y son causa de distintas enfermedades. (22)

Vitamina A

Un niño que carece de esta vitamina es más propenso a las infecciones, que serán más graves y aumentarán el riesgo de mortalidad. Su falta aumenta el riesgo de ceguera. También produce daños en la piel, la boca, el estómago y el sistema respiratorio. La administración de vitamina A reduce el riesgo de mortalidad por sarampión. Se estima que en poblaciones con deficiencia de esta

vitamina, su administración puede reducir la mortalidad infantil por sarampión en un 50%, y la mortalidad por diarrea en un 40%. El riesgo de mortalidad infantil puede reducirse en un 23%. Las intervenciones en las que se basan estas cifras incluyeron el enriquecimiento de alimentos y la administración de suplementos orales. (22)

Hierro y ácido fólico

La deficiencia de hierro afecta a cerca del 25% de la población mundial. La falta de hierro puede causar anemia y reduce la capacidad mental y física. Durante el embarazo se asocia al nacimiento de bebés con bajo peso, partos prematuros, mortalidad materna y mortalidad fetal. La deficiencia de hierro durante la infancia reduce la capacidad de aprendizaje y el desarrollo motor, así como el crecimiento; también daña el sistema de defensa contra las infecciones. En los adultos disminuye la capacidad de trabajo. La mayor parte de las personas que sufre carencia de hierro son mujeres y niños en edad preescolar. (22)

11.6.9 Parasitosis intestinal

Las parasitosis intestinales son un problema de importancia al que se enfrentan los países en vías de desarrollo. Estas infecciones son asintomáticas, pero representan un factor de morbilidad importante cuando se asocian a la desnutrición. (13)

La infección intestinal parasitaria afecta principalmente a la población infantil, la cual es especialmente dispuesta de adquirirla, principalmente cuando la forma infectante del parásito penetra por vía oral.

En los países subdesarrollados, las malas condiciones higiénicas, la escasa cultura, el deficiente saneamiento ambiental y las pobres condiciones socioeconómicas están asociadas directamente con la presencia, persistencia y la diseminación de parásitos intestinales, así como con las características geográficas y ecológicas específicas del lugar. (13)

11.6. 10 Deficiente número de comidas en el día

Si el niño no lleva una alimentación correcta puede presentar desnutrición, sobrepeso u obesidad.

Para que el niño tenga una alimentación saludable y cumpla con las características de la misma, se debe aplicar las siguientes sugerencias:

Consumir diariamente frutas y verduras, agua segura como bebida principal
Mantener los horarios de cinco tiempos de comida: desayuno, refrigerio a media mañana, almuerzo, refrigerio a media tarde y merienda. Aprovechar el tiempo de comida como espacio para la convivencia familiar. Seleccionar alimentos y bebidas naturales, y alimentos que contengan menor cantidad grasas, azúcares y sal. (23)

11.6.11 Falta de consumo de alimentos necesarios

La falta de consumo de los alimentos de los siguientes grupos lleva a la desnutrición de niños.

Grupo 1: Verduras, frutas y hortalizas Fuente principal de vitaminas y minerales, indispensables para regular las funciones vitales de los sistemas nervioso e inmunológico, y para los procesos de digestión y reparación del organismo. Es importante que se consuma a diario, porque previenen enfermedades. (23)

Las verduras de color verde intenso y amarillo contienen betacarotenos que son sustancias que se transforman en vitamina A en el organismo. Las verduras frescas aportan con vitamina C, ayudan al crecimiento, protegen las encías y ayudan a cicatrizar heridas. Se debe consumir dos porciones diarias de verduras y hortalizas en diferentes preparaciones. (23)

Las frutas contienen vitaminas, minerales y fibra; necesarios para proteger contra las enfermedades y mantener un buen estado de salud. Las frutas como la guayaba, naranja, piña, limón, mandarina, manzana contiene vitamina C, indispensable para fortalecer el sistema inmunológico. El mango, papaya, tomate de árbol, guineo, taxo, durazno y uvillas aportan con vitamina A. Esta vitamina es importante para tener la vista sana, ayuda al crecimiento y desarrollo. Las frutas de colores amarillo, anaranjado, rojo y verde oscuro nos indican que tienen propiedades beneficiosas para el organismo y protegen contra enfermedades infecciosas y otras como el cáncer. (23)

Grupo 2: Cereales tubérculos y plátanos. Fuente principal de carbohidratos y vitaminas, proporcionan la mayor parte de energía que se necesita para mantenerse sano y un normal crecimiento. Los cereales tienen forma de espiga, los más utilizados en nuestra alimentación son el trigo, amaranto, arroz, maíz, quinua, cebada, avena y centeno. Los cereales integrales son los que han sido menos procesados y contienen mayor cantidad de nutrientes y fibra, ayudan a la digestión y a disminuir el colesterol en la sangre entre otras. Los tubérculos como papas, ocas, camote, melloco, zanahoria blanca, también aportan energía. Los plátanos como oritos, guineos, maduros, maqueños verdes, rosados aportan energía y potasio. (23)

Grupo 3: Alimentos de origen animal y leguminosas Representan la fuente principal de proteína de la dieta, son importantes para formar y reparar tejidos, los alimentos de origen animal son; Lácteos, huevos, carnes, pescados, mariscos y vísceras. Leguminosas como frejol, lenteja, arveja, chochos, habas, soya. Las oleaginosas como maní, nueces, semillas de zambo y zapallo, tocte además contienen grasas esenciales que ayudan a mejorar el rendimiento escolar. (23)

