UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑO/AS HOSPITALIZADOS MENORES DE 3 AÑOS – HOSPITAL IQUITOS – IQUITOS – 2015

AUTORA
BACH. ENF. ISABEL TELLO CHANCHARI

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASESORA
LIC. ENF. TERESA CONSUELO MONTALVAN LLERENA

SAN JUAN BAUTISTA - PERÚ
2016

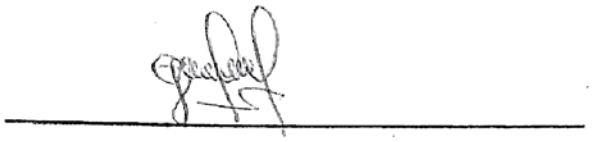
DEDICATORIA

Dedico este informe a las personas más importantes en mi vida.

A mis padres los cuales me han enseñado el valor y la perseverancia para conseguir lo que uno se propone, por su amor incondicional y a mis estimados hermanos los cuales han sido el motivo para salir adelante y ser el ejemplo a seguir.

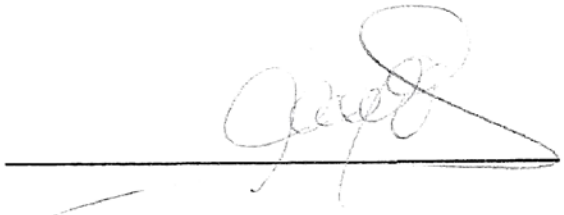
A mi hijo Jesús, quien siempre fue mi motivo para salir adelante en todos los retos en mi carrera como enfermera.

SUSTENTACION DE TESIS



Lic. Enf. Graciela Inga Mendoza

PRESIDENTE



Lic. Enf. Rosa L. Nacimento pezo

MIEMBRO



Lic. Enf. Elvia B. Malafaya Rivera

MIEMBRO



Lic. Enf. Teresa C. Montalván Llerena

ASESORA

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 06 días del mes de julio del 2017, siendo las 07:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 348-2016-UCP-FCS, de fecha 25 de agosto del 2016, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

- ✓ **Lic. Enf. Graciela Inga Mendoza** — **Presidente**
- ✓ **Lic. Enf. Rosa Lourdes Nacimiento Pezo** — **Miembro**
- ✓ **Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera** — **Miembro**

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: **"CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA"**, de la Bachiller en Enfermería **ISABEL TELLO CHANCHARI**, para optar el **Título Profesional de Licenciada en Enfermería**, que otorga la **UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.
Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A)Aplicación de la teoría a casos reales	3	3	4	
B) Investigación Bibliográfica	3	4	3	
C)Competencia expositiva(claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	3	2	2	
D) Calidad de respuestas	4	2	2	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
CALIFICACIÓN FINAL	16	14	14	

RESULTADO:

APROBADO POR: MAYORÍA.

CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS): QUINCE

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORIA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos

Lic. Enf. Graciela Inga Mendoza
Presidente

Lic. Enf. Rosa Lourdes Nacimiento Pezo
Miembro

Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Miembro

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	1
CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN	3
1.1. Antecedentes y Fundamentación Científica	4
1.2. Problema de Investigación	9
1.3. Objetivos	14
1.2. Justificación	15
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	17
2.1. Marco Teórico	18
2.2. Marco Conceptual.	19
CAPÍTULO III – MÉTODO	34
3.1. Hipótesis	35
3.2. Tipo de Investigación	36
3.3. Población y Muestra	37
3.4. Técnicas	39
3.5. Instrumentos de Recolección de Datos	39
3.6. Ética	39
CAPÍTULO IV – VARIABLES	42
4.1. Identificación de las Variables	43
4.2. Definición de las Variables	43
4.3. Operacionalización de las Variables	45
CAPÍTULO V – RESULTADOS	47
CAPÍTULO VI – DISCUSIÓN	58
CAPÍTULO VII – CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRÁFIA	63
ANEXOS	67

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional, de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

Método: Estudio de tipo estudio es el Descriptivo porque se medirán las variables para describirlos y comprobar las hipótesis planteadas, y el Correlacional porque es el procedimiento de decisión para predecir la relación entre las variables independiente y dependiente. Estará constituida por 200 historias clínicas de niños/as menores de 3 años, hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Iquitos, de julio a diciembre del año 2015, procedentes de familias con nivel socioeconómico de bajo a medio, donde la muestra será solo de 132 pacientes (IC 95%).

Resultados: De los 132 pacientes escogidos para el estudio, 52,3% pacientes estuvieron entre los 1 – 11 meses de edad, 29,5 % entre 1 año – 2 años y 18,2 % entre 2 – 3 años. Con respecto al sexo, de los 132 pacientes estudiados, 40,9% eran niñas y 59,1% eran niños. De las patologías estudiadas, 42,4% fueron Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), el 31,8% fueron Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), el 6,8% fueron Transmisibles, el 7,6% Dermatológicas y 11,4 % otros. La procedencia de los niños, el 20,5% es de Iquitos, 32,6% de Belén, 37,9% de San Juan, 3% de Punchana y 6,1% de otros lugares. Con respecto a la valoración del peso, el 6,8% está por debajo de -3 desviaciones estándar (DE), 6,1% <-2DE, 15,2% <-1DE, 56,8% con peso normal, 9,1% con >1DE y 6,1% >2DE. Con respecto a la valoración de la talla, el 10,6% esta <-3DE, 12,1% <-2DE, 23,5% <-1DE, 39,4% con talla normal, 3,8% con >1DE, 5,3% >2DE y 5,3% > 3DE. Con respecto a la relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional se haya que todos los factores mencionados, a excepción del sexo, tienen relación estadística significativa, con el estado nutricional (grupo de edad, morbilidad y procedencia con $p<0.05\%$ *e* IC 95%).

