

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León

Facultad de Ciencias Médicas.

Departamento de enfermería.



Tesis para optar al título de licenciatura en ciencias de enfermería.

Título:

Hábitos alimenticios y antecedentes patológicos asociados al bajo peso en niños de 2 a 5 años del centro de salud Achuapa III trimestre 2022.

Autores:

- Br: Ernesto Gabriel Rodríguez Mendoza.
- Br. Francis Marina Barrera Mendoza.
- Br. Mabeling Daniela Mendoza Gontol.

Tutor:

Lic. Pablo Espinoza Palma.

León, mayo 2023.

“A la libertad por la universidad”

Resumen.

A nivel mundial, aproximadamente 101 millones de niños menores de 5 años tienen peso bajo, 165 millones tiene retardo de crecimiento, esta investigación da salida al ODS #2, Poner fin al hambre, lograr seguridad alimentaria y mejora de la nutrición.

Este estudio es tipo analítico de casos y controles, pretende relacionar hábitos alimenticios y antecedentes patológicos asociado al bajo peso en niños de 2 a 5 años, con una población de 196 participantes, de los cuales 62 casos y 134 controles, utilizando preguntas dicotómicas y selección múltiple.

Datos sociodemográficos identificaron que predomina el sexo masculino 51.5%, procedencia urbana con 89.3%, el 53.5% cursó secundaria, las medidas antropométricas el 54.5% corresponde al rango de los 10 a 14 kg, con predominio en la talla de un 45.9%.

En relación al tiempo de lactancia materna presentó un factor de riesgo 2.5 veces más la probabilidad de desarrollar bajo peso si se le da una lactancia menos de 6 meses, brindar menos de 5 veces al día presenta un riesgo de 3.3 veces más de desarrollar bajo peso.

En cuanto a los antecedentes patológicos se encontró un riesgo de 6.1 veces más la probabilidad que los niños que resultaron con hematócrito de 32% presenten anemia, por ende, desarrollen bajo peso en comparación a los que presentaron un HTC de 42%.

Fortalecer conocimientos sobre bajo peso, consecuencias y causa en niños, para brindar una atención complementaria, incluir consumo de carbohidratos y lípidos en sus comidas.

Palabras clave: Bajo peso, hábitos alimenticios, antecedentes patológicos.



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO MONOGRAFICO.

Lic. Pablo Espinoza Palma.

Tutor del estudio monográfico.

Su oficina:

Por medio de la presente hago constar que la investigación realizada en el Municipio de Achuapa, departamento de León, por Br. Ernesto Gabriel Rodríguez Mendoza, Br. Francis Marina Barrera Mendoza, Br. Mabeling Daniela Mendoza Gontol; la cual lleva como tema: **Hábitos alimenticios y antecedentes patológicos asociados al bajo peso en niños de 2 a 5 años del centro de salud Achuapa III trimestre 2022.** Después de revisar, si cumple con los criterios científico y metodológico.

Doy por aprobado este estudio para ser defendido como trabajo monográfico para optar al título de licenciatura en ciencias de la enfermería.

Sin más que agregar les deseo muchos éxitos y bendiciones.

Atentamente:

Lic. Pablo Espinoza Palma.

Tutor de Investigación.

Escuela de Enfermería UNAN-LEON.

“A la libertad por la universidad”

Contenido	<u>Índice.</u>	N° de pag.
I. Introducción.....		1
II. Antecedentes.....		3
III. Justificación.....		4
IV. Planteamiento del problema.....		5
V. Objetivos.....		6
VI. Hipótesis.....		7
VII. Marco teórico.....		8
VIII. Diseño metodológico.....		23
IX. Resultados.....		35
X. Discusión.....		46
XI. Conclusiones.....		52
XII. Recomendaciones.....		53
XIII. Bibliografías.....		54
XIV. Anexos.....		62

I. Introducción.

A nivel mundial, se calcula que 293 millones de niños menores de cinco años presentan hábitos de alimentación inadecuados lo que desencadena patologías como la anemia, representando un aproximado del 47 % de infantes que viven en países subdesarrollados, se refieren a la falta de micronutrientes lo que afecta a una cifra superior a 2 billones de personas en el mundo, en una proporción aproximada de 1 por cada 3 habitantes, especialmente concentrada en infantes. ⁽¹⁾

Como en otros lugares del mundo, los problemas de nutrición en América Latina se hacen más evidentes en el grupo de población formado por los lactantes y los niños de edad preescolar; el bajo peso afecta a más de 8 millones de niños menores de 5 años y refleja la acumulación de consecuencias debido a la falta de alimentación y nutrición adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños, en gran medida, sus efectos son irreversibles y se relacionan estrechamente con la pobreza extrema. ⁽²⁾

Centroamérica al igual que los demás países de la región, está presente el bajo peso en los niños preescolares, la más alta en promedio entre todas las regiones del mundo; esta situación conduce a que una parte de la población posea hábitos alimenticios no muy saludables para una nutrición adecuada y satisfactoria, debido a la falta de recursos para adquirirlos y no a déficit en la oferta agregada de alimentos. ⁽³⁾

Nicaragua, al igual que sus países vecinos de Centroamérica hay un déficit nutricional puesto que la nutrición proteico-energética no es óptima para los niños preescolares, en esto influyen varios factores como la falta de conocimientos alimentarios nutricionales, familias numerosas con niños, sin embargo, cada municipio y cada comunidad tienen diferentes características y factores que se asocian a la desnutrición. ⁽⁴⁾

En el departamento de león, como en otros departamentos de Nicaragua, está presente claramente el bajo peso en los niños menores de 6 años, lo que va repercutiendo en un desempeño insatisfactorio por parte de los infantes y a largo plazo se hará notar los efectos de una nutrición no adecuada, esto se puede asociar a diversos factores que afectan la vida de las familias leonesas. ⁽⁵⁾

Esta investigación pretende contribuir al ODS número 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible, sirviendo como evidencia al indicador o meta 2.2: De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años.

II. Antecedentes

En el año 2013, provincia de Huánuco, Álvarez Ortega y Luzvelia G. Realizaron un estudio analítico, observacional, titulado: Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores, donde se encontró relación significativa entre diferentes factores: Desconocimiento de la madre del número de raciones que debe consumir el niño a partir del sexto mes, la inaccesibilidad económica para el abastecimiento de alimentos. Bajo peso al nacer ($p < 0.05$).⁽⁶⁾

En el año 2016, Guayaquil-Ecuador. Janina Marlene Orrala Pita. Factores que inciden en el bajo peso de los preescolares en el centro Creciendo con nuestros hijos, el objetivo del estudio fue determinar factores relacionados a la prevalencia de desnutrición demostrando que: para un ≤ 0.05 , se encontró relación significativa entre diferentes factores: desconocimiento de la madre sobre el número de raciones, accesibilidad económica, la rotación de cultivos agrícolas, el bajo peso al nacer ($p < 0.05$) entre otros.⁽⁷⁾

En el año 2017. Alethia Mariscal, Edgar Vásquez, Irene Torres. Diferencias entre conductas alimentarias de niños que recibieron lactancia materna completa y niños que recibieron sucedáneos de la leche humana. Demostraron que: Hubo 2.8 veces mayor probabilidad de puntaje elevado en la escala de comer menos por emociones en el grupo SLH [RM: 2.8 (1.0, 8.3) p : 0.037]; LCM (62.5%) se observó 15 correlaciones significativas y 9 en el grupo SLH. En preescolares que recibieron LMC, a mayor lentitud para comer hubo menor irritabilidad hacia los alimentos (r : 0.0325, p : 0.001).⁽⁸⁾

En 2017, chacaraceca, León. Everzon Avilés Reyes, Carlos Geovanny Rivera. Higiene del entorno y hábitos alimenticios asociado a enfermedades diarreicas aguda en menores de 5 demostraron que: la alimentación con papillas en los primeros 6 meses de vida con X^2 : 0.005, OR: 10.756; y la inadecuada higiene de los baños con X^2 : 0.011, OR: 5 264 son factores de riesgo para las EDA.⁽⁹⁾

III. Justificación.

A nivel mundial, aproximadamente 101 millones de niños menores de 5 años tienen peso bajo y casi 165 millones tiene retardo de crecimiento; en países en vías de desarrollo, la desnutrición es un problema que afecta a gran parte de la población, con mayor impacto en sectores vulnerables, como la población pediátrica, de escasos recursos económicos, inadecuado acceso a servicios básicos, inequidad en servicios de salud y educación, áreas urbano-marginales y rurales. ⁽¹⁰⁾

El término “malnutrición” se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona; el bajo, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad). ⁽¹¹⁾

En el departamento de León hay una alta prevalencia que coincide con el planteamiento de la OPS y OMS, que reportan el informe estadístico de los niños preescolares de los países en desarrollo tienen bajo peso y presenta retardo en el crecimiento o talla baja para edad; este caso león posee una cifra estadística del 26.7% de niños con bajo peso en su territorio. ⁽¹²⁾

Los resultados se darán a conocer:

- ❖ **Dirección del centro de salud Achuapa:** Para que fortalezcan la promoción de la salud mediante la realización de estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.
- ❖ **Personal de enfermería:** Para que usen la información recibida y puedan poner en práctica estrategias para reducir los efectos negativos causados por el bajo peso.
- ❖ **Futuros investigadores:** Para que utilicen la información y sirva como fuente en el desarrollo de nuevas investigaciones.

IV. Planteamiento del problema.

A nivel mundial, uno de cada tres niños menores de cinco años no crece de manera adecuada porque sufre una o más formas visibles de malnutrición: en este caso el bajo peso, uno de cada dos niños menores de cinco años en el mundo sufre de hambre oculta, es decir, falta de vitaminas y otros nutrientes esenciales; la malnutrición sigue afectando gravemente a los niños, casi 200 millones de niños menores de cinco años sufren de retraso en el crecimiento o emaciación. ⁽¹³⁾

El bajo peso puede conllevar no solo a una afectación física de desarrollo sino también cognitiva y motora, la falta de una dieta suficiente, variada y nutritiva está asociada con más de la mitad de las muertes de niñas y niños en todo el mundo. Cuando presentan bajo peso son más propensos a sufrir de enfermedades y presentar retraso en el crecimiento durante el resto de su vida; tres cuartas parte de los niños y niñas que mueren por causas relacionadas están sólo ligera o moderadamente en bajo peso. ⁽¹⁴⁾

Los hábitos alimenticios son factores que influyen en el crecimiento y desarrollo de los infantes menores de 5 años, como la poca ingesta de micronutrientes y lípidos que les proporcione energía suficiente, por esta razón cuando este factor es deficiente se detiene el crecimiento y la maduración del niño, lo que a su vez se le suman patologías que agravan la salud del infante. ⁽¹⁵⁾

Se sabe que la lactancia materna es de mucha importancia en el crecimiento de los niños, es por ello que a los infantes que se le da menos de 6 meses son más propensos a padecer de desnutrición, a esto se le suman el aumento de uso de pacha además de patologías que interfieren en desarrollo y crecimiento, específicamente hay enfermedades intestinales o respiratoria que están ligadas al desarrollo de bajo peso, estos factores provocan un efecto casi irreversible. ⁽¹⁶⁾

Por lo cual se plantea la siguiente interrogación de investigación.

¿Cuál es la relación existente entre los hábitos alimenticios, antecedentes patológicos y el desarrollo de bajo peso en niños de 2 a 5 años del centro de salud Achuapa III Trimestre 2022?

V. Objetivos.

Objetivo general:

Analizar los hábitos alimenticios y antecedentes patológicos asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años del centro de salud Achuapa III Trimestre 2022.

Objetivos específicos:

- ❖ Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio.
- ❖ Relacionar los hábitos alimenticios asociados al bajo peso en niños de 2 a 5 años del centro de salud Achuapa III Trimestre 2022.
- ❖ Identificar los antecedentes patológicos asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años del centro de salud Achuapa III Trimestre 2022.

VI. Hipótesis.

Los hábitos alimentarios como lactancia materna menor a 6 meses, el uso frecuente de formula y antecedentes patológicos como infecciones respiratorias agudas y presencia de anemia, son factores que aumentan el riesgo de padecer bajo peso.

VII. Marco teórico.

Palabras claves.

- ❖ **Bajo peso:** El bajo peso se define como el estado de nutrición en el que un déficit de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos negativos y medibles en la composición y función de los tejidos y órganos; por tanto, en el estado global de la salud del individuo el bajo peso se relaciona con la enfermedad como la diarrea que es muy prevalente en nuestro medio.