11.6.12 Enfermedades respiratorias

Los niños con enfermedades respiratorias crónicas pueden presentar malnutrición, tanto por déficit como por exceso. El manejo integral de estos pacientes por un equipo de salud interdisciplinario favorece la prevención de los trastornos nutricionales, su diagnóstico precoz y manejo oportuno. En el niño existe una compleja interrelación entre nutrición, desarrollo, crecimiento y función pulmonar, al igual que con la capacidad de respuesta inmunológica a las infecciones, de manera que el optimizar el estado nutricional puede ser una valiosa herramienta terapéutica para una mejor evolución global. Diversos factores influyen en el estado nutricional de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, como son el tipo de patología, la edad de inicio, duración y severidad de éstas. Otro factor es el uso de medicamentos que interactúan directa o indirectamente con los nutrientes, como por ejemplo los cortico esteroides, que modifican el gasto calórico, el metabolismo óseo, la composición corporal y que además pueden disminuir el crecimiento estatural. La prevención, el diagnóstico precoz de desnutrición y apoyo nutricional oportuno

cobran especial interés, no solamente para evitar el compromiso estatural futuro, sino que también secuelas en el desarrollo neurológico. Así, la evaluación nutricional anticipatoria y regular, inserta en un equipo de salud interdisciplinario permiten manejar en forma más eficiente problemas que deben ser enfocados desde distintas perspectivas. (24)

11.6.13 Enfermedades diarreicas

La malnutrición infantil sigue siendo un problema común en los países en desarrollo, llegando a abarcar aproximadamente a la tercera parte de los niños menores de cinco años a nivel mundial. Está ampliamente aceptado que las enfermedades diarreicas son parte de las causas inmediatas de la malnutrición, junto con una alimentación inadecuada y la consecuente carencia de energía y nutrientes. (25)

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, causada por bacterias, virus o parásitos; en otras ocasiones, aparece simplemente por problemas digestivos o una absorción incompleta o defectuosa de los nutrientes del contenido intestinal. Las personas desnutridas o inmunodeprimidas son las más vulnerables, y en especial los niños más pequeños. De hecho, las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte entre los menores de 5 años: según la Organización Mundial de la Salud, matan a unos 525.000 niños en esa franja de edad cada año. (25)

11.7 Bases legales

La constitución del Ecuador en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo. Estos cambios también se encuentran estipulados en Plan Nacional de Buen vivir, donde se menciona en el objetivo 3 para promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas; desarrollar e implementar mecanismos que

permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada, para una vida sana y con menores riesgos de malnutrición y desórdenes alimenticios e impulsar programas para promover buenos hábitos alimenticios.

Además se busca fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población (26)

12 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El bajo peso al nacer, los deficientes controles durante el embarazo, la captación tardía del embarazo, la inadecuada lactancia materna, el consumo de agua sin hervir, el bajo per cápita familiar y de instrucción de las madres, la no administración de suplementos vitamínicos, el antecedente de parasitismo intestinal, el deficiente número de comidas en el día, la falta de consumo de alimentos necesarios, la alta frecuencia de enfermedades respiratorias y diarreicas influyen en la malnutrición por defecto en los niños de 1 a 4 años.

13 MÉTODOS

13.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de nivel investigativo relacional de los factores de riesgo con el estado nutricional en niños de 1 a 4 años; de tipo observacional por no existir intervención del investigador; transversal porque se realizó una sola medición de las variables en estudio; prospectivo dado que los datos se tomaron de fuentes de información primarias (encuesta e historia clínica) y analítico ya que se relacionaron dos variables de estudio.

13.2 Diseño de la investigación

13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La investigación incluyó todos los niños de 1 a 4 años atendidos en los consultorios G, H, I, V del centro de salud Pascuales y se desarrolló en el periodo de enero a diciembre de 2018.

Criterios de inclusión

Niños incluidos en la población de estudio, cuyos padres, madres o tutores firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Niños con enfermedades crónicas que inciden en la malnutrición por defecto.

Niños que no se encuentren luego de dos citas o visitas para recolectar los datos de la encuesta.

13.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, siempre se respetaron las normas éticas de la declaración de Helsinki.

La recogida de la información se realizó en el periodo de enero a julio del año 2018.

Se caracterizaron los niños de 1 a 4 años desde el punto de vista sociodemográfico, cuyos datos se obtuvieron de las historias clínicas individuales.

A continuación se determinó el estado nutricional de los niños incluidos en la población de estudio, teniendo en cuenta los datos recogidos en las historias clínicas individuales.

Se diseñó una encuesta por el autor que fue validada por expertos en Medicina Familiar y Comunitaria y en Bioestadística, la cual permitió identificar junto con la historia clínica, los factores de riesgo para la malnutrición por defecto presentes en los niños.

Esta encuesta fue aplicada a las madres, padres o tutores de los niños.

Para finalizar se asociaron los factores de riesgo para la malnutrición por defecto con la presencia de la enfermedad.

13.2.3 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Documental (historia clínica)
Sexo	Documental (historia clínica)
Etnia	Documental (historia clínica)
Peso	Documental (historia clínica)
Talla	Documental (historia clínica)
Índice de masa corporal	Documental (historia clínica)
Peso al nacer	Documental (historia clínica)
Controles durante el embarazo	Documental (historia clínica)
Nivel de educación de la madre	Encuesta
Captación de embarazo	Documental (historia clínica)
Lactancia materna exclusiva	Encuesta
Lactancia materna con alimentación complementaria	Encuesta

Consumo de agua	Encuesta
Per cápita familiar	Encuesta
Administración de suplementos vitamínicos	Encuesta
Antecedente de parasitosis	Encuesta
Número de comidas en el día	Encuesta
Tipo de alimentación (según guías de alimentación de MSP Y Ministerio de Educación)	Encuesta
Frecuencia de enfermedades respiratorias	Encuesta
Frecuencia de enfermedades diarreicas	Encuesta

13.2.4 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de la información se realizó en una computadora hp core i3 utilizando Windows 10, se ingresaron los datos en hoja Excel y se codificaron para trasladarlos al programa estadístico SPSS versión 20 para ser procesados y analizados. La prueba estadística que se utilizó fue H Kruskal Wallis por ser la variable de estudio categórica ordinal politómica.