Conclusiones: La relación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional de los niños menores de 3 años en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, es estadísticamente significativo a excepción del sexo.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between socio - demographic characteristics and nutritional status of children under 3 years old hospitalized between July and December in the pediatric service of the Hospital Iquitos in 2015.

Method: Study type is the Descriptive because the variables will be measured to describe them and to verify the hypotheses raised, and the Correlational because it is the decision procedure to predict the relationship between the independent and dependent variables. It will be constituted by 200 clinical records of children under 3 years of age, hospitalized in the Pediatric Service of the Iquitos Hospital, from July to December 2015, from families with low to medium socioeconomic level, where the sample will be only 132 patients (95% CI).

Results: Of the 132 patients selected for the study, 52.3% were between 1 - 11 months of age, 29.5% between 1 year - 2 years and 18.2% between 2 - 3 years. With respect to sex, of the 132 patients studied, 40.9% were girls and 59.1% were children. Of the pathologies studied, 42.4% were Acute Respiratory Infections (IRAS), 31.8% were Acute Diarrheal Diseases (EDAS), 6.8% were Transmissible, 7.6% Dermatologic and 11.4% others . The origin of the children, 20.5% is from Iquitos, 32.6% from Bethlehem, 37.9% from San Juan, 3% from Punchana and 6.1% from other places. Regarding weight assessment, 6.8% is below -3 standard deviations (SD), 6.1% <-2SD, 15.2% <-1SD, 56.8% with normal weight, 9.1% with> 1SD and 6.1%> 2SD. Regarding the size assessment, 10.6% were <-3SD, 12.1% <-2SD, 23.5% <-1SD, 39.4% with normal height, 3.8% with> 1SD, 5.3%> 2SD and 5.3%> 3SD. Regarding the relationship between sociodemographic factors and nutritional status, all factors mentioned above, with the exception of sex, have a significant statistical relationship with the nutritional status (age group, morbidity and origin with p <0.05% and CI 95%).

Conclusions: The relationship between the socio-demographic characteristics and the nutritional status of children under 3 years of age at the Hospital Iquitos Cesar Garayar García, is statistically significant except for sex.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes:

Guerrero. (Ecuador, 2014), en su estudio "Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua, período diciembre-marzo 2013", en una muestra de 100 pacientes atendidos, encontró que: respecto al sexo, 54% de niños con desnutrición fueron de sexo femenino y 46% masculino; en cuanto a la edad, 24% tuvieron de 0 a 6 meses, 21% de 7 meses a 1 año, 19% de 1 a 3 años y 36% de 3 a 5 años; referente al estado nutricional, 54% de niños presentaron estado nutricional normal, 28% peso bajo, 15% peso muy bajo, 2% sobrepeso y 1% obesidad. Al relacionar sexo y estado nutricional, del 54% con nutrición normal, 47,8% fueron de sexo masculino y 59,2% femenino; del 28% con peso bajo, 30,4% fueron de sexo masculino y 22,9% femenino; del 15% con peso muy bajo, 17,4% fueron de sexo masculino y 12,9% femenino; del 2% con sobrepeso, 1% fueron de sexo masculino y 1% femenino; y del 1% con obesidad, fueron de sexo masculino, no encontrando significación estadística entre ambas variables ($p = 0.305$). [7]

Sanabria. (Paraguay, 2014), en su estudio "Análisis de la situación nutricional de los niños menores de cinco años en Paraguay a partir de la encuesta de ingresos y gastos y de condiciones de vida 2011-2012", en una muestra de 1.976 niños y niñas menores de 5 años de edad, utilizando el puntaje z: z Peso/Edad, z Peso/Talla, z Talla/Edad, obtuvo que: respecto al peso/edad, 2,6% presentaron desnutrición global, 2,7% desnutrición aguda, 10,8% desnutrición crónica, 11,8% obesidad, siendo las tasas de desnutrición levemente mayores en el sexo masculino que en el femenino en menores de dos años; con relación al peso/talla, se observó que coexisten problemas de malnutrición por déficit y por exceso, con una mayor prevalencia de desnutrición global, aguda y crónica en niños con antecedentes de bajo peso al nacer. [8]

Escartín M, et. al. (México, 2011), en su estudio sobre factores sociodemográficos y su asociación con el estado nutricional de niños menores de 5 años en centros de salud de comunidades rurales del estado de Querétaro, en una muestra de 275 niños con sus madres, concluyeron que: los hijos de las madres adolescentes, en un 13,8% tuvieron desnutrición leve, 79,6% nutrición normal, 5,8% sobrepeso y 0,7% obesidad; y los hijos de las madres adultas, en un 1,1% tuvieron desnutrición moderada, 10,5% leve, 75,3% normal, 10,5% con sobrepeso y 2,5% con obesidad. [8]

Vargas, et. al. (Venezuela, 2011) en su estudio "Percentiles de circunferencia de cintura en niños y adolescentes del municipio Maracaibo del Estado Zulia", en una muestra de 1787 niños y adolescentes, obtuvieron que: según el sexo, 49,46% (884) fueron del sexo masculino y 50,53% (903) del femenino); en cuanto a edad, 3,41% tuvieron dos años, 2,46% tres años; respecto al examen físico y evaluación antropométrica, los valores promedio de peso, talla, índice de masa corporal, aumentaron con la edad. [9]

Garraza, et. al. (Argentina, 2011), en su estudio sobre "Sobrepeso y obesidad en relación a condiciones socio-ambientales de niños residentes en San Rafael, Mendoza", en una muestra de 1176 individuos niños, encontraron que: 14,4% presentaron sobrepeso y 7,6% obesidad, las mismas que no mostraron diferencias significativas con respecto al sexo, pues la población con sobrepeso presentó en ambos sexos, valores de IST<1. [10]