- ❖ **Hábitos alimenticios:** Son el conjunto de costumbres o actitudes que determinan el comportamiento en relación a los alimentos que se consume; también se definen como los hábitos que se aprenden a lo largo de la vida, si la alimentación diaria es completa, equilibrada, variada, suficiente se obtendrá la fórmula perfecta para obtener una buena salud; se habla de una dieta completa al cumplir con los requerimientos necesarios para satisfacer necesidades energéticas y nutritivas que incluya alimentos de todos los grupos alimentarios. ⁽¹⁷⁾

- ❖ **Antecedentes patológicos:** Un antecedente patológico son enfermedades que presentó o presenta actualmente un paciente.

- ❖ **Niños:** Se comprende al individuo que tiene pocos años de vida y, se encuentra en el periodo de la niñez. La palabra niño es de origen latín “infans” que significa “el que no habla” se entiende que la etapa de infancia es desde el nacimiento hasta la pre adolescencia, aproximadamente hasta los 13 años, ya que después se observa la etapa de la adolescencia, adulta y vejez. ⁽¹⁸⁾

➤ Generalidades del bajo peso.

❖ Bajo peso.

El bajo peso es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas, de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bajo peso es un tipo de la llamada malnutrición que tiene numerosas consecuencias adversas.

Como tal la estatura es inferior a la que corresponde según la edad del niño o de la persona que sufre desnutrición, la emaciación es el peso es inferior al que corresponde según la edad. ⁽¹⁹⁾

La carencia o insuficiencia de micronutrientes como las vitaminas y los minerales; en el mundo hay muchas familias que no tienen la capacidad de adquirir alimentos como frutas, verduras, carne o leche y, por lo tanto, la alimentación de los niños no es sana ni equilibrada. ⁽²⁰⁾

❖ Fisiopatología

El bajo peso es un proceso patológico que se desarrolla gradualmente, esta forma en la que se desencadena le permite al organismo una serie de ajustes metabólicos de comportamiento que resultan en una disminución de la necesidad de nutrientes y en un equilibrio nutricional compatible con una menor disponibilidad de nutrientes para las células.

El equilibrio metabólico es muy frágil por lo que situaciones que se sumen a la patología o medidas terapéuticas inadecuadas podría interrumpirlo. ⁽²¹⁾

❖ Tipos de bajo peso.

Los tipos de bajo peso pueden agruparse de diferentes formas. Por ejemplo, se pueden agrupar en función de las carencias que presenten las personas que la padecen:

Bajo peso por déficit calórica o marasmo.

Este se da en personas que comen una cantidad de alimentos escasa, es decir, que no comen todo lo que deberían. Provoca retrasos en el crecimiento de los niños,

pérdida de tejido graso y una delgadez muy elevada, que puede incluso llegar a considerarse caquexia. Otras consecuencias son el cansancio generalizado, el bajo rendimiento laboral o académico. ⁽¹⁹⁾

Bajo peso por déficit proteico.

Se da en aquellas personas cuya dieta apenas contiene proteína y que se alimentan, principalmente, de carbohidratos. Este tipo de desnutrición provoca una menor resistencia del cuerpo a las infecciones, abombamiento abdominal, alteraciones de la piel, problemas hepáticos.

Grados del bajo peso.

Se pueden distinguir 2 grados de bajo peso:

Grado 1 o leve. Se produce cuando el peso es normal para la edad, pero es bajo para la talla.

Grado 2 o moderada. Se da cuando el niño menor de un año no llega al peso que corresponde a esa edad o cuando los niños de uno a cuatro años tienen poco peso en relación con su talla. ⁽²⁰⁾

❖ Manifestaciones clínicas del bajo peso.

Los pacientes que poseen un cuadro bajo tanto proteica como calórica y de forma más frecuente en pacientes pediátricos, desarrollan signos que corresponden a los síndromes tradicionales de desnutrición, como son el marasmo y Kwashiorkor. Los principales síntomas a observar son los siguientes:

- Edema de extremidades, siendo más frecuente en kwashiorkor.
- Acumulación de líquido en la cavidad abdominal o ascitis.
- Pérdida de la masa y el tono muscular.
- Letargo y debilidad.
- Falta de apetito.

Retraso en el crecimiento. ⁽²¹⁾

Estos pacientes presentan un retraso en cuanto al desarrollo y crecimiento se refiere, puesto que hay un desgaste muscular importante, con alteración en los depósitos de grasa subcutáneos, alteraciones en la hidratación y elasticidad de la piel, se observa una disminución de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, Estas alteraciones brindan el aspecto de envejecimiento a los niños con esta condición patológica. ⁽²²⁾

➤ **Hábitos alimenticios asociados al bajo peso.**

❖ **Lactancia materna.**

La OMS recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2 – 3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad, y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo de los 9 a los 11 meses. Entre los 12 y los 24 meses, deben dárseles tres comidas y pueden ofrecérsele otros dos refrigerios nutritivos, si lo desean.

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes, aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas; la lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía y ayuda a una recuperación más. ⁽²³⁾

Sin embargo, se debe reconocer que esta práctica, con sus beneficios aludidos, no siempre se realiza de la manera, la cantidad o tiempo adecuados, lo que trae aparejado diversos trastornos, entre ellos, estados nutricionales insatisfactorios para el lactante.

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica

para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer. ⁽²⁴⁾

❖ **Tiempo de lactancia.**

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; el examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes, 8 veces al día y la noche, esto hace que el desarrollo del infante sea óptimo y no sufran de bajo peso. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más. ⁽²⁵⁾

❖ **Uso de pacha**

El uso de pacha puede tener una interferencia con la lactancia materna y, además, que constituye una fuente importante de infección por la dificultad de mantenerlas con una higiene adecuada, es mejor estimular el uso de taza y cuchara. Es importante que el niño (a) tenga su propio plato de tal manera que la madre o persona que lo cuida pueda vigilar cuanto ha comido.

Después del primer mes de vida es probable que su bebé tome alrededor de 4 onzas del biberón cada 4 horas más o menos, al menos en promedio. Ese consumo se eleva gradualmente, de modo que, a la edad de 6 meses, tomará de 6 a 8 onzas (180 – 240 ml) 4 o 5 veces al día. Otra forma de pensar acerca del consumo normal es por el peso; por cada libra de peso corporal, su bebé consumirá alrededor de 2 ½ onzas (75 ml) al día. ⁽²⁶⁾

❖ **Carbohidratos, lípidos y proteínas.**

6 A 8 MESES	9 A 11 MESES	12 A 23 MESES	24 A 59 MESES
Mañana - Leche materna - Frijoles molidos 3 cucharadas. - Arroz frito 3 cucharadas - Mango maduro 2 cucharadas.	Mañana - Leche materna - Gallo pinto 6 cucharadas. - Banano cocido 3 cucharadas. - Huevo frito 3 cdas.	Mañana - Gallo pinto 8 cucharadas. - Queso rallado 1 cucharadas. - Huevo frito 1 unidad. - Tortilla ¼ unidad. - Melon 2 cucharadas. - Leche materna	Mañana - Arroz frito ¾ de taza - Frijoles fritos ¾ de taza - Maduro cocido ½ unidad -Queso rallado 4 cucharadas. - Mango 1 unidad
	Medio día - Leche materna - Frijoles majados 4 cucharadas. - Ayote maduro majado 4 cdas o arroz frito 3 cucharadas. - Queso rallado 1 cucharada.	Medio día -Frijoles cocidos 4 cucharadas. - Arroz frito 4 cucharadas. - Plátano maduro cocido ¼ unidad. - Carne 1 onzas -Zanahoria cocida 3 cucharadas. - Leche materna	Media mañana Naranja 1 ½ unidad
		Media tarde - Pico 1 unidad - Leche materna	Medio día - Arroz frito ½ taza - Frijoles 1 taza - Carne 2 onzas - Tortilla 1 unidad - Mandarina 1 unidad
			Media tarde - Atol de maicena ½ Vaso

Medio día	Noche	Noche	Noche
-Leche materna - Ayote maduro o zanahoria cocida y majada 3 cdas. - Queso rallado 1 cucharada. - Arroz frito 4 Cucharadas	-Leche materna - Gallo pinto 8 cucharadas. - Chayote en trocitos cocido 1 cucharada. - Queso 1 cucharadas. - Maduro frito 2 cucharadas.	-Plátano maduro frito 2 cucharadas. - Frijoles cocidos 5 cucharadas. - Arroz frito 5 cucharadas. - Queso 2 cucharadas. - Ayote maduro 2 cucharadas. - Leche materna	-Gallo pinto 1 taza - Crema de leche 1 cucharada. o Aguacate 1/8 de unidad - Tortilla 1 unidad - Queso rallado 4 cucharadas. - Naranja 1 unidad

La alimentación y nutrición adecuada de un menor depende directamente de los alimentos que recibe, de acuerdo a su edad, la edad a su vez, condiciona el tipo o calidad del alimento, la frecuencia, la cantidad y consistencia de los mismos.

Dependiendo de la edad, será el número de veces o la frecuencia con que debe ser alimentado el niño o niña en 24 horas. También, La cantidad de alimento que se le debe de dar en cada comida, que se mide en número de cucharadas soperas (15 gramos) o en tazas (aproximadamente 16 cucharadas). Además de la consistencia o forma de presentación del alimento, que puede ser líquido espeso o ralo; semisólidos (puré) y sólidos que pueden estar picados, desmenuzados o cortados en cuadritos. ⁽²⁷⁾

Niños de 2 a 8 años se le debe dar al menos 130 gramos de carbohidratos, 60 gramos de lípido y 24 gramos de proteínas, es decir alrededor de 1000 a 1400 kilocalorías diaria.

❖ **Micronutrientes.**

Vitamina A

Un niño que carece de esta vitamina es más propenso a padecer una dificultad para subir de peso y 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. ⁽²⁹⁾

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. ⁽³⁰⁾

Dosis de vitamina A

- Dar una dosis cada 6 meses a todos los niños a partir de los 6 meses de edad.
- En casos de diarrea persistente, sospechoso de sarampión o desnutrición grave:
- Niños de 2 a 5 meses: dar una dosis
- A partir de los 6 meses: dar una dosis adicional. ⁽³¹⁾

Hierro.

La deficiencia de hierro afecta a cerca del 25% de la población mundial, la falta de hierro puede causar anemia y reduce la capacidad de subir de peso, causa que no se dé un óptimo desarrollo. 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. La proporción más elevada de niños en edad preescolar con anemia se encuentra en África (68%).⁽³²⁾

En un estudio realizado en Indonesia, se constata que la productividad laboral se incrementó en un 30% después de la administración de hierro a trabajadores con deficiencia de este mineral. En cuanto al ácido fólico, es fundamental durante el embarazo, previene la anemia y las malformaciones congénitas, y fortalece el sistema inmunológico.⁽³³⁾

Dar hierro de forma preventiva

Seguir las recomendaciones de acuerdo a las normas de suplementación preventiva del MINSA. En caso de recién nacidos pretérminos y bajo peso al nacer, debe dársele a partir de los 28 días de nacido a dosis de 3 mg / kg/ día, ajustando cantidad según aumento de peso.⁽³⁴⁾

Antecedentes patológicos.

❖ Anemia.

La anemia es un factor causal de que los niños que la padecen no tengan un óptimo desarrollo físico y mentalmente, cayendo en un estado de bajo peso durante su crecimiento, esto se da por la insuficiente cantidad de glóbulos rojos esto puede suceder si la dieta que consume no contiene suficiente hierro y otros nutrientes.⁽³⁵⁾

Las pruebas de laboratorio son consideradas métodos diagnósticos exploratorios y complementarios de la clínica, porque proveen información para confirmar una hipótesis inicial, o para tomar decisiones en cuanto al manejo y tratamiento del paciente, la Biometría Hemática es una prueba de laboratorio que busca enfermedades, a través de una muestra de sangre con este estudio se puede detectar la anemia, la cual es un factor de riesgo asociado al bajo peso o desnutrición.

La biometría hemática, o citometría hemática como también se le conoce, es el examen de laboratorio de mayor utilidad y más frecuentemente solicitado por el clínico, esto es debido a que en un solo estudio se analizan tres líneas celulares

completamente diferentes: eritroide, leucocitaria y plaquetaria, que no sólo orientan a patologías hematológicas; sino también a enfermedades de diferentes órganos y sistemas. ⁽³⁵⁾

La anemia es una afección en la cual el cuerpo ya no tiene glóbulos rojos sanos, los glóbulos rojos llevan oxígeno a los tejidos corporales, hay muchos tipos de anemia. El hierro ayuda a la formación de los glóbulos rojos y los ayuda a llevar oxígeno, la falta de hierro en el cuerpo puede provocar anemia.

El termino medico de esta afectación es anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica, la anemia significa que no hay suficientes glóbulos rojos en el cuerpo, los glóbulos rojos contienen hemoglobina, una proteína de un pigmento especial que hace posible el transporte y la entrega del oxígeno a otras células del cuerpo.