11.3 Variables

13.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	Años	Numérica discontinua
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino femenino	Categórica nominal dicotómica
Etnia	Etnia	Blanca Negra Mestiza Mulata Montubia Indígena Otras	Categórica nominal dicotómica

Peso	Peso	Kg	Numérica continua
Talla	Talla	Cm	Numérica continua
Índice de masa corporal	Peso talla	Kg/m ²	Numérica continua
Peso al nacer	Menos de 2500gr 2500gr – 2999gr 3000gr – 3999gr 4000 gr y más	Bajo peso Peso de riesgo Normopeso Macrosómico	Categórica ordinal
Controles durante el embarazo	Menos de 5 5 controles Más de 5 controles	Deficiente Suficiente Óptimo	Categórica ordinal
Nivel de educación de la madres	Último nivel aprobado	Primaria Secundaria Superior Posgrado	Categórica ordinal
Captación de embarazo	Hasta las 13.6 semanas a partir de la fecha de amenorrea. Entre las 14 y las 23.6 semanas A partir de las 24 semanas.	Captación temprana Captación intermedia Captación tardía	Categórica ordinal
Lactancia materna exclusiva	0 a 6 meses	Adecuada Inadecuada	Categórica nominal
Lactancia materna con alimentación complementaria	6 a 24 meses	Adecuada Inadecuada	Categórica nominal
Consumo de agua	Hierve No hierve	Adecuado Inadecuado	Categórica nominal

Per cápita familiar	Mayor a \$84.72 De \$84.72 a \$47.74 Menor de \$47.74	Ingreso optimo Pobreza Pobreza extrema	Catagórica ordinal
Suplementos vitamínicos	Administración de suplementos vitamínicos	Si No	Catagórica nominal
Antecedente de parasitosis	Antecedente de parasitosis	Si No No sabe	Catagórica nominal
Número de comidas en el día	Menos de 3 veces 3-4 veces al día 5 veces al día	Deficiente Aceptable Satisfactorio	Catagórica ordinal
Tipo de alimentación (según guías de alimentación de MSP,	Grupo 1: Verduras, frutas, hortalizas Grupo 2: Cereales, tubérculos y plátano Grupo 3: Alimentos de origen animal, leguminosas, lácteos, huevos	Ninguno Parcial Total	Catagórica ordinal
Frecuencia de enfermedades respiratorias	1 a 3 veces al año 4 a 10 veces al año 11 o más veces al año	Poco frecuente Frecuente Muy Frecuente	Catagórica ordinal
Frecuencia de enfermedades diarreicas	1 a 3 veces al año 4 a 10 veces al año 11 o más veces al año	Poco frecuente Frecuente Muy Frecuente	Catagórica ordinal

14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de las variables sociodemográficas que le dan salida al primer objetivo de este estudio se muestran en las tablas del 1 al 2.

Tabla 1: Distribución de los niños de 1 a 4 años según edad y sexo en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2018

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	27	21,77	30	23,44	57	22,62
2	46	37,10	41	32,03	87	34,52
3	31	25,00	37	28,91	68	26,98
4	20	16,13	20	15,63	40	15,87
Total	124	100,00	128	100,00	252	100,00

Fuente: historia clínica

En la tabla 1, se presenta la distribución de la población según edad y sexo, donde el sexo femenino con 128 personas predomina al sexo masculino con 124 personas. El mayor porcentaje de la población se encuentra en el grupo de edad de 2 años, 87 personas para un 34,52 %.

Se observa similitudes entre esta investigación con los datos del INEC donde en el Censo 2010, la población según el sexo en el cantón Guayaquil predominan las mujeres en relación a los hombres. (27)

Tabla 2: Distribución de los niños de 1 a 4 años según etnia y sexo en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Blanca	3	2,42	5	3,91	8	3,17
Negra	25	20,16	17	13,28	42	16,67
Mestiza	80	64,52	89	69,53	169	67,06
Mulata	8	6,45	6	4,69	14	5,56
Montubia	8	6,45	10	7,81	18	7,14
Indígena	0	0,00	1	0,78	1	0,40
Total	124	100,00	128	100,00	252	100,00

Fuente: historia clínica

En la tabla 2, se presenta la distribución de la población según la etnia y el sexo, donde la etnia mestiza predomina con 169 personas con el 67,06 %.

Se observa diferencias con los datos del INEC en el Censo 2010 en donde la población según la etnia en el cantón Guayaquil es blanca 11,48%, negra 10,77%, mestiza 70,83%, mulata 0,59%, montubia 4,95% e indígena 1,38% (27)

A continuación en la tabla 3 se resume el estado nutricional correspondiente al segundo objetivo del estudio.

Tabla 3: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y sexo en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Estado nutricional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Malnutrición por defecto	83	66,94	77	60,16	160	63,49
Normopeso	29	23,39	37	28,91	66	26,19
Malnutrición por exceso	12	9,68	14	10,94	26	10,32
Total	124	100,00	128	100,00	252	100,00

Fuente: historia clínica

En relación al estado nutricional la malnutrición por defecto predominó con 160 niños con el 63,49%, siendo el sexo masculino el de mayor número con 83 casos.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2011 a 2013, en el Ecuador la malnutrición por defecto se ubicó en un 35%, lo que difiere de los resultados obtenidos en la investigación. (28)

En un estudio realizado por Camila Hurtado Quintero et al en el municipio de Antioquia en 2015 obtuvo como resultado 37% de malnutrición por defecto lo cual también difiere del estudio. (29)

Las tablas del 4 al 17, resumen los factores de riesgo correspondientes al tercer objetivo del estudio, además de su relación con el estado nutricional.