León, et. al. (Ecuador, 2009), en su estudio "Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo", en una muestra de 140 niños para evaluar el estado nutricional mediante los indicadores antropométricos de peso y talla, interpretados mediante las puntuaciones Z, de peso para la talla (P/T), talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E), obteniendo que: 22,1% tuvieron entre 6 a 11 meses y 17,9% de 12 a 23 meses; respecto al sexo, 55% correspondieron al sexo femenino y 45% al masculino; en cuanto a la evaluación del estado nutricional, la puntuación Z del P/T, mostró que 7,9% tuvieron algún grado de desnutrición, 12,1% fueron delgados, 60% eutróficos, 15,7% tuvieron sobrepeso y 4,3% fueron obesos; la puntuación Z del T/E mostró que 12,1% tuvieron desnutrición, 18,6% baja talla, 67,9% normal y 1,4% alto; la puntuación Z del P/E mostró que 5,7% tuvieron desnutrición, 18,6% fueron delgados, 60,7% eutróficos, 13,6% tuvieron sobrepeso y 1,4% fueron obesos. [11]

Arévalo. (Perú, 2015), en su estudio "Factores asociados a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos hospital nacional docente madre niño san Bartolomé 2014", en una muestra de 126 pacientes de 5 años a menos, encontró que: 61,9% presentaron desnutrición aguda leve, 36,5% desnutrición crónica y 0,8% presentaron desnutrición aguda severa; asimismo, 73,0% de los niños con desnutrición tenían menos de 2 años de edad. [12]

Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – DEVAN. (Perú, 2015), en su estudio "Informe técnico sobre el estado nutricional en el Perú por etapas de vida, 2012–2013", en una muestra de 11 358 hogares, realizando mediciones antropométricas para evaluar el estado nutricional de niño/as menores de 5 años, calculando los coeficientes Z de talla/edad, peso/edad y peso/talla usando los estándares de crecimiento infantil de NCHS y los coeficientes Z de la Organización Mundial de la Salud 2006, cuyos resultados fueron que: 17,7% (IC95%: 16,0-19,6) presentaron desnutrición crónica, 6,4% (IC95%: 5,2-7,9), exceso de peso, y 33,4% (IC95%: 31,0-35.8) de niños menores de 5 años presentó anemia, siendo mayor en los dos primeros años de vida (58,4 y 47,4%). [13]

Apaza, et. al. (Perú, 2014), en su estudio "Sobrepeso, obesidad y la coexistencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años", en una muestra de en 7 217 niños con edad entre 12 a 59 meses, obtuvieron que: en cuanto al sexo, 1,6% fueron de sexo masculino; respecto al estado nutricional, 7,3% tuvieron sobrepeso, 1,4% obesidad, 18,9% desnutrición crónica; por otro lado, 0,8% presentaron desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad a la vez, siendo más frecuente en niños entre 12 y 23 meses. [14]

Sobrino M, et. al. (Perú, 2014), en su estudio "Desnutrición infantil en menores de 5 años en Perú: tendencias y factores determinantes", obtuvieron que: 0,4% presentaron desnutrición aguda, 19,6% desnutrición crónica y 30,7% anemia; la mayoría fueron de sexo masculino y menores de 2 años. [15]

Lozano, et. al. (Perú, 2014), en su estudio "Prevalencia de sobrepeso y obesidad en un distrito urbano de Lima 2012", en una muestra de 1.743 escolares, del distrito de Los Olivos a quienes se les midió el peso y talla, obtuvieron que: 50,1% fueron de sexo femenino y 49,9% masculino; la media de edad fue de 14,6 ± 1,5 años; la prevalencia de sobrepeso fue de 33,7% (IC 95%: 31,5-36,0) y de obesidad 14,4% (IC 95%: 12,8-16,1); la obesidad fue de 16,9% (IC 95%: 14,4-19,5) en el sexo masculino y de 11,9% (IC 95%: 9,8-14,3) en el femenino; el sobrepeso fue de 32,6% (IC 95%: 29,5-35,8) en el sexo masculino y de 34,9% (IC 95%: 31,7- 38,1) en el sexo femenino.[16]

Vera, et. al. (Perú, 2013), en su estudio "Evaluación del estado nutricional en pacientes con neumonía menores de cinco años atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, EsSalud Chiclayo, Enero–Diciembre 2012", en una muestra de 52 historias clínicas de niños entre 0 a 5 años, del departamento de pediatría, encontraron que: referente al sexo, 65,4% fueron de sexo masculino y 34,6% femenino; respecto a la edad, la edad media fue de 22,13 meses; en cuanto a la morbilidad respiratoria, 82,7% tuvieron dificultad respiratoria, 75% tos, 57% fiebre y 55,8% roncantes e hiporexia. Respecto al estado nutricional, 78,1% presentaron infra peso o delgadez (<18,50 Kg/m2), de ellos 53,2% fueron severa (<16), 15,4% moderada (16-16,99) y 9,5% aceptable (17-18,49); 17,1 fueron normales (18,5-24,99); 1,9% presentaron sobrepeso (25-29,99); y 1,9% que tuvieron obesidad tipo III. [17]