Pues bien, el hematocrito va de la mano con la hemoglobina entre más bajo sea el primero, en el segundo también habrá un descenso, por lo tanto, el HTC es uno de los indicadores principales para detectar anemia ferropénica, dentro de sus valores normales están de 32% a 42%, pues bien, sin en los resultados se presenta un HTC por debajo de 32% nos indica que hay un déficit de hierro en sangre dando paso a la anemia como tal. ⁽³⁶⁾

Aunque la prevalencia de la anemia ha disminuido en las últimas décadas, la prevalencia de la anemia global se mantiene en alrededor del 30% y se estima que contribuye a casi al 9% de los años. Una mayor apreciación de las múltiples causas que interactúan con la anemia no se refleja en los programas gubernamentales para tratar la anemia, esto se centra solo en la suplementación con hierro lo que puede ser la base de su limitada eficacia.

Signos y síntomas más comunes de la anemia

- Piel pálida o cetrina (amarilla).
- Mejillas y labios pálidos.
- El interior de los párpados y hecho ungueal (uña) tiene un color más pálido de lo normal.
- Irritabilidad grave.

- Debilidad leve.
- Se cansa con frecuencia (toma siestas con más frecuencia).
- Los niños que sufren de pérdida de glóbulos rojos pueden contraer ictericia (color amarillento de la piel y los ojos) y tener orina de color de té cola.

Los niños que sufren anemia grave presentan los signos y síntomas adicionales:

- Dificultad para respirar.
- Frecuencia cardíaca rápida.
- Hinchazón o inflamación de las manos y los pies.
- Dolor de cabeza.
- Mareo o desmayo.
- Síndrome de piernas inquietas. ⁽³⁷⁾

❖ **Infecciones respiratorias agudas.**

La mayoría de estas infecciones son leves y auto limitadas sin embargo los niños de 2 a 5 años sanos pueden presentar de 6 u 8 episodios al año, lo que causa que, por los síntomas, se dé la falta de apetito y haya una disminución en su crecimiento y desarrollo. Dentro de los síntomas más frecuentes se encuentra la tos, obstrucción nasal, fiebre, dolor de garganta y oído. ⁽³⁸⁾

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) contribuye un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causado por diferentes microorganismos como virus y bacterias que comienzan de forma repentina y duran menos de dos semanas es la infección más frecuente en el mundo y representan un importante tema de salud pública en nuestro país puesto que es un factor desencadenante de bajo peso en los infantes, causando un déficit en su desempeño y crecimiento. ⁽³⁸⁾

La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leve, pero dependiendo del estado general el niño o persona puede complicarse y llegar a amenazar la vida, como lo es el caso de la neumonía. En niños menores de 5 años la causa de infección es del 95% de los casos los virus siendo de buen pronóstico,

pero un pequeño porcentaje pueden padecer complicaciones como otitis, sinusitis, neumonía. ⁽³⁹⁾

Las infecciones respiratorias agudas son una de las principales de morbilidad en el mundo, ubicándose entre las diez primeras causas de muerte en la población general y dentro de las tres primeras en los niños menores de 5 años. Se estima un promedio de 4.000.000 muertes en el mundo al año por esta enfermedad, por lo que se considera un problema de salud pública. El grupo poblacional con mayor riesgo de morir por IRA son los niños menores de 5 años. ⁽³⁹⁾

Es un proceso febril que se caracteriza por inflamación de la mucosa del área faringoamigdalina. Puede aparecer alteraciones del tono de la voz, con dificultad para hablar o ronquera, sensación de dolor y tos. Es causada en su mayoría por virus las cuales presenta una evolución benigna y auto limitada. Dentro de las bacterias la más importante y en la que el tratamiento antibiótico está indicado es el estreptococo pyogenes en mayores de 3 años. ⁽⁴⁰⁾

Es una infección aguda de las vías respiratorias altas y bajas, los pacientes suelen presentar signos de rinofaringitis seguidos de la aparición de sibilancias (silbidos) o ruidos bronquiales debido a la obstrucción de los bronquios. Es una infección auto limitada causada principalmente por virus y ocurre con mayor frecuencia en niños de 2 años, los principales agentes implicados son el virus sincitial respiratorio (VSR).

Es una inflamación del pulmón que cursa con signos y síntomas respiratorios, acompañado de respiración rápida, fiebre y cambios en la radiografía de tórax. Los virus que con mayor frecuencia causan neumonía son el VSR, para influenza 3, adenovirus e influenza A. ⁽⁴¹⁾

❖ **Enfermedades diarreicas agudas**

Las enfermedades diarreicas agudas (E.D.A) pueden deshidratar, desnutrir e irritar la piel de tu hijo, la diarrea consiste en deposiciones frecuentes con heces sueltas o acuosas que se apartan del patrón normal del niño. La diarrea puede acompañarse de, vómitos, pérdida de peso aguda, dolor abdominal, fiebre o eliminación de sangre. Si la diarrea es grave o prolongada, es probable que cause

deshidratación. Aun en ausencia de deshidratación, la diarrea crónica suele provocar pérdida de peso o ausencia de aumento de peso. ⁽⁴²⁾

La diarrea aguda constituye una causa importante de pérdida de peso durante la infancia del niño. Los niños de corta edad y/o estadía hospitalaria prolongada pueden sufrir las mayores pérdidas de peso debido a las diarreas. Es una infección del tracto gástrico e intestinal que puede ser causada por virus, bacterias o parásitos. En la mayoría de los casos se produce por virus que ingresan por la boca, inflamando la garganta. Luego son deglutidos al estómago y continúan su curso infeccioso hacia todo el intestino.

Estos virus actúan inflamando estas estructuras, causando dolor de estómago espontáneo o al comer, inapetencia, vómito y fiebre.

Además, aceleran el movimiento intestinal y alteran la capacidad de digerir y absorber adecuadamente la mayoría de los alimentos, especialmente los azúcares, verduras y productos lácteos. ⁽⁴²⁾

La diarrea es un trastorno pediátrico muy frecuente y causa alrededor de 1,5 a 2,5 millones de muertes/año en todo el mundo. Es responsable de alrededor del 9% de las hospitalizaciones en niños de 5 años de edad. ⁽⁴³⁾

❖ **Parasitosis:**

Las enfermedades parasitarias continúan ocasionando importantes problemas de salud pública en todo el mundo, las manifestaciones clínicas varían desde cuadros asintomáticos hasta casos graves que en raras ocasiones causan la muerte, la parasitosis intestinal es causante de la malnutrición de los niños y niñas, limitando su posibilidad para desarrollarse, crecer y aprender ⁽⁴⁵⁾

Entre los parásitos más comunes que infectan al ser humano figuran el trichuris trichiura (gusano alargado), ascáride (trasmitido por vía oral-fecal), enterovirus, necátor y los oxiuros. La presencia de estos gusanos en el organismo produce disminución del apetito, bajo peso, apatía, irritabilidad, bajo rendimiento escolar

(en niños), dolor de barriga, diarrea, falta de sueño y rechinar de los dientes, entre otros. ⁽⁴⁶⁾

Los parásitos intestinales son generalmente protozoos (como Giardia) o gusanos (como oxiúridos o tenías) que ingresan al cuerpo de su niño y usan el intestino como refugio. El parásito vive en el intestino u otras partes del cuerpo y suele reproducirse, pudiendo causar síntomas o infección.

La presencia de parásitos intestinales, como los helmintos, provoca pérdida de hierro, proteínas y sangre que favorece la aparición de cuadros de anemia y desnutrición crónica, principalmente en los niños, informó, el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud. ⁽⁴⁷⁾

Entre las principales especies de helmintos transmitidos por el suelo que infectan al ser humano figuran la ascáride (*Ascaris lumbricoides*), el tricocéfalo (*Trichuris trichiura*) y el anquilostoma (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*) que pueden dañar la mucosa intestinal provocando una mala absorción e inhibición del apetito.

Para prevenir la parasitosis intestinal, los especialistas recomiendan el lavado de manos antes de preparar y comer los alimentos y después de ir al baño, el consumo de agua hervida o clorada, el lavado adecuado de frutas y verduras, la eliminación de basura y desechos y sobre todo la desparasitación cada seis meses. ⁽⁴⁸⁾

En el caso de los niños se enferman, los síntomas pueden incluir:

- Diarrea acuosa.
- Eses blandas y de apariencia aceitosa.
- Cansancio.
- Retorcijones estomacales.
- Hinchazón
- Nauseas
- Deshidratación.
- Notable pérdida de peso.

❖ **Procedimientos quirúrgicos frecuentes:**

Diversos factores contribuyen al desarrollo de desnutrición en cirugía. Por un lado, existen una serie de factores previos a la intervención que condicionarán la incidencia de desnutrición en los pacientes candidatos a intervenciones quirúrgicas.
(49)

Las patologías más habituales son: fimosis, hernias de la pared abdominal y criptorquidia. A las que se suman otras habituales como apendicitis agudas, quemaduras, quistes, varicocele y reflujo gastroesofágico.

En ocasiones se trata de causas físicas, como la obstrucción mecánica, que impiden la ingestión normal de alimentos; en otras, las razones que contribuyen a la desnutrición son funcionales, como los síntomas digestivos que incluyen las náuseas, los vómitos, el dolor abdominal y las diarreas, o bien la anorexia presente en determinadas situaciones patológicas como, por ejemplo, las enfermedades cancerosas.
(50)

VIII. Diseño metodológico

Tipo de estudio

Es un estudio epidemiológico, analítico, de casos y controles.

Epidemiológico: Porque es un estudio de investigación médica con el conjunto de actividades intelectuales y experimentales realizadas de modo sistemático con el objeto de generar conocimientos sobre las causas que originan las enfermedades humanas, en este caso el bajo peso en los niños de 2 a 5 años.

Analítico: Porque establece la relación causal entre hábitos alimentarios y antecedentes patológicos con el desarrollo de bajo peso en niños de 2 a 5 años para establecer este análisis se llevó a cabo la comparación entre un grupo de niños con bajo peso comparándolos con un grupo control que no presentaron esta condición.

Caso y control: Porque provee una estimación válida y razonablemente precisa, de la fuerza de asociación de una relación hipotética causa-efecto.

Área de estudio

El estudio se realizó en el centro de salud de Achuapa departamento de León, este consta de 6 sectores, que ofertan los servicios de emergencia, farmacia, curaciones e inyectado, consultas generales, fisioterapia, control de vectores, odontología, medicina natural, ultrasonidos, medicina interna, laboratorio, pediatría, ginecología.

El centro de salud está ubicado en el centro del municipio a 2c 1/2 del parque central cuenta con 6 puestos de salud los cuales atienden a 23 comunidades para un total de niños.

Límites:

Norte: Con el consultorio Dr. Silva

Sur: Casa de don Marcelino Hernández – político de zona.

Este: Predio baldío

Oeste: Cementerio municipal

Unidad de análisis

Fueron los niños de 2 a 5 años, pertenecientes al centro de salud, Juan Rafael Rocha Ramírez, Achuapa, monitoreados por el ministerio de salud MINSa.

Unidad de información

Fueron los padres de los niños de 2 a 5 años, que asisten al centro de salud Juan Rafael Rocha Ramírez, Achuapa, monitoreados por el ministerio de salud MINSa.

Población de estudio.

Estuvo conformada por 186 niños, 62 casos y 124 controles (dos controles para cada caso) de niños (2 a 5 años) que pertenecen al centro de salud, Juan Rafael Rocha Ramírez, Achuapa de los cuales decidieron participar en el estudio.

Fuentes de información

Primaria: Se obtuvo la información directamente de las madres, padre o tutor de los niños de 2 a 5 años, se realizó examen físico en el cual se tomó peso y talla.

Secundaria: Se obtuvo información de parte y del ministerio de salud, expediente clínico y tarjeta de vacunación.

Definición de grupos de comparación.

Definición de caso: Niños de 2 a 5 años de ambos sexos con resultados positivos de las medidas antropométricas, Peso/Talla por debajo de Z-1 a Z-2, Talla/Edad por debajo de Z -1 a Z-2, Peso/Edad por debajo de Z-1 a Z -2, lo que indica bajo peso en los infantes del centro de salud, Juan Rafael Rocha Ramírez, Achuapa.

Definición de control: Niños de 2 a 5 años de ambos sexos con resultados de las medidas antropométricas, Peso/Talla de Z 1 a Z 2, Talla/Edad Z 1 a Z 2, Peso/Edad de Z 1 a Z 2, lo que indica peso normal en los infantes del centro de salud, Juan Rafael Rocha Ramírez, Achuapa.