Tabla 4: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el peso al nacer en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Peso al nacer	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Bajo peso	61	38,13	16	24,24	0	26,9%	77	30,56	0,025
Peso de riesgo	21	13,13	5	7,58	3	50,0%	29	11,51	
Normopeso	78	48,75	42	63,64	6	23,1%	126	50,00	
Macrosómico	0	0,00	3	4,55	17	0,0%	20	7,94	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,0%	252	100,00	

Fuente: historia clínica

En la tabla 4, se presenta la relación entre el peso al nacer y el estado nutricional de los niños, donde el normo peso predomina con 126 niños que corresponde al 50%. En la relación del peso al nacer con la malnutrición por exceso prevalece el bajo peso con el 38.13%. La p es de 0,025 por lo tanto existe asociación estadística.

Se diferencia del estudio de Sara Orozco Rodríguez en la provincia de Camagüey del país de Cuba en el año 2014, donde identificaron a 55 niños con desnutrición por defecto, en donde el bajo peso al nacer afectó al 29.0% de ellos. (30)

En el estudio de Virginia Daza en Popayán de Colombia se identificó 31,4% con bajo peso al nacer que difiere con el estudio. (31)

Tabla 5: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el número de controles que hayan tenido la madre durante el embarazo en cuatro consultorios. Centro de Salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Controles durante el embarazo	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Deficiente	88	55,00	17	25,76	1	3,85	106	42,06	0,292
Suficiente	47	29,38	22	33,33	12	46,15	81	32,14	
Optimo	25	15,63	27	40,91	13	50,00	65	25,79	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: historia clínica

En la tabla 5, se presenta la relación entre los controles durante el embarazo y el estado nutricional de los niños, donde los controles deficientes predominan con 106 niños que corresponde al 42,06 %. La p es de 0,292 por lo tanto no existe asociación estadística.

La Organización Mundial de la salud en el 2016 indica que el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho.

En el estudio de Mónica Espinoza Trejos et al en Costa Rica las madres que se realizaron un número deficientes de controles durante el embrazo presentaron un 38,9% de niños con malnutrición por defecto lo cual difiere del estudio. (32)

Tabla 6: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el nivel de educación de la madre en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Nivel de educación de la madre	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Primaria	55	34,38	14	21,21	5	19,23	74	29,37	0,446
Secundaria	79	49,38	41	62,12	18	69,23	138	54,76	
Superior	26	16,25	11	16,67	3	11,54	40	15,87	
Posgrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: encuesta

En la tabla 6 se presenta la relación entre el nivel de educación de la madre y el estado nutricional de los niños, en donde se evidencia 138 niños cuyas madres tienen el nivel secundario, que corresponde con el 54,76%. La p es de 0,446 por lo tanto no existe asociación estadística.

En 2014 Gloria Alcaraz en Colombia, verificó que los niños de las madres con estudios terminados en secundaria en un 59%, mostraron un alto grado de desnutrición por defecto. Lo cual hace que las madres no tengan mucha destreza y conocimiento sobre la alimentación saludable. (33)

Tabla 7: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el tiempo de captación del embarazo en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Captación del embarazo	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Captación temprana	25	15,63	31	46,97	5	19,23	61	24,21	0,184
Captación intermedia	77	48,13	22	33,33	16	61,54	115	45,63	
Captación tardía	58	36,25	13	19,70	5	19,23	76	30,16	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: historia clínica

En la tabla 7, se presenta la relación entre la captación del embarazo y el estado nutricional de los niños, donde la captación intermedia predomina con 115 personas con el 45,63%. La p es de 0,184 por lo tanto no existe asociación estadística.

En el estudio de Mónica Espinoza Trejos en Costa Rica las madres que fueron captadas de forma intermedia en un 36.3% presentaron en mayor número niños con malnutrición por defecto lo cual difiere del estudio. (32)

Tabla 8: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el tiempo que recibieron lactancia materna exclusiva en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Lactancia materna exclusiva	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adecuada	61	38,13	37	56,06	22	84,62	120	47,62	0,713
Inadecuada	99	61,88	29	43,94	4	15,38	132	52,38	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: encuesta

En la tabla 8, se presenta la relación entre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional de los niños, donde la forma inadecuada predomina con 132 niños con el 52,38%. La p es de 0,713 por lo tanto no existe asociación estadística.

Madalen Oribe et al. España. 2014. La lactancia materna exclusiva de forma adecuada fue del 15,4% mientras que la inadecuada se ubicó en 53,7%. Los resultados difieren de este estudio. Cabe recalcar que el motivo porque no cumplieron con la lactancia materna exclusiva fue por el desconocimiento de su importancia. (34)

Tabla 9: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el tiempo que recibieron lactancia materna con alimentación complementaria en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – junio 2018.

Lactancia materna con alimentación complementaria	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adecuada	73	45,6%	42	63,6%	16	61,5%	131	52,0%	0,029
Inadecuada	87	54,4%	24	36,4%	10	38,5%	121	48,0%	
Total	160	100,0%	66	100,0%	26	100,0%	252	100,0%	

Fuente: encuesta

En la tabla 9, se presenta la relación entre lactancia materna con alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños, donde la forma adecuada predomina con 131 personas con el 52,0%. La p es de 0,029 por lo tanto existe asociación estadística.