Guevara. (Perú, 2003), en su estudio "Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín de Huántar 2003", en una muestra de 408 niños menores de 5 años, obteniendo que: respecto al sexo, 47,6% fueron de sexo femenino y 52,4% masculino; referente a edad, 6,6% tuvieron de 0 a 5,9 meses, 12,5% de 6 a 11,9 meses, 18,9% de 1 a 1,9 años, 24,3% de 2 a 2,9 años, 18,6% de 3 a 3,9 años y 19,1% de 4 a 4,9 años; en cuanto al estado nutricional, 56,4% tuvieron desnutrición crónica, 3,4% desnutrición aguda, 9,1% sobrepeso/obesidad y 31,1% eutróficos o normales; de acuerdo al cálculo del Índice de Masa Corporal en 253 niños de 2 a 4,9 años, encontraron 71,1% de normalidad, 2,4% déficit, 8,7% bajo peso, 12,3% sobrepeso y 5,5% obesidad. [18]

Delgado, et. al. (Perú, 2015), en su estudio "Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, en la ciudad de Iquitos 2015", en una muestra de 123 madres con niños entre 6 a 36 meses, obtuvieron que: respecto a la edad, 20,3% fueron de menor edad (6 meses a un año) y 79,7% de mayor edad (de dos y tres años); el 93,5% de niños presentaron riesgo de desnutrición y 6,5% no; concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y la variable edad. [19]

1.2. Problema de Investigación:

El mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye dos formas: la desnutrición, por la carencia de nutrientes esenciales en la dieta (hierro, ácido fólico, vitamina A, yodo) que contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles, y la alimentación excesiva, con crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo que están asociadas a un aumento de enfermedades agudas y crónicas, que afectan a los más pobres y a los más vulnerables como son los niños menores de 3 años, con riesgos considerables para la salud humana; por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado estrategias en nutrición que incluyen la formulación de políticas apropiadas de alimentos y nutrición, vigilar las tendencias mundiales en nutrición para tomar decisiones, asesoramiento científico para ejecutar medidas de intervención, y dirigir la colaboración mundial para mejorar la salud nutricional, el estado nutricional y en consecuencia a la salud en general, empezando desde los primeros estadios del desarrollo.[1]

Por ello, la calidad de vida de la población, requiere de la generación de estilos de vida saludables promocionando el cuidado del niño en un contexto familiar protector y estimulante para alcanzar una adultez plena, feliz y productiva, brindándole una adecuada alimentación desde los primeros años de vida que se inicia con la lactancia materna exclusiva desde recién nacido hasta los 6 meses de vida para asegurar el crecimiento y mantenimiento de la salud e iniciando la alimentación complementaria (AC) a partir de los seis meses para cubrir las necesidades nutricionales del niño, favorecer la interrelación madre - hijo, estableciendo hábitos saludables de alimentación a partir del año de edad utilizando los nutrientes necesarios para una alimentación balanceada y equilibrada. [2]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2013 el 30% (186 millones) de la población mundial menor de 5 años de edad tenía retraso del crecimiento y 18% (115 millones) bajo peso para su talla y 5% (43 millones) sobrepeso infantil, debido a la alimentación deficiente y el sufrimiento de repetidas enfermedades por infecciones diversas; asimismo, aproximadamente 35% de lactantes de 0 a 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, pero son menos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional, lo cual no concuerda con el nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil que brinda datos científicos y orientación sobre la forma en que cada niño nacido en cualquier parte del mundo debería crecer (27 de abril de 2006 - Ginebra), recibiendo una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, como un potencial para desarrollarse saludablemente.

Por otro lado, en América Latina y el Caribe, se observan diferencias individuales en la media de peso y crecimiento de los niños, las mismas que pueden ser normales cuando les proporcionan las condiciones necesarias en la primera infancia, como lo evidencia Bolivia que registra una mortalidad infantil de 54 por 1000 nacidos vivos, de ellos 55% estan asociadas a las infecciones y a la desnutrición, cuya prevalencia es de 24,3% para desnutrición crónica, 5% para desnutrición grave y 30% para desnutrición global; en cuanto al estado nutricional por exceso, en Bolivia la prevalencia de sobrepeso es alta con un 4% que va en aumento al igual que en Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, Haití, Perú y EE.UU.[3]

El Perú, es un país con tres regiones naturales cuyas corrientes migratorias hacia las áreas urbanas e industriales han determinado grandes contrastes en la ocupación territorial, viviendo en la costa el 54,6% de peruanos, en la sierra 32% y en la selva la mayor región natural vive el 13,4%. [4]

Respecto al estado nutricional en Perú, el año 2013 la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, en la edad, 12,6% en menores de seis meses, 36,7% entre 18 a 23 meses, 26,5% en niños entre 48 a 59 meses; en cuanto a sexo, 25,8% de desnutrición crónica afectaba al sexo femenino y 29,8% al sexo masculino; mostrando también que referente al consumo de alimentos, 64,3% de niños consume solamente carbohidratos (granos y cereales), 39,3% no consume alimentos de origen animal y más de 70% no consume menestras. [5]

Por su parte, la región Loreto el año 2014 tenía una población de 1'018,160 habitantes (52,20% de sexo masculino y 47,80% femenino), que, según los grupos de edad, la población menor de 1 año representa el 2,15%, de 1 a 4 años el 11,54%, de 5 a 9 años el 11,98% y de 10 a 14 años el 11,50%, siendo la ciudad más poblada Iquitos con 368,851.95 habitantes. En cuanto al estado nutricional el año 2013 la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años fue de 32,3%, la prevalencia de anemia fue del 49,5%.[5]