Criterios de inclusión (casos)

- Que presenten bajo peso.
- Que sean niños entre el rango de edades de 2 a 5 años.
- De ambos sexos.
- Que pertenezcan al centro de salud, Juan Rafael Rocha Ramírez, Achuapa.
- Que deseen participar en el estudio.

Criterios de inclusión (control)

- Que sean niños entre el rango de edades de 2 a 5 años.
- De ambos sexos.
- Que pertenezcan al centro de salud, Juan Rafael Rocha Ramírez, Achuapa.
- Que vivan en las comunidades y municipio de Achuapa.
- Que no presenten bajo peso.
- Que deseen participar en el estudio.

Variable dependiente:

Bajo peso.

Variables Independientes:

Hábitos alimenticios.

Antecedentes patológicos.

Método de recolección de la información

El método de recolección fue una encuesta que se realizó en la visita domiciliar, explicando el propósito del estudio y que la información brindada sería confidencial, se entregó una carta para solicitar el permiso y la autorización a la directora del

ministerio de salud Achuapa, explicando el objetivo de la investigación, para acceder a la información solicitada.

Técnica e instrumento de recolección de datos.

La recolección de la información se llevó a cabo mediante una encuesta, conformada por lista preguntas dicotómica, de selección múltiple respecto a datos sociodemográficos, hábitos alimentarios y antecedentes patológicos asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años en el municipio de Achuapa, León.

Dicha encuesta se realizó mediante la ayuda de la aplicación Forms APP, la cual nos permitió recolectar la información de manera más rápida puesto que se configuro para que cada respuesta llegara directamente a la base de datos de la persona que creo el link, además con la utilización de la aplicación se redujo el uso de papel.

Se estableció contacto con la directora del centro de salud donde se realizó el estudio para obtener los permisos necesarios, los pacientes se seleccionaron de la base de datos del centro de salud, de estos los que resultaron positivos para bajo peso tomamos nuestros casos y los que resultaron negativo fueron nuestros controles; con previa ubicación del domicilio donde se ubicaron los investigados, se explicó de forma verbal la descripción de los objetivos con previo consentimiento informado y su autonomía para continuar o retirarse cuando considere pertinente, así como la confidencialidad de la información recolectada, se entregó el cuestionario brindándole el debido tiempo para su realización y duda sobre el cuestionario se realizó control de calidad por parte de los investigadores para evitar que quedaran preguntas sin responder.

Prueba de campo del instrumento.

Se realizó la prueba piloto a 18 niños, correspondientes al 10% de la población, 6 (casos) y 12 (controles), que ambos cumplieron con los criterios de inclusión pero que no pertenecieron a la población de estudio la cual se realizó en el centro de salud del municipio del sauce, esto nos permitió verificar la validez y confiabilidad de las preguntas, obteniendo la información con autenticidad y exactitud.

Procesamiento y análisis de la información.

La información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 21.0.

El análisis de la información se llevó a cabo a través de estadística analítica y usando tablas de contingencia 2x2 para demostrar la asociación de las variables se utilizó la prueba estadística del Chi Cuadrado (X^2), cuando X^2 es menor de 0.05 hay asociación entre las variables, cuando X^2 es mayor a 0.05 las variables son independientes una de la otra, se utilizó la prueba del Odds Ratio u OR para calcular la dirección y valor del riesgo que toma una variable, un OR menor de 1 indica un factor protector, mientras que un OR mayor de 1 indica un factor de riesgo si el OR es igual a 1 indica un factor no asociado al fenómeno en estudio.

En el análisis se utilizó grado de libertad 1 para remarcar que trabajamos con un intervalo de confianza del 95%; por lo cual se utilizó el límite natural inferior y superior para determinar el riesgo de la variable, si esta contiene la unidad en su intervalo, no existe significancia estadística en los datos, la información se presentó a través de tablas para facilitar la comprensión de los resultados.

Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Indicador	Valor		
Datos sociodemográficos	Son características que identifican socialmente a los niños en estudio.	Edad de la madre o tutor.			
		Escolaridad de la madre o tutor			
		Religión.			
		Edad del Niño			
		Sexo	Masculino.		
			Femenino.		
Procedencia	Urbana				

			Rural	
		Escolaridad	1- Si	
			2- No	
		Nivel		
Bajo peso.	Es el estado de nutrición en el que un déficit de energía, proteínas y/u otros nutrientes causa efectos negativos y medibles en la composición y función de los tejidos y órganos y, por tanto, en el estado global de la salud del individuo.			
		Peso	Kg	
		Talla	Cm	
		P/T		
		T/E		
		P/E		
Hábitos alimenticios	Conjunto de costumbres y/o	Tiempo lactancia.	1- < a 6 meses. 2- > a 6 meses.	1- Riesgo. 2- No riesgo

actitudes que determinan el comportamiento en relación a los alimentos que consume.	Frecuencia de lactancia materna al día.	1- 4 veces al día. 2- 5 veces a día. 3- 6 veces al día. 4- 7 veces al día. 5- 8 o más veces al día.	1, 2 riesgo 3, 4 y 5 no riesgo.
---	---	--	--

	Edad a que inicio el uso de pacha	1- A los 3 meses. 2- A los 6 meses. 3- A los 9 meses. 4- Al año. 5- A los 15 meses.	1, 2 riesgo 3, 4 y 5 no riesgo.
	Frecuencia del uso de pacha al día.	1- 2 veces al día. 2- 3 veces al día. 3- 4 veces al día. 4- 5 veces al día. 5- 6 veces al día.	1, 2 riesgo 3, 4 y 5 no riesgo.
	Carbohidratos	1- Aguacate. 2- Queso 3- Tortilla 4- Arroz y pasta. 5- Pan	1,2 riesgo 3, 4 y 5 no riesgo.
	Porciones	1- < 520kcal (menos de 9 cucharadas).	1- Riesgo 2- No riesgo

		2. > 520kcal (9 cucharadas).	
Lípidos		1- Lechuga. 2- Huevo. 3- Cuajada. 4- Carne frita. 5- Mantequilla.	1,2 riesgo 3, 4 y 5 no riesgo
Porciones		1. < 544kcal (menos de 4 cucharadas) 2. > 544kcal (más de 4 cucharadas)	1- Riesgo 2- No riesgo

	Micronutrientes.	1- No 2- Si.	1- Riesgo 2- No riesgo
	Consumo de micronutrientes durante sus controles en la unidad de salud.	1- 1 vez 2- 2 veces. 3- 3 veces. 4- 4 veces. 5- 5 veces.	1,2 riesgo. 3, 4 y 5 no riesgo.

		Proteínas	<ul style="list-style-type: none"> 1- Frijoles. 2- Plátano maduro. 3- Queso. 4- Pollo. 5- Pescado. 	1,2 riesgo 3, 4 y 5 no riesgo.
		Porciones	<ul style="list-style-type: none"> 1. < 96kcal (menos de 4 cucharadas) 2. > 96kcal (más de 4 cucharadas) 	1- Riesgo. 2- No riesgo
Antecedentes patológicos	No es otra cosa que las enfermedades que presentó o	Frecuencia de ingesta de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> 1- 1 vez al día mas 2 meriendas. 2- 2 veces al día más 2 meriendas. 3- 3 veces al día más 2 meriendas. 4- 4 veces al día más 2 meriendas. 5- 5 veces al día más 2 meriendas 	1,2 riesgo. 3, 4 y 5 no riesgo.
		Biometrías realizadas en el año.	<ul style="list-style-type: none"> 1- 1 vez en el año. 2- 2 veces en el año. 3- 3 veces en el año. 	1,2 riesgo. 3, 4 y 5 no riesgo

presenta
actualmente un
paciente.

Lectura de hematocrito en exámenes anteriores	4- 4 veces en el año. 5- Más de 4 veces en el año.	1- Riesgo 2- No riesgo
	1- < 32% 2- > 42%	
Episodios de las enfermedades diarreicas agudas.	1- Más de 5 veces al año. 2- 5 veces al año. 3- 4 veces al año. 4- 3 veces al año. 5- 2 ves al año.	1,2 riesgo. 3, 4 y 5 no riesgo
Episodios de infecciones respiratorias agudas	1- 8 veces al año. 2- 7 veces al año. 3- 6 veces al año. 4- 5 veces al año. 5- 4 veces al año.	1,2 riesgo. 3, 4 y 5 no riesgo

		Diagnóstico de parasitosis intestinal.	1- Si. 2- No	1- Riesgo 2- No riesgo
		Ultima vez de parasitosis diagnosticada en el niño.	1- Hace 6 meses. 2- Hace 9 meses. 3- Hace 12 meses 4- Hace 24 meses 5- Hace 36 meses	1,2 riesgo. 3, 4 y 5 no riesgo
		Edad a que le dieron desparasitante por primera vez.	1- A los 3 años y medio. 2- A los 3 años. 3- A los 2 años y medio. 4- A los 2 años. 5- Al años y medio	1,2 riesgo. 3, 4 y 5 no riesgo
		Antecedentes quirúrgicos en los últimos 12 meses	1- Si. 2- No.	1- Riesgo 2- No riesgo.

Aspectos éticos

Beneficencia: A ninguno de los participantes le fue afectada su integridad, física, psicológica, social o espiritual y se trató de protegerlos al máximo, aunque esto implique la no participación en nuestra investigación.

Consentimiento informado: Se solicitó la participación voluntaria de las personas en estudio, explicándole los objetivos de la investigación y la utilidad de la misma.

Autonomía: El participante en el estudio tuvo la libertad de retirarse de este, cuando él lo considere conveniente, tuvo derecho a decidir si permitía que la información brindada durante el tiempo que participo pueda ser usada en el estudio.

Anonimato: Se explicó al paciente que no se tomarán datos que puedan poner en riesgo la identidad e integridad de las personas que participen en la investigación.

Confidencialidad: La información obtenida fue manejada únicamente por el equipo investigador y utilizada únicamente para fines de estudio.

IX. Resultados.

❖ Datos sociodemográficos.

En los datos sociodemográficos de la población de estudio, se encontró que el 42.5% de la edad de la madre oscila entre los 25 a 29 años, el 53.8% cursó secundaria en su nivel académico; el 46.2% son católicos, el 52.7% de la edad del niño está entre los 2 a 3 años, donde predomina el sexo masculino con el 51.6%, la mayoría de procedencia urbana con el 88.7%.

Tabla#1- Datos sociodemográficos.

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje.
	Media: 28	Moda: 28	
Edad de la madre o tutor.	19-24 años	40	21.5%
	25-29 años	79	42.5%
	30-36 años	67	36%
	Total.	186	100%
Nivel académico de la madre o tutor	Analfabeto.	2	1.1%
	Primaria.	34	18.3%
	Secundaria.	100	53.8%
	Técnico.	29	15.6%
	Universidad.	21	11.3%
	Total	186	100%
Religión.	Católico.	86	46.2%
	Evangélico.	50	26.9%
	Testigo de jehová.	16	8.6%
	Mormón.	0	0%
	Otros.	34	18.3%
	Total.	186	100%
	Media: 3	Moda: 3	
Edad del niño.	2-3 años	98	52.7%
	4-5 años	88	47.3%
	Total	186	100%
Sexo.	Femenino.	90	48.4%
	Masculino.	96	51.6%
	Total	186	100%
Procedencia.	Urbano	165	88.7%
	Rural.	21	11.3%
	Total	186	100%

Fuente: Cuestionario.

En las medidas antropométricas de nuestra población de estudio se encontró que el 56.4% corresponde al rango de los 10 a 14 kg, con predominio en la talla de un 45.1%, con un rango de IMC de 14 a 16 correspondiente a los 82.2%.

Tabla#2- Medidas antropométricas.

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Peso.	10-14 kg	105	56.4%
	15-19 kg	77	41.5%
	20-26 kg	4	2.1%
	total	186	100%
Talla.	80-89 cm	48	25.8%
	90-99 cm	54	29.1%
	100-115 cm	84	45.1%
	total	186	100%
IMC	11-13	25	13.5%
	14-16	153	82.2%
	17-19	8	4.3%
	total.	186	100%

Fuente: Cuestionario.

Hábitos alimenticios asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años.

Al medir la relación que hay entre el tiempo de lactancia materna en el niño asociado al bajo peso, se encontró que 20 de los casos no le proporcionan una lactancia materna adecuada de 6 meses, obteniendo: X^2 : 0.007, OR: 2.632, GL: 1, LI: 1.277 y LS: 5.421.

Tabla#3- Tiempo de lactancia materna, asociado al bajo peso.