Difiere del estudio de María Elisa Zapata et al. Argentina. 2015 en donde la lactancia materna con alimentación complementaria de forma adecuada fue del 55,3% mientras que la inadecuada se ubicó en 42,2%. (35)

El estudio de E. Guerra Domínguez et al en Santiago de Cuba en el año 2018 indicó que la lactancia materna con alimentación complementaria inadecuada se ubicó en un 61,8%, por lo tanto es contrario a este estudio. (36)

Tabla 10: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el consumo de agua en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Consumo de agua	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adecuada	64	40,00	40	60,61	17	65,38	121	48,02	0,873
Inadecuada	96	60,00	26	39,39	9	34,62	131	51,98	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,000	

Fuente: encuesta

En la tabla 10, se presenta la relación entre el consumo de agua y el estado nutricional de los niños, donde la forma inadecuada predomina con 131

personas con el 51,98%. La p es de 0,873 por lo tanto no existe asociación estadística.

Difiere del estudio de Nadia Janna L. Mónica Hanna L. realizado en Colombia en el año 2017, en donde el 15,4 % consume agua de forma adecuada mientras que el 74,1% lo hace inadecuadamente. (37)

Tabla 11: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el per cápita familiar en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Per cápita	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Ingreso optimo	29	18,13	13	19,70	17	65,38	59	23,41	0,261
Pobreza	82	51,25	32	48,48	8	30,77	122	48,41	
Pobreza extrema	49	30,63	21	31,82	1	3,85	71	28,17	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: encuesta

En la tabla 11, se presenta la relación entre el per cápita y el estado nutricional, donde el nivel de pobreza predomina con 122 personas con el 48,41%. La p es de 0,261 por lo tanto no existe asociación estadística.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo en el año 2018. La pobreza extrema a nivel nacional se ubicó en 24,5%, lo cual difiere del estudio. (38)

Tabla 12: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y la administración de suplementos vitamínicos en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Suministro de vitaminas último año	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Si	82	51,3%	29	43,9%	22	84,6%	133	52,8%	0,124
No	78	48,8%	37	56,1%	4	15,4%	119	47,2%	
Total	160	100,0%	66	100,0%	26	100,0%	252	100,0%	

Fuente: encuesta

En la tabla 12, se presenta la relación entre el suministro de vitaminas y el estado nutricional de los niños, donde el sí predomina con 133 personas con el 52,8%. La p es de 0,124 por lo tanto no existe asociación estadística.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011 – 2013 indicó que el consumo inadecuado de vitaminas a nivel nacional fue del 89,4%, por lo que es diferente el resultado a este estudio.(28)

Tabla 13: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el antecedente de parasitosis en el último año en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Antecedente de parasitosis	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Si	96	60,00	16	24,24	3	11,54	115	45,63	0,205
No	55	34,38	47	71,21	23	88,46	125	49,60	
No sabe	9	5,63	3	4,55	0	0,00	12	4,76	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: encuesta

En la tabla 13, se presenta la relación entre el antecedente de parasitosis y el estado nutricional de los niños, donde el no predomina con 125 personas con el 49,60%. La p es de 0,205 por lo tanto no existe asociación estadística.

En el estudio de María Lorena Zonta et al en Argentina en el año 2007 determinó que el 55,8% presentó parasitosis y el 44,2% no tenían, resultados que difieren de esta investigación.(39)

Tabla 14: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el número de comidas en el día en cuatro consultorios. Centro de salud. Pascuales. Enero – julio 2018.

Número de comidas al día	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Deficiente	81	50,63	17	25,76	1	3,85	99	39,29	0,016
Aceptable	77	48,13	26	39,39	11	42,31	114	45,24	
Satisfactorio	2	1,25	23	34,85	14	53,85	39	15,48	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: encuesta

En la tabla 14, se presenta la relación entre el número de comidas en el día y el estado nutricional, donde el ítem aceptable predomina con 114 personas con el 45,24%. La p es de 0,016 por lo que existe asociación estadística.

En la investigación de Rodríguez Martín et al en España en el año 2010 indicó que el 53% de los niños ingieren cinco comidas al día, por lo que el resultado es diferente al de esta investigación. (40)

Tabla 15: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y el tipo de alimentación (guías de alimentación MSP y Ministerio de Educación) en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Tipo de alimentación según guías del MSP	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Ninguno	77	48,13	4	6,06	0	0,00	81	32,14	0,670
Parcial	82	51,25	42	63,64	10	38,46	134	53,17	
Total	1	0,63	20	30,30	16	61,54	37	14,68	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: encuesta

En la tabla 15, se presenta la relación entre el tipo de alimentación y el estado nutricional de los niños, donde el tipo parcial predomina con 134 personas con el 53,17%. La p es de 0,670 por lo que no existe asociación estadística.

En el estudio de Vera Cedeño María en la provincia de Esmeralda en el 2017 indicó que el 50% de la población infantil cumple de forma parcial el esquema de alimentación recomendable para la edad, por lo que es similar el resultado al de esta investigación. (41)

Tabla 16: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y la frecuencia de enfermedades respiratorias en el último año en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Frecuencia de enfermedades respiratorias	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Poco frecuente	41	25,63	16	24,24	14	53,85	71	28,17	0,696
Frecuente	45	28,13	32	48,48	10	38,46	87	34,52	
Muy frecuente	74	46,25	18	27,27	2	7,69	94	37,30	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: encuesta

En la tabla 16 se presenta la relación entre la frecuencia de enfermedades respiratorias y el estado nutricional de los niños, donde el ítem muy frecuente predomina con 94 personas con el 37,30%.