En la Región Loreto, se cuenta con el Hospital Iquitos César Garayar García (CGG), establecimiento de salud de nivel de complejidad II – 2 de alta rotación que atiende al 35% del total de la demanda de servicios de salud de la ciudad de Iquitos y de toda la región, para ello, cuenta entre otros con un servicio de Pediatría para hospitalización, con una capacidad instalada con 35 camas; así el año 2015, fueron hospitalizados un total de 1,550 niños, de ellos 772 tenía entre 1 a 10 años, 280 entre 11 a 20 años, 400 niños entre 1 a 10 meses, 45 niños entre 11 a 20 meses, 10 niños tenían entre 1 a 10 días, 15 entre 11 a 20 días y 28 entre 21 a 30 días; siendo las primeras causas de morbilidad, la fiebre del dengue clásico, bronquitis aguda debida a Mycoplasma Pneumoniae, enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, paludismo debido a Plasmodium Vivax con ruptura esplénica, bronquiolitis aguda debida a Virus Sincitial Respiratorio, Leptospirosis no especificada, septicemia no especificada, urticaria no especificada y convulsiones febriles, respectivamente y otras causas. [6]

Este contexto, nos permite observar que el estado nutricional normal en los primeros años de vida es fundamental para el desarrollo físico, intelectual y emocional de los niños, sin embargo, los resultados de desnutrición en niños en nuestro país y en la región Loreto siguen siendo significativos, cuyo pronóstico es negativo para el mantenimiento de la salud, para el desarrollo de altos coeficientes intelectuales y para el normal crecimiento y desarrollo de los niños; motivo por el cual proponemos la necesidad de realizar esta investigación sobre las características sociodemográficas (edad, sexo y morbilidad) y su relación con el estado nutricional de niño/as de 1 a 3 años, con la finalidad de plantear recomendaciones a todas las áreas y actividades relacionadas con la promoción y prevención de la desnutrición en el niño y lograr un impacto cuantificable en los factores de riesgo, pues a pesar de los numerosos estudios realizados sobre el estado nutricional que han contribuido con el incremento de conocimientos, aún continúa siendo un área problemática en la que hay vacíos de conocimiento que es necesario conocerlos para mejorar la práctica de enfermería; asimismo, la experiencia obtenida durante los años de formación profesional, nos ha permitido observar casos de niños menores de 3 años hospitalizados que aparte de presentar una patología, presentaban también alteraciones en su estado nutricional, sea por déficit o por exceso; sin embargo, no se los ha relacionado con los factores demográficos que es la propuesta que se plantea.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema General

¿Cuál es la asociación que existe entre las características sociodemográficas y el estado nutricional, de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?

Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?

- ¿Cuál es el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?

- ¿Cómo es la asociación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional, de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

- Identificar el estado nutricional, que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

- Identificar la asociación estadística entre las características sociodemográficas y el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La investigación que se presenta es imprescindible, ya que la nutrición es uno de los pilares fundamentales en el desarrollo, y en términos de salud pública es importante como indicador de salud en los grupos poblacionales con énfasis en los de menor edad, para realizar acciones de prevención y evitar mayores costos a los individuos, a las familias y a los servicios de salud. Tanto el estado nutricional actual de los niños menores de 3 años y su grado de desarrollo neurológico, están estrechamente relacionados, ya que sin el sustrato que es en este caso el alimento, el sistema nervioso central va a tener un pobre desarrollo, el cual tiene su pico máximo entre el primero año de vida hasta el segundo año de vida, donde se desarrolla hasta el 85% de la masa cerebral. Lamentablemente no se ha estudiado suficientemente la relación entre los factores sociodemográficos y el estado nutricional en nuestro medio, ello se evidencia en la limitada cantidad de antecedentes a los que tuvimos acceso, en consecuencia, servirá para contar con datos actualizados de nuestra realidad y compararlos con los datos existentes.

En cuanto a la relevancia social del estudio, es trascendente para la sociedad porque los resultados podrán ser utilizados y aplicados en beneficio del hospital donde se realizó el estudio para que lo consideren en su atención; a los profesionales de enfermería en el sentido de reorientar y precisar sus actividades de consejería; y a las madres de familia para que reflexionen y tomen conciencia del rol protagónico que tienen en el cuidado de sus hijos pequeños.

Por otro lado, la investigación tendrá una implicancia práctica orientada a explicar la influencia de las características sociodemográficas sobre el estado de nutrición de lo/as niño/as menores de 3 años, grupo poblacional que se verá beneficiado de forma significativa disminuyendo el riesgo de malnutrición y de afecciones en su salud; asimismo, servirá para mejorar la orientación y consejería nutricional a las madres por parte de los profesionales de enfermería teniendo en cuenta las características de la población.

De igual modo el personal de salud, será más sensible al revalorar la importancia de la promoción, prevención y control de los riesgos en base a los resultados obtenidos o fortalecer las conductas adecuadas en las madres, así como beneficiará en la disminución de la morbimortalidad infantil, además del potencial incremento en la satisfacción de los usuarios.

Asimismo, su valor teórico se evidenciará en la obtención de nuevos conocimientos y actualizados sobre el estado nutricional evidenciado en un marco teórico que permite la unificación de criterios en la identificación del estado nutricional normal y de sus riesgos considerando su relación con la edad, sexo y morbilidad, y realizar acciones decisivas para controlar el problema trayendo como resultado la disminución de casos nuevos de alteraciones en el estado nutricional del niño/a menores de 3 años, con la disminución de enfermedades que obliguen a una estancia hospitalaria, que aumentan los costos operativos por la atención de posibles complicaciones de éstas. Otro aspecto relevante, es que se estudiarán variables que aún necesitan fortalecer su evidencia y determinar su relación, que podrán ser utilizados en la formación profesional de enfermería, como antecedentes y marco referencial para nuevas investigaciones sobre el tema.