Tiempo de lactancia materna	Bajo peso		Total
	caso	control	
Menos de 6 meses.	20	19	39
Más de 6 meses	42	105	147
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.007

OR: 2.632

GL: 1

LI: 1.277

LS: 5.421

Con respecto a la frecuencia que le brindaron leche materna al día al niño asociado al bajo peso se encontró que 21 de los casos le daban leche materna menos de 5 veces al día, obteniendo X^2 : 0.001, OR: 3.457, GL:1, LI: 1.644 y LS: 7.269.

Table#4- Frecuencia que le brindo lactancia al día, asociado al bajo peso.

Frecuencia de consumo de leche materna al día.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Menos de 5 veces	21	16	37
Mas de 6 veces	41	108	149
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.001 OR: 3.457 GL: 1 LI: 1.644 LS: 7.269

Al medir el inicio de uso de pacha asociado al bajo peso en niños, se obtuvo que 40 de los casos iniciaron el uso de pacha a una edad menor de 5 meses, encontrando, X^2 : 0.001, OR: 3.306, GL: 1, LI: 1.748 y LS: 6.252.

Tabla#5- Edad que inicio a darle pacha al niño, asociado al bajo peso.

Inicio de uso de pacha	Bajo peso		Total
	Caso	Control	
Menor de 5 meses	40	44	84
Mayor de 6 meses.	22	80	102
Total.	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.001 OR: 3.306 GL: 1 LI: 1.748 LS:6.252

En relación a la frecuencia que le daban pacha al día al niño asociado al bajo peso, se obtuvo que 29 de los casos la madre o tutor le daba menos de 4 veces al día, encontrando, X^2 : 0.001, OR: 3.312, GL: 1, LI: 1.712 y LS: 6.410.

Tabla#6- Frecuencia que le daba pacha al niño en el día, asociado al bajo peso.

Frecuencia de uso de pacha al día.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Menos de 4 veces al día.	29	26	55
Más de 4 veces al día	33	98	131
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X²: 0.001

OR: 3.312

GL: 1

LI: 1.712

LS: 6.410

Al medir la relación entre el consumo de alimentos ricos en carbohidratos al día asociado al bajo peso, se obtuvo que 9 de los casos consumían pocos carbohidratos, colocándolo como un alto riesgo, encontrando, X²: 0.775, OR: 0.883, GL:1, LI: 0.376 y LS: 2.073.

Tabla#7- Alimentos ricos en carbohidratos que consume el niño al día, asociado al bajo peso.

Consumo de carbohidratos al día.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Alto riesgo.	9	20	29
Bajo riesgo.	53	104	157
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X²: 0.775

OR: 0.883

GL: 1

LI: 0.376

LS: 2.073

Con respecto a las porciones de carbohidratos consumidos asociado al bajo peso en niños se obtuvo que 32 de los casos consumían al día porciones menor de 520 Kcal lo que es igual a 9 cucharadas, encontrando, X²: 0.001, OR: 3.832, GL:1, LI: 1.989 y LS: 7.383.

Tabla#8- Porciones al día de alimentos ricos en carbohidratos, asociado al bajo peso.

Porción de carbohidratos.	Bajo peso		Total
	caso	control	
< 520 kcal (9 cucharadas)	32	27	59
> 520 kcal (9 cucharadas)	30	97	127
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X²: 0.001

OR: 3.832

GL: 1

LI: 1.989

LS: 7.383

Al medir el consumo de alimentos ricos en lípidos al día asociado al bajo peso en niños, se obtuvo que 21 de los casos consumían pocos lípidos al día, colocándolos como alto riesgo, encontrando, X²: 0.500, OR: 1.252, GL:1, LI: 0.651 y LS: 2.407.

Tabla#9- Alimentos ricos en lípidos que consume el niño al día, asociado al bajo peso.

Consumo de lípidos.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Alto riesgo.	21	36	57
Bajo riesgo.	41	88	129
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X²: 0.500

OR: 1.252

GL: 1

LI: 0.651

LS: 2.407

Con respecto a las porciones de lípidos consumidos al día asociado al bajo peso en niños, se obtuvo que 21 de los casos consumían porción menor a las 544 Kcal o bien 4 cucharadas, encontrando, X^2 : 0.002, OR: 3.016, GL: 1, LI: 1.460, LS: 6.231.

Tabla#10- Porciones al día de alimentos ricos en lípidos, asociado al bajo peso.

Porciones de lípidos.	Bajo peso		Total
	caso	control	
< 544 kcal (4 cucharada)	21	18	39
> 544 kcal (4 cucharada)	41	106	147
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario.

X^2 : 0.002

OR: 3.016

GL: 1

LI: 1.460

LS: 6.231

A medir el consumo de alimentos ricos en proteínas asociado al bajo peso, se obtuvo que 36 de los casos consumían pocas cantidades de proteína, llevándolos a un alto riesgo, encontrando, X^2 : 0.751, OR: 0.905, GL: 1, LI: 0.487 y LS: 1.681.

Tabla#11- Alimentos ricos en proteínas que consume el niño al día, asociado al bajo peso

Consumo de proteína.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Alto riesgo.	36	75	111
Bajo riesgo.	26	49	75
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.751

OR: 0.905

GL: 1

LI: 0.487

LS: 1.681

Con respecto a las porciones de proteínas consumidas asociado al bajo peso, se obtuvo que 14 de los casos consumían porciones menores a las 96 Kcal o bien 4 cucharadas, encontrando, X^2 : 0.222, OR: 1.612, GL:1, LI: 0.746 y LS: 3.482.

Tabla#12- Porciones al día de alimentos ricos en proteínas, asociado al bajo peso.

Porción de proteína.	Bajo peso		Total
	caso	control	
< 96 kcal (4 cucharada)	14	19	33
> 96 kcal (4 cucharada)	48	105	153
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.222

OR: 1.612

GL: 1

LI: 0.746

LS: 3.482

El medir la relación que existe entre la frecuencia de ingesta de alimentos asociado al bajo peso en niños de 2 a 5 años, se obtuvo que 15 de los casos ingerían alimentos menos de 3 veces al día, encontrando, X^2 : 0.008, OR: 2.979, GL:1, LI: 1.296 y LS: 6.845.

Tabla#13- Frecuencia de ingesta de alimentos del niño durante el día, asociado al bajo peso.

Ingesta de comida al día.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Menos de 3 veces.	15	12	27
Más de 3 veces.	47	112	159
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.008

OR: 2.979

GL: 1

LI: 1.296

LS: 6.845

En relación a la frecuencia de micronutrientes brindados a los niños en sus controles asociado al bajo peso se obtuvo que 26 de los casos se les brindo menos de 2 veces durante asistieron a las unidades de salud, encontrando, X^2 : 0.455, OR:1.268, GL: 1, LI: 0.680, LS: 2.365.

Tabla#14- Frecuencia de micronutrientes brindados al niño durante sus controles, asociado al abajo peso.

Micronutrientes brindados.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Menos de 2 veces al año.	26	45	71
Más de 3 veces al año.	36	79	115
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.455

OR: 1.268

GL: 1

LI: 0.680

LS: 2.365

❖ **Antecedentes patológicos asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años.**

Con respecto a las biometrías realizadas en el niño al año asociado a bajo peso, se obtuvo que 46 de los casos le realizaron biometrías menos de 2 veces al año, encontrando, X^2 : 0.019, OR: 2.218, GL:1, LI: 1.134 y LS: 4.337.

Tabla#15- Veces al año de biometrías realizadas al niño, asociado al bajo peso.

Biometrías realizadas al año.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Menos de 2 veces.	46	70	116
Más de 3 veces.	16	54	70
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.019

OR: 2.218

GL: 1

LI: 1.134

LS: 4.337

Con respecto al valor del hematocrito asociado al bajo peso en niños de 2 a 5 años se obtuvo que 33 de los casos presentaron un valor del 32%, encontrando, X^2 : 0.001 OR: 5.917, GL:1, LI: 2.964 y LS: 11.813.

Tabla#16- Valor del hematocrito en el niño, asociado al bajo peso.

Valor del hematocrito.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Menos de 32%	33	20	53
Más de 42%	29	104	133
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.001 OR: 5.917 GL: 1 LI: 2.964 LS: 11.813

Al medir los episodios de diarrea en los niños de 2 a 5 años asociado a bajo peso, se obtuvo que 9 de los casos presentaron episodios de diarrea más de 5 veces al año, encontrando, X^2 : 0.004, OR: 5.094, GL:1, LI: 1.502, LS: 17.279.

Tabla#17- Episodios de diarrea en el niño al año, asociado a bajo peso.

Episodios de diarrea.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Más de 5 veces al año	9	4	13
Menos de 5 veces al año.	53	120	173
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.004 OR: 5.094 GL: 1 LI: 1.502 LS: 17.279

Al medir los episodios de infecciones respiratorias en el niño asociado al bajo peso, se obtuvo que 3 de los casos si presentaron infecciones respiratorias en los últimos 12 meses, encontrando X^2 : 0.200, OR: 3.102, GL:1, LI: 0.505 y LS: 19.067.

Tabla#18- Episodios de infecciones respiratorias en el niño al año, asociado a bajo peso.

Episodios de infecciones respiratorias al año.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Más de 7 veces	3	2	5
Menos de 7 veces	59	122	181
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X²: 0.200

OR: 3.102

GL: 1

LI: 0.505

LS: 19.067

En relación al último diagnóstico de parasitosis en los niños asociado al bajo peso, se obtuvo que 30 de los casos los diagnosticaron hace menos de 12 meses, encontrando X²: 0.090, OR: 1.705, GL:1, LI: 0.918 y LS: 3.166.

Tabla#19- Ultimo diagnóstico de parasitosis en el niño, asociado a bajo peso.

Ultimo vez diagnosticada la parasitosis.	Bajo peso		Total
	caso	control	
Hace menos de 12 meses	30	44	74
Hace más de 12 meses	32	80	112
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X²: 0.090

OR: 1.705

GL: 1

LI: 0.918

LS: 3.166

En relación a las cirugías realizadas a los niños asociado al bajo peso, se obtuvo que 10 de los casos si se les realizo cirugías en los últimos 12 meses, encontrando X^2 : 0.060, OR: 2.457, GL:1, LI: 0.943y LS: 6.406.

Tabla#20- Cirugía realizada al niño en los últimos 12 meses, asociado a bajo peso.

Cirugías en los últimos 12 meses.	Bajo peso		Total
	caso	Control	
Si	10	9	19
No	52	115	167
Total	62	124	186

Fuente: Cuestionario

X^2 : 0.060

OR: 2.457

GL: 1

LI: 0.943

LS: 6.406

X. Discusión.

En los datos sociodemográficos de la población de estudio, se encontró que el 42.5% de la edad de la madre oscila entre los 25 a 29 años, con una media de 28 y una moda de 28, el 53.8% cursó secundaria en su nivel académico; el 46.2% son católicos, el 52.7% de la edad del niño está entre los 2 a 3 años, con una media de 3 y una moda de 3, donde predomina el sexo masculino con el 51.6%, la mayoría de procedencia urbana con el 88.7%.

En las medidas antropométricas de nuestra población de estudio se encontró que el 56.4% corresponde al rango de los 10 a 14 kg, con predominio en la talla de un 45.1%, con un rango de IMC de 14 a 16 correspondiente a los 82.2%.

❖ **Hábitos alimenticios asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años.**

Al evaluar el tiempo de lactancia materna asociado al bajo peso, no se encontró asociación estadística entre las variables, aunque si se presentó como un factor de riesgo con 2.6 veces más la probabilidad de presentar un bajo peso si se le da una lactancia materna menor de 6 meses, dichos datos cuentan con una significancia estadística, estos resultados comprueban lo referido por la **OMS** quien declara que la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas que conllevan a bajo peso.

Al analizar la frecuencia de lactancia materna al día, asociado al bajo peso en niños de 2 a 5 años, se encontró que si hay una asociación estadística muy alta entre dichas variables, presentando un riesgo de 3.4 veces más la probabilidad que a los niños que les dan pacha menos de 5 veces presenten un bajo peso que aquellos que les brindan más de 6 veces, cabe recalcar que los datos antes mencionados si cuentan con una significancia estadística; resultados que los comprueba **Higuera Pulgar** quien indica que a lactancia natural es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; La LME durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes, 8 veces durante el día y la noche.

Al indagar sobre la edad que inicio a darle pacha al niño, asociado a bajo peso, se encontró una sólida asociación entre dichas variables, además presenta un riesgo de 3.3 veces más la probabilidad que los niños que consumen pacha menor a los 5 meses, desarrollen bajo peso en comparación que aquellos que lo hacen más de 6 meses, presentado una significancia estadística, datos que abala **Ortiz Andrellucchi y Peña Quintana** que indica que después del primer mes de vida es probable que su bebé tome alrededor de 4 onzas del biberón cada 4 horas más o menos, al menos en promedio.