Sergio Santana et al en el Hospital clínico quirúrgico Hermanos Ameijeiras en Cuba en el año 2015. Demostró que existe una estrecha relación entre las enfermedades respiratorias y la aparición de desnutrición, así tenemos 50 casos de niños con desnutrición que anteriormente habían presentado neumonía. (42)

Tabla 17: Distribución de los niños de 1 a 4 años según el estado nutricional y la frecuencia de enfermedades diarreicas en el último año en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Enero – julio 2018.

Frecuencia de enfermedades diarreicas	Estado nutricional								p
	Malnutrición por defecto		Normopeso		Malnutrición por exceso		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Poco frecuente	31	19,38	23	34,85	7	26,92	64	25,40	0,025
Frecuente	95	59,38	38	57,58	13	50,00	146	57,94	
Muy frecuente	34	21,25	5	7,58	6	23,08	42	16,67	
Total	160	100,00	66	100,00	26	100,00	252	100,00	

Fuente: encuesta

En la tabla 17 se presenta la relación entre la frecuencia de enfermedades diarreicas y el estado nutricional, donde el ítem frecuente predomina con 146 personas con el 57,94%. La p es de 0,025 por lo que existe asociación estadística.

En el trabajo de investigación de Hortencia Reyes et al en México en el año 2017 indicó que el 48.1% de niños con diarreas presentaron malnutrición por defecto. (43)

La Organización Mundial de la Salud en el año 2016 indicó que la diarrea es una de las principales causas de malnutrición por defecto en niños menores de 5 años así lo demostró un estudio en México donde 70 niños en el hospital pediátrico presentó desnutrición por defecto después de procesos diarreicos agudos no tratados a tiempo.

15 CONCLUSIONES

Según las variables sociodemográficas estudiadas predominaron los niños de dos años, el sexo femenino y la raza mestiza.

La malnutrición por defecto fue el estado nutricional que mayormente se presentó.

Los factores de riesgo para la malnutrición por defecto que predominaron fueron el peso de riesgo al nacer, la instrucción secundaria predominó en las madres de estos niños, la inadecuada lactancia materna exclusiva, la pobreza y la presencia de enfermedades respiratorias y diarreicas.

Se asociaron estadísticamente con la malnutrición por defecto factores de riesgo como el bajo peso al nacer, la no lactancia materna con alimentación complementaria después de los seis meses de edad, el no suministro de vitaminas, el deficiente número de comidas en el día y alta frecuencia de enfermedades diarreicas. No se evidenció asociación estadística con la malnutrición por defecto los deficientes controles durante el embarazo, el bajo nivel de educación de las madres, la captación tardía del embarazo, la inadecuada lactancia materna exclusiva, el consumo de agua sin hervir, el bajo per cápita familiar, el antecedente de parasitosis intestinal, la falta de consumo de alimentos necesarios y la alta frecuencia de enfermedades respiratorias con la malnutrición por defecto en los niños de 1 a 4 años.

16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de los indudables aportes del presente trabajo, es importante que en próximos estudios se extienda esta investigación a toda la comunidad de Pascuales, incluyendo todos los grupos de edades.

17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición. [en internet]. Febrero 2018.[citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/malnutrition>
2. UNICEF Ecuador [en internet]. n.d. UNICEF, PMA Y OPS trabajan juntos contra la desnutrición infantil. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/media_9001.htm
3. UNICEF [en internet]. n.d. DATOS Y CIFRAS CLAVE SOBRE NUTRICIÓN [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.oda-alc.org/documentos/1376006862.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. [en internet]. n.d. América Latina y el Caribe: Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición, 2016.[citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33680>
5. Dávila Marroquín N. Jara Albán E. Factores asociados a la malnutrición en niños menores de 5 años de los centros del buen vivir de la parroquia san francisco del cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura durante el período de septiembre a diciembre de 2016 .[Tesis doctoral]. Quito: Facultad de Medicina, Pontifica Universidad Católica del Ecuador; 2017
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12677/TESIS%2027-01-2017.pdf?sequence=1>
6. Dra. Celia Yanira Vanegas. Determinar el estado nutricional de los niños menores de 5 años en la comunidad Nicaragua 3 marzo a abril de 2011. [tesis doctoral]. San salvador: facultad de medicina, universidad de el salvador; 2015
7. Horacio Gómez et al. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico, 2017 .[citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. [en internet]. n.d. América Latina y el Caribe: Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño, 2008.[citado 17 abril 2018]. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf?ua=1
9. Ravasco P., Anderson H., Mardones F.. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010 Oct [citado 2018 abril 17] ; 25(Suppl 3): 57-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009&lng=es.

10. Flores S., Okamoto F. Carrillo C. Antropometría. Universidad Alas peruanas . [Internet]. 2010 [citado 2018 abril 17]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/FrankQuispeGuillen/antropometria-corregido2>.
11. Evangelina de León Soto D. Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de San Pedro Soloma, Huehuetenango, Guatemala. Guatemala, abril a junio de 2014.[Tesis doctoral]. Quetzaltenango: Facultad de Ciencias de la salud, universidad Rafael Landívar; 2014
12. Stanford Childrens Health. Bajo peso al nacer . [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=bajopesoalnacer-90-PO5491>
13. Solano Liseti, Acuña Iraima, Barón María A, Morón de Salim Alba, Sánchez Armando. Influencia de las parasitosis intestinales y otros antecedentes infecciosos sobre el estado nutricional antropométrico de niños en situación de pobreza. Parasitol. latinoam. [Internet]. 2008 Dic [citado 2018 Nov 19]; 63(1-2-3-4): 12-19. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122008000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-77122008000100003>.
14. Organización Mundial de la Salud. [internet]. n.d. América Latina y el Caribe: La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
15. Galván Soca L. Captación del embarazo. Policlínico universitario. [internet]. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: http://www.polgalvan.sld.cu/softw_apn/contenido/clasificacioncap.htm
16. Pécora, A, San Martín, ME, Cantero, A, Furfaro, K, Jankovic, MP, Llompart, V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud?. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2008;27(3):114-119. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227304>
17. UNESCO [en internet]. n.d. La educación es esencial en la prevención de los embarazos en la adolescencia. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/education_critical_in_preventing_adolescent_pregnancy/
18. Latham M. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Universidad de Cornell Ithaca, Nueva York, Estados Unidos. 2002. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm#Contents>
19. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [en internet]. Febrero 2018.[citado 17 abril 2018]. Disponible en:

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

20. HLPE. Contribucion del agua a la seguridad alimentaria y la nutrición. Roma 2015 [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-av045s.pdf>

21. INEC. Reporte de pobreza y desigualdad. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2018/Junio-2018/Informe_pobreza_y_desigualdad-junio_2018.pdf

22. 3. UNICEF [en internet]. n.d. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

23. Ministerio de salud pública del Ecuador. Guía de alimentación y nutrición para padres de familia.2017 [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2013/11/GUIA-DE-ALIMENTACION-PADRES-DE-FAMILIA-jul2017.pdf>

24. Barja S. Aspectos nutricionales en enfermedades respiratorias crónicas del niño. 2017. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.neumologia-pediatrica.cl/wp-content/uploads/2017/06/Aspectos.pdf>

25. Rojas D Carlos, Ysla M Marlit, Riega D Vanesa, Ramos H Olga, Moreno P Carmen, Bernui L Ivonne. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2004 Jul [citado 2018 Nov 19] ; 21(3): 146-156. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342004000300006&lng=es.

26. Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi – Manabí. 2008

27. INEC. Censo de población y vivienda 2010. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>

28. ESANUT. Encuesta nacional de salud y nutrición 2011 a 2013. [citado 17 agosto 2018]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>

29. Hurtado C. Mejía C. Mejía F. Arango C. Chavarría L. Grisales H. Malnutrición por exceso y déficit en niños, niñas y adolescentes, departamento de Antioquia 2015. [citado 2018 Nov 19]. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/325153/20784326>

30. Orozco Rodríguez S. Morales Medina M. Rodríguez González A. Determinantes de la desnutrición infantil en el municipio de Camagüey. [Internet]. 2011 Mayo [citado 2018 Nov 19]. Disponible en: <http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp-content/uploads/2015/08/Determinantes-de-la-desnutrici%C3%B3n.pdf>
31. Daza V. Jurado W. Duarte D. et al. Bajo peso al nacer: exploración de algunos factores de riesgo en el Hospital Universitario San José en Popayán Colombia. [citado 2018 Nov 19]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a02.pdf>
32. Espinoza Trejos M. Rodríguez Molina M. Trejos Solorzano M. Caracterización de la adolescente embarazada atendida en la “Cínica Francisco Bolaños”. Costa Rica. 2017. [citado 2018 Nov 19]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2009/rmc091d.pdf>
33. Alcaraz G. Estado nutricional y condiciones de vida de los niños y niñas menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, 2004. [citado 2018 Nov 19]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84328104>
34. MadalenOribea et al . Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. [citado 2018 Nov 19]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002143>
35. Zapata E. et al. Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. [citado 2018 Nov 19]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/290444359_Diferencias_en_las_practicas_de_lactancia_materna_y_alimentacion_complementaria_segun_los_indicadores_basicos_propuestos_por_la_OMS_en_ninos_con_diferentes_condiciones_sociodemograficas_de_Rosario_Arg
36. Guerra-Domínguez E, Martínez-Guerra M, Arias-Ortiz Y, Luis-Fonseca R, Martínez-Jiménez A. Impacto de estrategia educativa sobre lactancia materna a futuras madres. 2005-2016. MULTIMED [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 Dic 12]; 21(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/487>
37. Nadia Janna L. Mónica Hanna L. Desnutrición en la población infantil de 6 meses a 5 años en Ayapel, Córdoba (Colombia). [citado 2018 Nov 19]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324906787_Desnutricion_en_la_poblacion_infantil_de_6_meses_a_5_anos_en_Ayapel_Cordoba_Colombia/fulltext/5aea767baca2725dabb64c2f/324906787_Desnutricion_en_la_poblacion_infantil_de_6_meses_a_5_anos_en_Ayapel_Cordoba_Colombia.pdf?origin=publication_detail

38. 21. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Per cápita familiar [citado 17 abril 2018]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2018/Junio-2018/Informe_pobreza_y_desigualdad-junio_2018.pdf
39. Gamboa Maria Inés. Zonta Lorena. Navone. Graciela Teresa. Parásitos intestinales y pobreza: la vulnerabilidad de los más carenciados en la Argentina de un mundo globalizado. [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3613/361333640004.pdf>
40. Rodríguez Martín, A, Novalbos Ruiz, J, Villagran Pérez, S, Martínez Nieto, J, Lechuga Campoy, J. LA PERCEPCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DE LOS PROGENITORES. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2012;86(5):483-494. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17024508003>
41. Vera Cedeño Jessica maría. Determinantes sociales de salud en niños de 1 a 3 años del centro infantil “Bernardo Ramírez Tamayo” de la parroquia viche. Tesis doctoral. Provincia de Esmeraldas. Ecuador 2017. [citado 2 abril 2018]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1351/1/VERA%20CED E%C3%91O%20JESSICA%20MAR%C3%8DA.pdf>
42. Santana Porbén, S. State of malnutrition in Cuban hospitals; a needed update. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2015;31(5):1900-1909. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238514002>
43. Reyes, H., Tomé, P., Gutiérrez, G., Rodríguez, L., Orozco, M., & Guiscafré, H. (1998). La mortalidad por enfermedad diarreica en Mexico: ¿problema de acceso o de calidad de atención?. Salud Pública de México, 40(4), 316-323. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6094/7145>

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado del representante:

Yo, _____, con C.I.
_____, representante del
niño/a _____

luego de haber sido informado sobre la investigación que realizará el Dr. Vicente Paúl Quinto Contreras sobre factores de riesgo asociados a la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años, en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2018, autorizo a mi representado a participar en el trabajo de investigación.