Finalmente, se resalta la importancia de su utilidad metodológica, en el sentido de que se probarán nuevos métodos, protocolos, estrategias en bien de la población infantil, que sirvan como evidencia de la necesidad de disminuir los riesgos de la desnutrición, asimismo, se creará un nuevo instrumento para recolectar y analizar datos registrados los cuales serán debidamente validados y serán confiables, se contribuirá a la demostración de la relación entre las variables estudiadas, y se plantearán sugerencias respecto a cómo realizar estudios más adecuados a una población.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1. Marco Teórico

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El crecimiento y desarrollo son procesos dinámicos, continuos, en una secuencia ordenada y aproximadamente igual para todos los seres humanos, que ocurren desde la concepción hasta la madurez; si tiene las mejores condiciones posibles, se reflejará en un adecuado desarrollo físico, fisiológico y psicológico, hasta una productividad y creatividad plena; sin embargo, a cualquier edad, pueden observarse variaciones que reflejan la respuesta del individuo en crecimiento ante los numerosos factores sociodemográficas ambientales y hereditarios, a los que puede verse expuesto. Por tanto, el crecimiento infantil es uno de los indicadores de mayor utilidad para evaluar el estado de salud y nutrición, y es también un parámetro indicador del grado de desarrollo socioeconómico de un país. [20]

Definición de Características Sociodemográficas

Las características sociodemográficas, son factores o indicadores que proporcionan información de tipo social y demográfica correspondiente a una población en general, como pueden ser los indicadores de sexo, edad, escolaridad, ocupación, lugar de residencia (urbana, rural), etapas de vida, entre otras, así como también sobre estadísticas vitales como las tasas de nacidos vivos, defunciones, mortalidad y morbilidad, esperanza de vida al nacer, entre otros temas. [21]

En la investigación que se presenta, se estudiarán las siguientes características sociodemográficas:

Edad: La edad, se define como el lapso de tiempo de vida o los años cronológicos, que ha transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el instante o periodo en que se estima la existencia de una persona, que crece y se desarrolla a través de todo su ciclo vital, cambia, se organiza y se adapta al medio ambiente en que se desenvuelve, en una interacción constante entre su dotación genética y el medio que lo rodea, en un continuo proceso de aprendizaje, de dominio del desarrollo vital y de las tareas a realizar.[22]

Según el Ministerio de Salud - MINSA, en su Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, clasifica a las etapas vitales iniciales como: recién nacido de 0 a 29 días, lactante de 29 días a 11 meses 29 días e infante de 1 a 4 años. [23]

El estado nutricional juega un papel esencial en el desarrollo del individuo, siendo su papel más importante en la edad temprana y en el cual alguna alteración de la curva normal pude afectar las actividades diarias, disminuyendo su capacidad intelectual y en consecuencia la capacidad de aprendizaje. [17]

Si el niño está en sus primeros 6 meses de vida, es menos probable que esté desnutrido, debido a que su alimentación en esa primera etapa de vida consiste principalmente en la leche (materna u otra), pues según la ENDES el 99% de los niños menores de seis meses de edad están siendo lactados, que incluye también al grupo de niños que se encuentra en la etapa entre 6 y 12 meses, en la cual probablemente la alimentación del niño es proporcionada con mayor cuidado y su componente principal sigue siendo la leche; pero, el efecto positivo nutricional más importante se da hasta los seis meses, debido a que después de los seis meses de edad, el niño otros alimentos también deben ser consumidos. Así, los niños menores de un año de edad tienen una menor probabilidad de sufrir de desnutrición severa, mientras que los más grandes presentan otros requerimientos nutricionales y, por lo tanto, están expuestos a una probabilidad más alta de sufrir algún tipo de desnutrición. [24]

Asimismo, los niños que comprenden entre las edades de 0 a 5 años pueden ser víctimas de prácticas pobres de alimentación especialmente en aquellas regiones en donde la lactancia materna está siendo reemplazada desde etapas muy tempranas de la vida por fórmulas artificiales y acompañadas de nutrición, higiene y recursos económicos bajos. Esta alimentación inadecuada tiene lugar cuando los requerimientos nutricionales son altos por unidad de peso corporal. [7]

Sexo: El sexo, se define como las características biofisiológicas que diferencian a la especie humana determinado por las diferencias biológicas y fisiológicas del organismo humano. Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos que da como resultado la especialización de organismos en variedades clasificadas o conocidas como sexos. [25]

La palabra "sexo" desciende del latín cortar o dividir, que se define como la división del género humano en dos grupos, uno de mujeres y otro de varones, que permite clasificarlos en dos tipos de sexo: femenino, cuando es capaz de producir óvulos para la reproducción humana, y masculino, cuando es capaz de producir espermatozoides para la reproducción humana; es decir, que el sexo comprende el desarrollo de facetas características entre el hombre y la mujer, como las biológicas o anatomofisiológicas, psicológicas, afectivas o emocionales y de conducta, que se evidencia en un comportamiento sexual característico. [25]

En términos del sexo, es una variable importante en el estado nutricional que muestra el niño menor. Así, los niños de sexo femenino, tienen menor probabilidad de sufrir una desnutrición severa en siete puntos porcentuales que un niño de sexo masculino, posiblemente porque los niños varones tienen mayores requerimientos nutricionales, y si la madre tiene diez años más que otra, reduce la probabilidad de que su hijo tenga desnutrición en tres puntos porcentuales. [24]

Procedencia: Espacio ocupado por un individuo en un periodo de tiempo determinado. Un aspecto importante ya que esta variable influye mucho en el estado nutricional, debido a la influencia socioeconómica sectorizada de las regiones del país y/o localidad de donde proviene el paciente. Dicha característica también ha estado envuelta en otro tipo de investigaciones de índole social y nutricional.[24]

Morbilidad: La Morbilidad se define como un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y en un tiempo determinado. Es un dato estadístico de gran importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. Los datos de morbilidad pueden provenir de diversas fuentes, como de los registros ordinarios que llevan los registros sanitarios públicos, registros médicos y otros, así como encuestas. El término morbilidad es de uso médico y científico. [26]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la morbilidad es toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar; es decir personas enfermas o casos de enfermedad en una población. [27]