Con respecto a la frecuencia de consumo de pacha al día, asociado a bajo peso, se encontró que hay asociación entre dichas variables, además presenta 3.3 veces más la probabilidad de sufrir bajo peso con respecto a los niños que le dan más de 4 veces pacha durante el día dichos datos nos brindan significancia estadística, a lo que abala **Ortiz Andrellucchi y Peña Quintana** quien nos dice que el consumo se eleva gradualmente, de modo que, a la edad de 6 meses, tomará de 6 a 8 onzas (180 – 240 ml) 4 o 5 veces al día. Otra forma de pensar acerca del consumo normal es por el peso; por cada libra de peso corporal, el bebé debe consumir alrededor de 2 ½ onzas (75 ml) al día.

Al analizar los alimentos ricos en carbohidratos que consumen los niños al día, asociado al bajo peso, se encontró que no se presenta una asociación entre dichas variables, además se comportó como un factor protector, no brinda una significancia estadística, por lo tanto, no se puede comprobar lo que el **Ministerio de salud-AIEPI** refiere que la alimentación y nutrición adecuada de un menor depende directamente de los alimentos que recibe de acuerdo a su edad, esta a su vez, condiciona el tipo o calidad del alimento, la frecuencia, la cantidad y consistencia de los mismos, niños de 2 a 8 años se le debe dar al menos 130 gramos de carbohidratos.

Con respecto a las porciones de alimentos ricos en carbohidratos, asociado al bajo peso, se encontró una asociación entre variables, con un riesgo alto de 3.8 veces más la probabilidad de que los niños sufran bajo peso en comparación a los niños

que le brindaron más de 520Kcal de carbohidratos al día, además brinda una marcada significancia estadística, a lo que refiere el **Ministerio de salud- AIEPI** que los niños que no agregan carbohidratos en su alimentación aumenta el riesgo a presentar bajo peso hasta, así mismo se encontró que el consumir menos de 520 Kcal.

Al analizar la relación que existe entre los alimentos ricos en lípidos, asociado al bajo peso se encontró que no hay asociación entre ambas variables, pero presenta un riesgo de 1.2 veces la probabilidad de que todo niño que no consume alimentos ricos en lípidos pueda presentar bajo peso, además sus límites naturales no demostraron significancia estadística, por lo tanto no se comprueba lo referido por el **Ministerio de salud-AIEPI**, que la alimentación y nutrición adecuada de un menor depende directamente de los alimentos que recibe, de acuerdo a su edad, esta a su vez, condiciona el tipo o calidad del alimento, la frecuencia, la cantidad y consistencia de los mismos.

Con respecto a las porciones de alimentos ricos en lípidos, asociado al bajo peso en niños de 2 a 5 años se encontró que si hay una fuerte asociación entre dichas variables, presentando 3 veces más la probabilidad de padecer bajo peso con respecto a los niños que les brindan más de 544Kcal de lípidos al día, sus límites naturales nos presentaron una significancia estadística, a lo que refiere el **Ministerio de salud- AIEPI** quien dice que, la edad a su vez, condiciona el tipo o calidad del alimento, la frecuencia, la cantidad y consistencia de los mismos, los niños de 2 a 8 años se le debe dar al menos, 60 gramos de lípido equivalentes a 4 cucharadas o bien 544Kcal.

Al analizar los alimentos ricos en proteínas, asociado al bajo peso en niños de 2 a 5 años se encontró que, no hay asociación estadística, presentándose como un factor protector, sus límites naturales nos dicen que no hay significancia estadística; dichos datos no pudieron comprobar lo expuesto por la **OMS** quien refiere que los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento.

Con respecto a las porciones de alimentos ricos en proteínas consumidas durante el día, asociado al bajo peso se encontró que no hay asociación estadística entre dichas variables, pero se presenta un riesgo de 1.6 veces la probabilidad de que los niños que no consumen alimentos ricos en proteína puedan desarrollar bajo peso y sus límites naturales nos indican que no hay significancia estadística, se deduce que aunque a los casos que les daban porciones menores de 96Kcal no presentaron afectación; por lo tanto, no pudimos comprobar lo expuesto por la **organización mundial de la salud**, los niños de 2 a 8 años se le debe dar al menos, 4 cucharadas o bien 96Kcal, el consumir menos de 4 cucharadas duplican el riesgo de desarrollar bajo peso.

En relación a la frecuencia de ingesta de alimentos durante el día, asociado a bajo peso en niños, se encontró que, no hay una asociación entre ambas variables, con un riesgo de 2.9 veces más la probabilidad de presentar bajo peso en comparación a los niños que les daban más de 3 veces de comida a día, sus límites naturales indican una significancia estadística bastante amplia, a lo expuesto por el **ministerio de salud-AIEPI**, que dependiendo de la edad, será la frecuencia con que debe ser alimentado el niño o niña en 24 horas, los niños de 2 a 5 años deben de alimentarse 5 veces en 24 horas, estas deben ser 3 comidas y 2 meriendas.

Al analizar la frecuencia de micronutrientes brindados al niño durante sus controles, asociado al bajo peso se encontró que no hay una asociación entre variables, pero si un riesgo de 1.2 veces más la probabilidad de caer en bajo peso en comparación a los niños que les brindaron más de 3 veces en el año, se observa que brindar micronutrientes menos de 2 veces al año crea un riesgo, por otro lado, sus límites naturales no indican significancia estadística, a lo que **Wisbaum Wendy** refiere, que un niño que carece de esta vitamina es más propenso a padecer una dificultad para subir de peso y a las infecciones, que serán más graves y aumentarán el riesgo de mortalidad.

❖ **Antecedentes patológicos asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años.**

Al analizar las biometrías realizadas a los niños en el periodo de 1 año, asociado a bajo peso, se encontró que no hay una asociación estadística, pero si hay un riesgo de 2.2 veces más probabilidades de que sea un factor predisponente del bajo peso en comparación a los que les realizan más de 3 veces al año, sus límites naturales indican significancia estadística, a lo que la **OMS** refiere que la Biometría Hemática es una prueba de laboratorio que busca enfermedades, a través de una muestra de sangre con este estudio se puede detectar la anemia, la cual es un factor de riesgo asociado al bajo peso o desnutrición.

En relación al valor del hematócrito en el niño, asociado al bajo peso se encontró que, si hay asociación entre dichas variables, se presenta un riesgo de 5.9 veces más la probabilidad de que los niños que resultaron con un hematócrito de 32% desarrollen bajo peso en comparación a los que presentaron un HTC mayor de 42%, sus límites indican una marcada significancia estadística a lo que expresa el **Ministerio de salud-AIEPI** el HTC es uno de los indicadores principales para detectar anemia ferropénica, dentro de sus valores normales están de 32% a 42%, pues bien, un HTC por debajo de 32% nos indica que hay un déficit de hierro en sangre dando paso a la anemia como tal.

Al medir los episodios de diarrea en los niños de 2 a 5 años asociado a bajo peso, se encontró que, si hay una asociación entre variables, a su vez vemos un riesgo bastante alto de 5 veces más de presentar bajo peso en comparación a los niños que les ha dado diarrea menos de 5 veces al año, además sus límites naturales nos indica una notable significancia estadística, por lo tanto, coincide con lo que expresa **Ross Durán** la diarrea constituye una causa importante de pérdida de peso durante la infancia, los niños de corta edad y/o estadía hospitalaria prolongada pueden sufrir las mayores pérdidas de peso debido a las diarreas.

Al medir los episodios de infecciones respiratorias en el niño asociado al bajo peso, se encontró que no hay una asociación, pero si hay un riesgo de 3.1 veces más las probabilidades de presentar bajo peso en comparación a los niños que presentaron episodios de IRA menor de 7 veces al año, sus límites naturales no brindan

significancia estadística, a lo que la **OMS** que las IRA es la infección más frecuente en el mundo y representan un importante tema de salud pública en nuestro país puesto que es un factor desencadenante de bajo peso en los infantes, causando un déficit en su desempeño y crecimiento.

En relación al último diagnóstico de parasitosis en los niños asociado al bajo peso, se encontró que no hay asociación entre las variables, presenta un riesgo de 1.7 veces más la probabilidad de presentar bajo peso en comparación a los niños que presentaron parasitosis hace más de 12 meses, con límites naturales que no presenta significancia estadística, a lo que dice **Preciados Santos José Ignacio** que las enfermedades parasitarias continúan ocasionando importantes problemas de salud pública en todo el mundo, la parasitosis intestinal es causante de la malnutrición de los niños y niñas, limitando su posibilidad para desarrollarse, crecer y aprender.

En relación a las cirugías realizadas a los niños asociado al bajo peso, se encontró que no hay asociación estadística, aunque si presenta un riesgo de 2.4 veces más la probabilidad de presentar bajo peso en comparación a los niños que no fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos, además sus límites naturales no presentan una significancia estadística a lo que expresa **Latham Michael C**, que diversos factores contribuyen al desarrollo de desnutrición en cirugía. Por un lado, existen una serie de factores previos a la intervención que condicionarán la incidencia de desnutrición en los pacientes candidatos a intervenciones quirúrgicas.

XI. Conclusiones.

❖ Datos sociodemográficos de la población en estudio.

El estudio se realizó con una muestra de 186 participantes de los cuales 62 eran casos y 124 controles, donde predomina el sexo masculino con el 51.6%, la mayoría de procedencia urbana con el 88.7%. En las medidas antropométricas se encontró que el 55.4% corresponde al rango de los 10 a 14 kg, con predominio en talla un 45.1%.

❖ Hábitos alimenticios asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años.

En relación a los hábitos alimenticios se concluye que la lactancia materna exclusiva brindada menor a los 6 meses presenta un riesgo de 2.6 veces más la probabilidad de conllevar a un bajo peso; brindar menos de 5 veces al día presenta un riesgo de 3.4 veces más de que los niños desarrollen un bajo peso, el inicio de pacha en el niño menor a 5 meses de edad, aumenta el riesgo de 3.3 veces más las probabilidades de presentar bajo peso, es por ello que aprobamos la hipótesis.

Por otra parte, las porciones consumidas de alimentos ricos en carbohidratos menor a los 520Kcal, aumenta el riesgo de 3.8 veces más la probabilidad de sufrir bajo peso, porciones de alimentos ricos en lípidos, se concluye que el consumo menor a 544Kcal, aumenta el riesgo de 3 veces de desarrollar bajo peso, a su vez, la frecuencia de ingesta de alimentos diarias menos de 3 veces al día aumenta el riesgo de desarrollar bajo peso hasta 2.9 veces más.

❖ Antecedentes patológicos asociado a bajo peso en niños de 2 a 5 años.

En cuanto a los antecedentes patológicos, se concluye que, la frecuencia de realización de biometrías menos de 2 veces en el año, aumenta el riesgo de 2.2 veces más de predisponer al bajo peso, en relación al valor del hematocrito menor de 32%, aumenta notablemente el riesgo de 5.9 veces más de presentar anemia como tal, en los episodios de diarrea, se concluye que, presentar diarrea más de 5 veces al año aumenta el riesgo de 5 veces más de desarrollar bajo peso, los niños que fueron diagnosticados con parasitosis hace menos de 12 meses aumenta el riesgo de 1.7 veces más de presentar bajo peso. En relación a las cirugías previas realizadas, concluimos que, aumenta el riesgo de 2.4 veces más las probabilidades de desarrollar de bajo peso.

XII. Recomendaciones.

❖ A dirección de la Institución:

- Continuar con el fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva.
- Brindar capacitaciones sobre el bajo peso y sus efectos negativos en niños, a los recursos para fortalecer los conocimientos a la hora de la atención.
- Prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia mediante intervención oportuna y seguimiento a las incidencias.
- Fomentar el monitoreo en los controles de VPCD para reducir su incidencia.

❖ Personal de enfermería:

- Continuar con el fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva.
- Fortalecer los conocimientos sobre el bajo peso y las consecuencias que causa en los niños para brindar una atención complementaria.
- Brindar capacitación nutricional de las madres de los niños sin que intervenga la edad, la escolaridad, la accesibilidad de las familias.
- Realizar en conjunto con los padres de familia una valoración y mejora de la dieta de los niños, incluyendo el consumo de carbohidratos y lípidos en sus comidas.
- Realizar conversatorios educativos para concientizar a las madres sobre el cuidado de los niños ante enfermedades prevalentes de la infancia.

❖ Futuros investigadores:

- Utilicen la información y sirva como fuente en el desarrollo de nuevas investigaciones.
- Incluir nuevas variables de estudio que permitan una ampliación de dicha temática.