Es de mi conocimiento que el trabajo se realizará por medio de una encuesta de carácter personal, voluntario y confidencial, además que puedo autorizar que mi representado se pueda retirar en el momento que así lo desee, sin que esto repercuta, en su atención en el centro de salud.

Expreso mi consentimiento de manera voluntaria para que los datos que resulten de la investigación puedan ser publicados, manteniendo siempre el anonimato de mi representado.

Nombres y apellidos del representante: _____

Firma: _____ C.I: _____

Nombre y apellido del autor: _____

Firma: _____ C.I: _____

Anexo 2: Encuesta

Con motivo de desarrollar la presente investigación para la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria con el tema: Factores de riesgo asociados a la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años, en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2018. Agradezco su colaboración contestando a la presente encuesta con total honestidad a cada pregunta.

1. ¿Cuál de los siguientes niveles de educación tiene usted terminado?

1. ___ Primaria
2. ___ Secundaria
3. ___ Superior
4. ___ Posgrado
5. ___ Ninguna

2 ¿Qué tiempo usted le dio a su hijo/a lactancia materna solamente sin otro alimento?

1. ___ 0 a 6 meses
2. ___ nunca

3 ¿Qué tiempo usted le dio a su hijo/a lactancia materna con otro alimento?

1. ___ 6 a 24 meses
2. ___ nunca

4. El agua para tomar en su hogar es

1. ___ Hervida

2. ____ No hervir

5. ¿Cuántas personas comen la misma comida que se prepara en la casa?

6. ¿Cuáles son los ingresos totales (todos) de las personas que viven en su casa en el mes?

7. ¿A su hijo/a se le ha administrado algún tipo de vitamina en el último año?

1. ____ Si

2. ____ No

8. ¿Su hijo/a ha presentado parasitosis en el último año?

1. ____ Si

2. ____ No

3. ____ No sabe

9. ¿Cuántas comidas en el día le da a su hijo?

1. ____ Menos de tres 3 veces

2. ____ 3 - 4 veces al día

3. ____ 5 veces al día

10.- De los siguientes grupo de alimentos señale cuales consume su hijo/a en el hogar

1. ____ Grupo 1: Verduras, frutas, hortalizas

2. ____ Grupo 2: Cereales, tubérculos y plátano

3._____ Grupo 3: Alimentos de origen animal, leguminosas, lácteos, huevos

11 ¿Cuántas veces su hijo ha presentado enfermedades respiratorias en el último año?

1._____ 1 a 3 veces al año

2._____ 4 a 10 veces al año

3._____ 11 o más veces al año

12 ¿Cuántas veces su hijo ha presentado enfermedades diarreicas en el último año?

1._____ 1 a 3 veces al año

2._____ 4 a 10 veces al año

3._____ 11 o más veces al año



**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, **Quinto Contreras Vicente Paúl**, con C.C: # **0922218060** autor/a del trabajo de titulación: “Factores de riesgo asociados a la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años, en cuatro consultorios. Centro de Salud Pascuales. 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: **Quinto Contreras Vicente Paúl**

C.C: **0922218060**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores de riesgo asociados a la malnutrición por defecto en niños de 1 a 4 años, en cuatro consultorios. Centro de Salud Pascuales. Año 2018.		
AUTOR(ES)	Md. Vicente Paúl Quinto Contreras		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Sanny Aranda Canosa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de posgrado Escuela de graduados en ciencias de la salud		
CARRERA:	Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	54
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Medicina Familiar y comunitaria, Ciencias de la Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Malnutrición / Recién nacido de bajo peso / Alimentación complementaria / Estado nutricional		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: La malnutrición en los niños es un problema de salud. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de nivel investigativo relacional, para asociar los factores de riesgo con el estado nutricional en niños de 1 a 4 años en niños, en cuatro consultorios del centro de salud Pascuales, en el año 2018. De tipo observacional, transversal, y prospectivo y analítico. Se procesó la información para obtener los resultados en número y porcentajes. Resultados: El estado malnutrición por defecto predomina con 160 niños con el 63,49 %. Dentro del nivel de educación de la madre predominó el secundario con 138(54,76%). El consumo de agua lo hacen de forma inadecuada con un total de 131(51,98%). Se presenta un alto índice de pobreza con 122 (48,41%). Existe asociación estadística del estado nutricional con el bajo peso al nacer con una p 0,025 Conclusiones: Según las variables sociodemográficas predominaron los niños de dos años, el sexo femenino y la raza mestiza. La malnutrición por defecto fue el estado nutricional que mayormente se presentó. Existió asociación estadística entre el bajo peso al nacer, la no lactancia materna con alimentación complementaria después de los seis meses de edad, el deficiente número de comidas en el día y alta frecuencia de enfermedades diarreicas con la malnutrición por defecto.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-0982461792	E-mail: paul5c@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			