Los avances de la epidemiología nutricional, ha podido demostrar también la implicación de un gran número de nutrientes, como las vitaminas antioxidantes, la fibra o diferentes tipos de ácidos grasos, en el desarrollo de ciertas enfermedades, sean agudas o crónicas, así, por ejemplo, la mayor ingesta de ácidos grasos saturados aumenta el riesgo, mientras que hay un efecto contrario en el caso de los ácidos grasos poliinsaturados y la fibra. [28]

Por otro lado, el crecimiento infantil es considerado como un indicador muy útil para evaluar el estado de salud y nutrición de una determinada población. Cuando los niños, en proceso de crecimiento y desarrollo, son sometidos a agentes ambientales desfavorables como pueden ser la presencia de enfermedades infecciosas, transmisibles, parasitarias, dermatológicas, entre otros, y un nivel de nutrición inadecuado, van a tener un resultado negativo sobre su proceso de crecimiento; sin embargo, el organismo del ser humano, como un mecanismo de defensa ante cualquiera de estas agresiones, pone en funcionamiento un sistema de adaptación que le permite de alguna manera superar los daños, no obstante cuando la agresión ambiental es intensa y prolongada en el tiempo, el sistema de adaptación falla, el estado nutricional se deteriora, ocasionando daños difíciles de superar, convirtiéndolos en sujetos vulnerables a enfermedades y a una disminución de su capacidad de aprendizaje incidiendo directamente en su desarrollo como un individuo apto y capaz de ser creativo y productivo. [7]

Por su parte, la desnutrición puede ser un factor relevante para el incremento del riesgo de enfermedades o morbilidad con efectos negativos en la salud infantil. Así tenemos que entre las enfermedades más frecuentes en los niños menores de cinco años, están: las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), con cuatro millones de muertes en el mundo, provocan entre 80 a 90% de muertes en América Latina y en el Perú generan una alta demanda en los servicios de salud estimándose en 21,6% de muertes, incluyen bronquitis aguda, bronquios y enfermedades de la tráquea, bronquiolitis aguda y otros relacionados; Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), que incluye diarreas, gastroenteritis, infecciones intestinales y otros relacionados; Enfermedades Transmisibles, como fiebre del dengue, paludismo, Leptospirosis y otros relacionados; Dermatológicas, como dermatitis, urticarias y otros relacionados; Otros, como septicemias, convulsiones febriles y otros relacionados. [29]

Por otro lado, un niño que ha estado enfermo recientemente, es más probable que esté desnutrido. La enfermedad y la desnutrición se pueden relacionar de dos maneras: un niño que se enferma con mayor frecuencia no se alimenta adecuadamente y la enfermedad deteriora sus condiciones de salud, haciendo más probable que esté desnutrido; y un niño desnutrido se enferma con mayor frecuencia porque la desnutrición debilita su sistema inmunológico. Sin embargo, el indicador de enfermedad construido a partir de la información disponible responde a las enfermedades de corto plazo (tales como diarrea, tos y fiebre); probablemente estas son más una causa de la desnutrición crónica que una respuesta a ella. [24]

Teorías sobre las Características Sociodemográficas

Teoría del Paradigma Ontológico: la investigación se fundamenta en este paradigma porque va enfocado a una realidad socialmente construida, epistemológica puesto que se pretende una interacción transformadora y axiológica donde están comprometidos e influidos por valores. [24]

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

La alimentación constituye uno de los factores extrínsecos más relevantes en el proceso de crecimiento y desarrollo del individuo, pues los hábitos alimentarios y los estilos de vida se adquieren en los primeros años de vida y perduran a lo largo de esta, siendo la nutrición una de las necesidades básicas que permite el desarrollo máximo del potencial biológico. [30]

La Estrategia Mundial de Alimentación, Actividad Física y Salud de la OMS contra la Obesidad aprobada el año 2004, especifica que los gobiernos deben invertir en la vigilancia, investigación y evaluación, por ello los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud - OPS en la Región de las Américas aprobaron unánimemente "El Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia", y en ese contexto, el Gobierno Peruano aprueba la Ley 30021 "Ley de Promoción de la alimentación saludable en niños, niñas y adolescentes" el año 2013, que en el artículo 5° establece la creación del Observatorio de Nutrición y del Estudio del Sobrepeso y Obesidad a cargo del Ministerio de Salud, con la finalidad de conocer la situación nutricional de la población peruana vinculada al sobrepeso y obesidad, promoviendo la participación de autoridades y decisores locales, para la generación de políticas públicas que permitan afrontar esta situación. [31]

Definición de Nutrición

La nutrición es la ciencia que estudia el conjunto de procesos por los cuales un organismo utiliza la energía de los alimentos para mantenerse y crecer; es decir, que estudia a los alimentos, nutrientes y otras sustancias relacionadas, su interacción y balance en relación con la salud y la enfermedad y los procesos por los cuales el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y extrae las sustancias alimenticias. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud, pero una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad. [1]

Definición de Estado Nutricional

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Es el resultado de la relación entre la ingestión, digestión y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos, según los requerimientos nutricionales para la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física. El estado nutricional en los niños, se determina mediante la valoración del crecimiento y los cambios en la masa corporal, reflejando diversos grados de bienestar, que en sí mismos, son consecuencias de una compleja interacción entre la dieta, factores relacionados con la salud, el entorno físico, social y económico. [32]

Evaluación del Estado Nutricional

La evaluación del estado nutricional, es la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia hasta el exceso, para lo cual se define como eutrófico, a aquel paciente que posea un valor normal de peso para la talla y talla para la edad. Se refiere a distrófico, a aquel paciente que posea alguna alteración con respecto al peso para la talla y talla para la edad, ya sea debajo de la normalidad o por encima de la normalidad (a excepción de la talla por encima de lo normal).