XIII. Bibliografías.

1. Jara Navarro, María Inés. Hambre, desnutrición y anemia: una grave situación de salud pública. Revista Gerencia y Políticas de Salud. [Internet], [2012] [citado 26 mayo 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo>.
2. Fernández., R. M. Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América. CEPAL [Internet], [2013], [citado 26 de mayo 2022] Disponible en: <https://repositorio.cepal.org>
3. Trescastro López Eva M^a, Bernabeu-Mestre Josep, Caballero Nelson Pablo, Casabona Isabel, De Miguel Eduardo, Galiana Sánchez M^a Eugenia et al. Hambre, miseria y enfermedad en Latinoamérica y el Caribe: el papel de la nutrición en las enfermedades tropicales desatendidas (ETDs) en Nicaragua. An Venez Nutr [Internet]. 2015 Dic [citado 2022] ;28(2):125-131.Disponible en: <http://ve.scielo.org/scielo>.
4. Jara Navarro, María Inés. Hambre, desnutrición y anemia: una grave situación de salud pública. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Bogotá. [internet] [Julio 2011] [citado 27 de mayo 2022] 7(15),7-10 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo>.
5. Torres Bello, Indira Fernanda y Ocón Espinoza, Jorge Cristian (2018) Factores relacionados a Desnutrición Aguda en niños de 0-72 meses del municipio de San Dionisio, Matagalpa, primer trimestre, año 2017. Nicaragua. Otra thesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. [internet] [2018] [citado el 27 de mayo 2022] Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9090>
6. Baute Pareta Neydis, Castañeda Vargas Esmirriada. Caracterización de la desnutrición infantil en el hospital guatemalteco de Poptún. MEDISAN [en línea].

2014 Oct [citado 2022 junio 27];18(10):1403-1408.Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo>.

7. José Antonio Escorcía López. “Estado nutricional de niños menores de cinco años en 8 comunidades del municipio de Santa Rosa del Peñón, León. Nicaragua. [Internet] [citado 2022 mayo 28] Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni>
8. Alethia Mariscal, et al. Diferencias entre conductas alimentarias de niños que recibieron lactancia materna completa. Salud publica revista en la Internet]. 2019. Dic [citado 2022 mayo 27]; 61(6): 833-840. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>.
9. Cuevas-Nasu Lucía, Gaona-Pineda Elsa Berenice, Rodríguez-Ramírez Sonia, Morales-Ruán María del Carmen, González-Castell Luz Dinorah, García Feregrino Raquel et al. Desnutrición crónica en población infantil de localidades con menos de 100 000 habitantes en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2019. Dic [citado 2022 mayo 27]; 61(6): 833-840. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>.
10. Álvarez Ortega Luzbela G, desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores, Investigación Valdizana, vol.13, [revista en Internet].2013 marzo, [citado 2022 mayo 27]; Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe>
11. Machado Duque Manuel Enrique, Calderón Flórez Viviana, Machado Jorge Enrique, determinantes socioeconómicos, inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en población desplazada de primera infancia, Pereira, Colombia, [revista en Internet]. Vol. 20, N° 1, enero -junio 2014, [citado 2022 mayo 27]. Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8533>
12. Osorio Ana María, Romero Gustavo Alfonso, Bonilla Harold, et al, Contexto socioeconómico de la comunidad y desnutrición crónica infantil en Colombia, revista

Saude, [revista en Internet], julio 2018, [citado 2022 mayo 27]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2018.v52/73/es/>

13. Delgado Figueroa Carla Beatríz, Mite Zhayra Denisse San Martín, factores de riesgo asociados a complicaciones de gastroenteritis en niños, universidad de Guayaquil, [revista en Internet]. 2020, , [citado 2022 mayo 27]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51844>.

14. Álvarez-Fonseca G, Calvo Hurtado J, Alvarez Fonseca Y, Bernal-García M. Factores asociados a malnutrición en niños entre 2 y 5 Años Oicatá, Colombia. ISUB [Internet]. 11 ene. 2019 [citado 27 may 2022];6(1):103-19. Available from: <http://200.21.15.145/index.php/rs/article/view/297>.

15. Avila Curiel Abelardo, Shamah Levy Teresa, Galindo Gómez Carlos, et al, la desnutrición infantil en el medio rural mexicano, salud publica México, [revista en la Internet], 15 de enero de 1998, [citado 2022 mayo 23]; Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n2/150-160/>.

16. Sobrino Manuel, Gutiérrez César, Cunha Antonio J, et.al, desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes, Rev Panam Salud Publica, [revista en la Internet], 2014, [citado 2022 mayo 23]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n2/104-112/es/>.

17. Gonzales Gustavo, Bedoya Paola, et alt. Anemia en niños menores de 5 años. Perú. (publicado en el año 2020). (en línea). Citado en mayo 2022 15 páginas. disponible en: <https://www.google.com/our>.

18. OPS/OMS. Situación alimentaria y nutricional de américa latina. publicado en Santiago, Chile (publicado en 2020). Citado en mayo de 2022. 25 paginas (en línea). Disponible en <https://www.google.com/>

19. Alarcon P. importancia de los micronutrientes en la infancia. Lima Perú. Publicado en septiembre de 2012. 20 paginas. Citado en mayo de 2022 (en línea). Disponible en: <https://www.uv.mx.pdf>
20. Asociación española de pediatría. Alimentación complementaria para él bebe. España. Publicado en 2014. 10 paginas. (en línea). citado en mayo 2022 Disponible en: <https://www.EAPED.es/>
21. UNICEF. Estado mundial de la infancia. Publicado en octubre del año 2019. 50 paginas. (en línea). Citado en mayo de 2022. Disponible en: <https://www.UNICEF.org/>.
22. Ortiz R. alimentación del niño. Publicado en Madrid España en el año 2012. 10 paginas. (en línea) citadoe en mayo de 2022. disponible en. <https://www.scielo.cl>scielo.com>
23. Martínez zuares, Hernández Delmis, et alt. recomendaciones nutricionales en la infancia. Publicado en el año 2013. 30 paginas. (en línea). Citadoe en mayp de 2022. Disponible en: <https://www.uv.com.mx>.
24. Noruega Padilla anina. Factores que determinan el estado nutricional de los niños de 2 años que asisten al programa de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo del niño, del centro de salud monimbo, zona sur de Masaya. Enero a marzo del 2006, [En línea] 2006, [citado 2022 mayo 27]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=antecedentes+patologicos+y+desarrol>
25. Higuera Pulgar. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente con desnutrición. Scieci Direct. Madrid, España. [en línea]. [June 2020] [citado 4 de junio 2022]

Paginase 812-815 Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article>

26. Significados. ¿Niño que es?, concepto y definiciones. [internet] [27/04/2018] [citado el 4 de junio 2022] Disponible en: <https://www.significados.com/nino/>.
27. Agencia ONU para los refugiados comité español, tipos de desnutrición infantil, marzo 2018, [en línea] [04/06/2022]. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/tipos-desnutricion-infantil>
28. Ortiz-Andrellucchi A., Peña Quintana L, et al. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. Nutr. Hosp. [en línea]. 2006 Ago. [citado 2022 Jun 13]; 21(4): 533-541. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php>
29. Gonzales Karla, desnutrición, salud y medicina, Slideshare, 23 de septiembre de 2015, Universidad de Monterrey, [en línea] [04/06/2022]. Disponible en:
<https://es.slideshare.net/kgonzalez3/desnutricion>
30. Wisbaum, Wendy, La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF. Madrid España. [en línea] [noviembre 2011] [citado el 4 de junio 2022] Disponible en:
<http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle>
31. Sevilla-Paz Soldán, Ricardo Mariano, MANEJO INTEGRAL “CLAPSEN” DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. Revista Médico-Científica "Luz y Vida" [en línea]. 2011; [citado 6 de junio 2022] 2(1):87-93. disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo>.
32. Ministerio de salud. Normativa 146. Manual de procedimientos para la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia de 0 a 5 años (AEIPI).

Revista Minsa [en línea] Abril 2018[citado el 8 de junio 2022]; Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/DirecciónGeneral>

33. Organización mundial de la salud. Lactancia materna exclusiva. Revista OMS [internet] [2017] [citado el 6 de junio 2022] Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
34. Romero Viamonte Katherine, Salvant Tames Adrian, et al. Lactancia materna y desnutrición en niños de 0 a 6 meses. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2018, Dic [citado 2022 Jun 08]; 47(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
35. Organización mundial de la salud, hasta que edad es adecuado alimentar a tu bebe. Revista OMS. [Internet] julio 2013[citado el 8 de junio 2022]; Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/21/es/>.
36. Ministerio de salud. Normativa 029. Normas de alimentación y nutrición, para embarazadas, puérperas y niñez menor de cinco años. Revista sital [Internet] 12 de diciembre 2018 [citado el 8 de junio 2022]; Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ni
37. David L. Hill, MD, FAAP. Aspectos básicos para la alimentación con biberón. Revista healthy children.org. [Internet] 21 de noviembre 2015 [citado el 8 de junio 2022]; Disponible en: <https://www.healthychildren.org>
38. Organización mundial de la salud, OMS, Enfermedades respiratorias, 2 de mayo de 2017, [Internet] [05/06/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom>
39. Bove Urbina Silvia Mayela, Impacto de la estrategia AIEPI hospitalario en el abordaje medico e indicadores hospitalarios de las enfermedades diarreicas en niños de 1 mes a 4 años, hospital Vélez Paiz, II semestre del 2006, Managua, [Internet] [05/06/2022]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni>

40. Ministerio de la salud, enfermedades diarreicas, 26 de sep del 2014, [Revista en internet] [05/06/2022]. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/temasde-salud/enfermedades-diarreicas>
41. Ochoa Carlos Luis, Posada Ricardo, Restrepo Felipe, et al, atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI.
42. Prieto Herrera María Eulalia, Russ Durán Guadalupe, Reitor Landrian Lorena. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 Abr [citado 2022 Jun 06]; 16(2): 160-164. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
43. Garcia Castro Marjurie del Rosario, López Mesis Candida Betsabe, Calidad de atención en la Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo en infantes menores de 5 años según usuarios que asisten a los Puestos de Salud, Matagalpa II semestre año2015. Matagalpa, 04 de febrero de 2016, [Internet] [05/06/2022]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=+vpcd>
44. Organización Mundial de la Salud, OMS, Vacunas e inmunización, 30 de dic 2020, [Internet] [05/06/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/q-a-detail/vaccines>
45. Preciados Santos José Ignacio, parasitosis intestinal, salud pública de México / vol.41, no.1, enero-febrero de 1999, [Internet], [05/06/2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article>
46. Gwela Agnes, Mupere Ezekiel, Berkley James A, et al, Desnutrición, inmunidad y vulnerabilidad a infecciones, IntraMed, vol.38,5 de noviembre de 2019, [Internet], [05/06/2022]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95108>.

- 47.** Peniche-Herrera Jesús Raúl, Cortes Telles Arturo Lozano-Salazar, Rubén Rodrigo, et al, Riesgo de desnutrición prequirúrgico como factor de riesgo de estancia hospitalaria prolongada en cirugía gastrointestinal, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Rev. Biomédica, Vol.29,15 de junio de 2018, [Internet], [05/06/2022]. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/615>
- 48.** Cruz xochilt, Cirugía y desnutrición, salud y medicina Slideshare, Santa Catrina, 10 de junio de 2015, [Internet], [05/06/2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/xconox/ciruga-y-desnutricin>.
- 49.** Latham Michael C, Nutrición e infección, salud y enfermedad, nutrición humana en el mundo en desarrollo, Ithaca, Nueva York, Estados Unidos, 2014, [Internet], [05/06/2022]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s07.htm>.
- 50.** Cardona Arias Jaiberth Antonio, determinantes sociales del parasitismo intestinal, la desnutrición y la anemia: revisión sistemática, OMS, revista panamericana de la salud pública, 2017, [Internet], [05/06/2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6645169/>.

XIV. Anexos



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

CARTA DE APROBACION DEL PROTOCOLO.

Lic. Pablo Espinoza Palma.

Tutor del componente de investigación analítica I.

Su oficina:

Por medio de la presente hago constar que la investigación realizada en el Municipio de Achuapa, departamento de León, por Br. Ernesto Gabriel Rodríguez Mendoza, Br. Francis Marina Barrera Mendoza, Br. Mabeling Daniela Mendoza Gontol; la cual lleva como tema: **Hábitos alimenticios y antecedentes patológicos asociados al bajo peso en niños de 2 a 5 años del centro de salud Achuapa III trimestre 2022.** Después de revisar, si cumple con los criterios científico y metodológico.

Doy por aprobado este estudio para ser entregado como protocolo de investigación analítica I.

Sin más que agregar les deseo muchos éxitos y bendiciones en su estudio.

Atentamente:

Lic. Pablo Espinoza Palma.

Tutor de Investigación.

Escuela de Enfermería UNAN-LEON.



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.
Fundada en 1812.
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

Dra. Zeleyda Hernández.

Directora del centro de salud de Achuapa.
Su despacho.

Estimada Dra. Hernández.

De la manera más atente le informo, que los estudiantes de V año de la carrera de licenciatura en ciencias de la enfermería, modalidad sabatina, están realizando su trabajo de investigación analítica.

El título de su tema es: **Hábitos alimenticios y antecedentes patológicos asociados a bajo peso en niños de 2 a 5 años del centro de salud Achuapa III trimestre 2022.**

En vista que dicho trabajo requiere de levantamiento de información, le solicitamos su valioso apoyo para que los estudiantes de enfermería: Ernesto Gabriel Rodríguez Mendoza, Francis Marina Barrera Mendoza y Mabeling Daniela Mendoza Gontol, tengan acceso a la realización de encuestas y toda la información concerniente a la investigación.

Sin más a hacer referencia, me despido de usted cordialmente, contando con su valioso apoyo.

Atentamente.

Vo. Bo. Msc. Gregoria francisca canales Q.

Directora escuela de enfermería.
FFCCMM UNAN-León.

c. c Archivo.

Lic. Pablo Espinoza Palma.

Tutor (a) de investigación de
la escuela de enfermería
FFCCM. UNAN-León.

“A la libertad por la universidad”

Ficha N° _____

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas



Licenciatura en ciencias de la Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A: Padres de familia, de niños de 2 a 5 años del centro de salud Juan Rafael Rocha Ramírez, Achuapa, León III trimestre 2022.

Reciba un cordial saludo con todo respeto por medio de la presente nos dirigimos a usted para hacer la solicitud a participar de una investigación sobre Hábitos alimenticios y antecedentes patológicos relacionados a bajo peso en niños de 2 a 5 años.

Este estudio será realizado por:

Br: Ernesto Gabriel Rodríguez Mendoza.

Br: Francis Marina barrera Mendoza.

Br: Mabeling Daniela Mendoza Gontol.

Estudiantes de V año de la carrera de licenciatura en ciencias de la enfermería de facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León.

Es importante informar los fines investigativos antes de tomar la decisión de participar en este; Seremos garantes del anonimato de la información obtenida ya que será para fines académicos.

El presente estudio pretende conocer si los Hábitos alimentarios y los antecedentes patológicos están relacionados al desarrollo de bajo peso en pacientes seleccionadas a conveniencias.

Su participación es voluntaria, y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento. En caso de que decidiera abandonar el estudio está en libertad de hacerlo.

Su participación en este estudio será completamente anónima, por lo cual no le causará ningún perjuicio, respetando su integridad personal.

Afirmo que leí el consentimiento informado y deseo participar en el estudio, por lo cual firmo a continuación.

_____ **Firma de la madre o tutor.**

La presente encuesta se realiza con el objetivo de analizar los Hábitos alimenticios y antecedentes patológicos relacionados al desarrollo de bajo peso en niños de 2 a 5 años, centro de salud Juan Rafael Rocha Ramírez Achuapa, León III trimestre 2022; la respuesta brindada por cada uno de los entrevistados será anónimas y utilizada con fines investigativos

Datos sociodemográficos

Caso _____

Control _____

Marque con una x o llene los acápites que crea conveniente; limitándose a responder solo a los incisos que se le presentan:

Edad de la madre o tutor _____

Nivel académico de la madre o tutor

- A. Analfabeta.
- B. Primaria
- C. Secundaria.
- D. Técnico.
- E. Universitaria.

Religión.

- A. Católico.
- B. Evangélico.
- C. Testigos de Jehová.
- D. Mormón.
- E. Otros.

Edad del niño _____

Sexo

- A. Femenino.
- B. Masculino

Procedencia

- A. Urbano
- B. Rural

Peso _____ **Talla** _____ **T/E** _____ **P/E** _____

IMC _____

Hábitos alimenticios.

- 1- **¿Cuánto tiempo le dio leche materna al niño?**
 - A. Menos de 6 meses.
 - B. Más de 6 meses.
- 2- **¿Cuántas veces al día le daba leche materna al niño?**
 - A. 4 veces al día.
 - B. 5 veces a día.
 - C. 6 veces al día.
 - D. 7 veces al día.
 - E. 8 o más veces al día.
- 3- **¿A qué edad inicio a darle pacha al niño?**
 - A. Recién nacido.
 - B. A los 3 meses.
 - C. A los 6 meses.
 - D. A los 9 meses.
 - E. Al año.
- 4- **¿Con que frecuencia en el día le daba pacha al niño?**
 - A. 2 veces al día.
 - B. 3 veces al día.
 - C. 4 veces al día.
 - D. 5 veces al día.
 - E. 6 veces al día.
- 5- **¿De los siguientes alimentos cuales son los que su niño consume con más frecuencia durante el día?**
 - A. Aguacate.
 - B. Queso
 - C. Tortilla
 - D. Arroz y pasta.
 - E. Pan

Seleccione una opción de las que se presentan a continuación.

6- ¿De los alimentos que selecciono anteriormente cuántas porciones de alimentación le da a su niño durante el día?

- A. Menos de 9 cucharadas.
- B. 9 cucharadas.

7- ¿De los siguientes alimentos cuales son los que su niño consume con más frecuencia durante el día?

- A. Lechuga.
- B. Huevo.
- C. Cuajada.
- D. Carne frita.
- E. Mantequilla.

Seleccione una opción de las que se presentan a continuación.

8- ¿Cuántas cucharadas de los alimentos anteriores le da al niño durante el día?

- A. Menos de 4 cucharadas.
- B. Más de 4 cucharadas.

9- ¿De los siguientes alimentos cuales son los que su niño consume con más frecuencia durante el día? (seleccione 3)

- A. Frijoles.
- B. Plátano maduro.
- C. Queso.
- D. Pollo.
- E. Pescado.

10-¿De los alimentos que selecciono anteriormente cuántas porciones de alimentación le da a su niño durante el día?

- A. Menos de 4 cucharadas.
- B. Más de 4 cucharadas.

11-¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?

- A. 1 vez al día mas 2 meriendas.

- B. 2 veces al día más 2 meriendas.
- C. 3 veces al día más 2 meriendas.
- D. 4 veces al día más 2 meriendas.
- E. 5 veces al día más 2 meriendas

12-¿Usted le ha proporcionado micronutrientes al niño?

- A. No
- B. Si.

13-¿Cuántas veces al año le han brindados micronutrientes durante sus controles en la unidad de salud?

- A. 1 vez al año
- B. 2 veces al año
- C. 3 veces al año
- D. 4 veces al año
- E. 5 veces al año

Antecedentes patológicos.

14- ¿Cuántas veces al año le ha realizado una biometría al niño?

- A. 1 vez en el año.
- B. 2 veces en el año.
- C. 3 veces en el año.
- D. 4 veces en el año.
- E. Más de 4 veces en el año.

15- ¿Cuál ha sido el valor del hematócrito en las biometrías?

- A. Menos de 32%
- B. Más de 42%

16-¿Ha presentado enfermedades diarreicas los últimos 12 meses el niño?

- A. Si
- B. No

17-¿Con qué frecuencia al año presenta enfermedades diarreicas su niño?

- A. Más de 5 veces al año.
- B. 5 veces al año.
- C. 4 veces al año.
- D. 3 veces al año.
- E. 2 ves al año.

18-¿Ha presentado infecciones respiratorias los últimos 12 meses?

- A. Si
- B. No

19-¿Con qué frecuencia presenta infecciones respiratorias el niño?

- A. 8 veces al año.
- B. 7 veces al año.
- C. 6 veces al año.
- D. 5 veces al año.
- E. 4 veces al año.

20-¿El niño ha sido diagnosticado con parasitosis intestinal (parásitos)?

- A. Si.
- B. No

21-¿Cuándo fue la última vez que diagnosticaros con parasitosis intestinal a su niño?

- A. Hace 6 meses.
- B. Hace 9 meses.
- C. Hace 1 año.
- D. Hace 2 años.
- E. Hace 3 años.

22-¿A qué edad le dieron desparasitante por primera vez?

- A. A los 3 años y medio.
- B. A los 3 años.
- C. A los 2 años y medio.

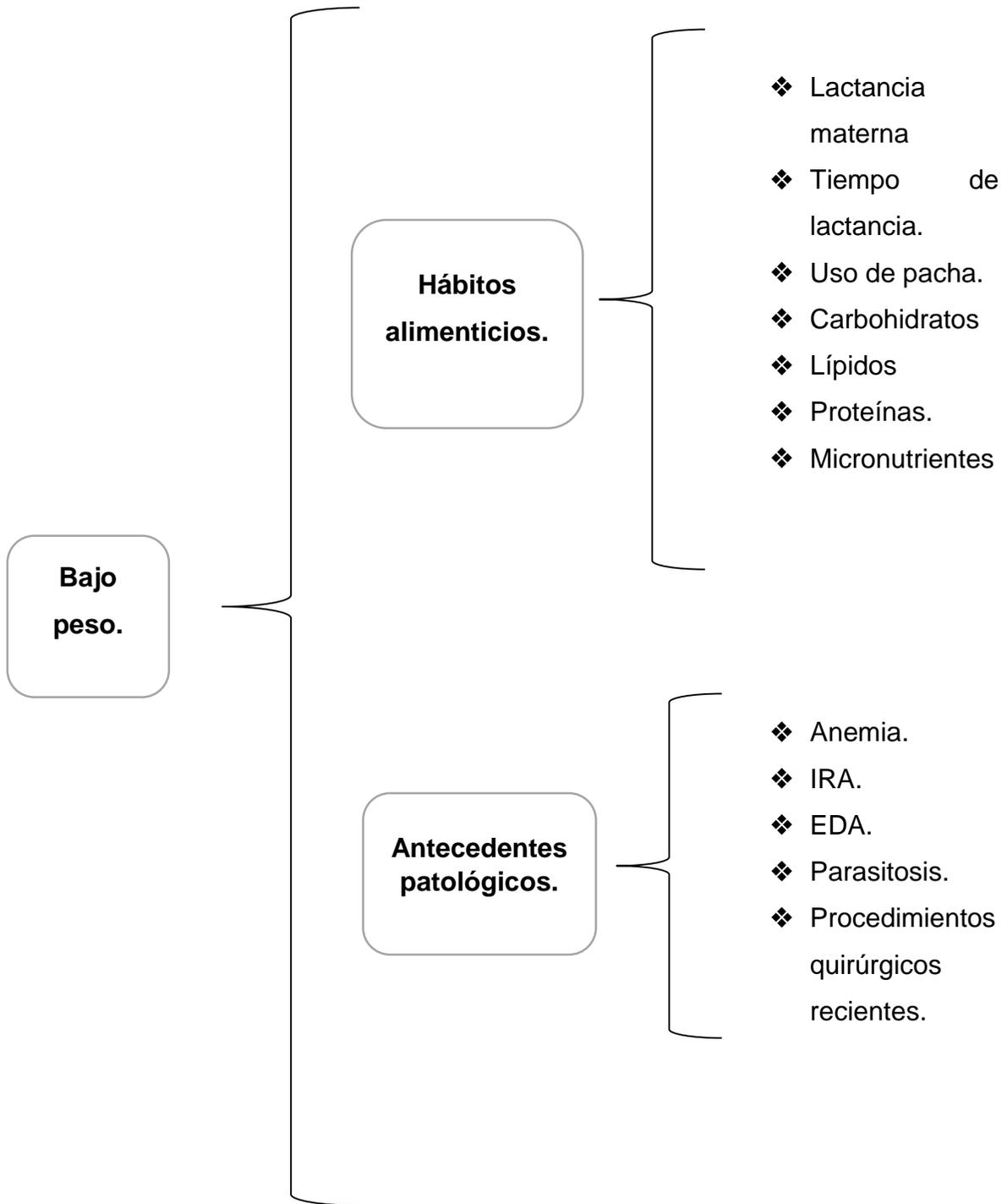
- D. A los 2 años.
- E. Al años y medio

23-¿Ha sido sometido a alguna cirugía en los últimos 12 meses el niño?

- A. Si
- B. No

Muchas Gracias!!!!

Esquema de investigación.



Cronograma de actividades

Actividades	Meses						
	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov
Introducción	28						
Antecedentes	29						
Justificación	29						
Planteamiento del problema	30						
Objetivos		4					
Hipótesis		5					
Marco teórico		4-13					
Operacionalización de variables		14-19					
Diseño metodológico		20-30					
Bibliografías			4-13				
Cronograma de actividades.				22			
Resumen					5		
Resultados de las tablas.						1-8	
Análisis de resultados						10-20	
Conclusiones						21	
Recomendaciones						23	
Anexos							3
Informe final							26