En niños hospitalizados o con patologías asociadas es importante incorporar indicadores que ayuden a la detección de la desnutrición visceral y las carencias específicas. La evaluación del estado nutricional debe incluir: Historia médica y dietética (anamnesis nutricional), Examen físico para exploraciones de la composición corporal, incluyendo la antropometría y Exámenes de laboratorio. [29]

Cálculo del Estado Nutricional por Antropometría

La antropometría, es la técnica de medición más usada en la evaluación nutricional, porque proporciona información fundamentalmente acerca de la suficiencia del aporte de macronutrientes; sin embargo, pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en los lactantes; ante ello, las mediciones deben ser seriadas o repetidas, efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados e interpretadas comparándolas con los estándares de referencia, porque son parámetros muy susceptible a errores de medición. La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las Curvas de Crecimiento elaboradas por el National Center for Health Statistics (NCHS), porque los pesos y tallas de los niños provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países en desarrollo son similares a los niños de países desarrollados. [7]

Las medidas más utilizadas son el peso y la talla. El peso y la talla como parámetros aislados no tienen validez, deben expresarse en función de la edad o de la talla respectivamente. Así, se proponen las siguientes mediciones:

a) Peso para la Edad (P/E): es un buen indicador para vigilar la evolución del niño/a durante el primer año de vida (no debe usarse en niños mayores de 2 años), a través del seguimiento de su curva de crecimiento, se compara el peso del niño con el peso de otros niños de la misma edad. Es sensible, fácil de entender y susceptible de ser modificado en forma relativamente rápida en situaciones de malnutrición proteico-calórica. El peso se acepta como normal si varía de ± 10% con respecto al peso esperado (percentil 50 o mediana del standard para la edad) o valores que estén ubicados entre +1 desviaciones estándar (DE) y -1 desviaciones estándar. Se acepta como normal una talla entre 95% y 105% del standard, lo que en las curvas del NCHS corresponde aproximadamente a valores entre percentil 10 y 90 para la edad.

b) Peso para la Talla (P/T): Este índice expresa la relación entre el peso y la talla del niño (a), determinando así los límites normales para cada peso y para cada talla. Se utiliza después del primer año de vida para seleccionar solo aquellos niños que padecen desnutrición aguda (peso bajo para su estatura), con riesgo inmediato de enfermar y morir. Estos niños han tenido una pérdida severa, pero dominante de grasa corporal, habitual en la carencia aguda de alimentos, con riesgos de enfermar o morir. Mediante percentiles o calculando puntuaciones Z valora ambos parámetros independientemente de la edad y es muy útil para detectar precozmente la malnutrición aguda, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad.

Los límites de variación normal se ubican entre los percentiles 10 y 90, los valores bajo el percentil 10 son indicativos de desnutrición y sobre el percentil 90, indican sobrepeso u obesidad. La clasificación del estado nutricional según percentiles Peso/Edad, es:

Puntos de Corte	Clasificación
≤ P3	Desnutrición o Bajo peso
≥ P3 a ≤ P10	Riesgo de Desnutrición
≥ P10 a ≤ P90	Normal
≥ P90 a ≤ P97	Sobrepeso
≥ P97	Obesidad

c) Talla para la Edad (T/E): Este índice valora la cronicidad nutricional, el déficit refleja el estado de salud y nutrición de un niño o comunidad a largo plazo, tomando en cuenta la variación normal de crecimiento de una determinada población, peso bajo al nacer, peso o talla corta de los padres, escasa ingestión de nutrimentos, infecciones frecuentes o ambas. Define el sobrepeso (peso entre +1DS y +2 DS) y obesidad (peso coincide con +2DS o más) en niños mayores de 2 años. Permite evaluar el crecimiento lineal o talla cuyo incremento es más lento que el de peso, su deficiencia suele presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente, por tanto, refleja la historia nutricional del sujeto y estima el grado de desnutrición crónica al ser comparado con niños (as) de su misma edad. La clasificación del Estado Nutricional según percentiles Talla/Edad, es: [7]

Puntos de Corte	Clasificación
≤ P3	Talla baja
≥ P3 a ≤ P10	Riesgo de Talla baja
≥ P10 a ≤ P90	Normal
≥ P90 a ≤ P97	Ligeramente Alto
≥ P97	Alto

Interpretación de los Datos Antropométricos

Existen tres formas de expresar e interpretar los datos antropométricos de distribución de la población de referencia o de estudio, que permiten definir la dispersión en torno a la tendencia central, el rango de normalidad, comparar sujetos de diferente sexo y edad, y proporcionar los elementos necesarios para expresar las desviaciones de la mediana en términos de déficit o exceso. Estas formas de distribución son:

a) Percentiles: Son puntos estimativos de una distribución de frecuencias (de individuos ordenados de menor a mayor) que ubican a un porcentaje dado de individuos por debajo o por encima de ellos. El percentil expresa la posición de un individuo en una distribución de referencia dada. Existen gráficas para cada parámetro y son diferentes según se trata de varones o mujeres. En estas gráficas figuran varias líneas, cada una con un número: 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97. Todas las líneas de los percentiles corresponden a valores normales. Los niños excesivamente altos o gordos estarán por encima del percentil 97, mientras que los excesivamente bajos o delgados estarán por debajo del percentil 3. El percentil 50 indicaría que el niño está en la media.

b) Desviaciones Estándar (valores o puntaje Z): denominado también como puntuación Z o Z score, expresan la distancia en que se encuentra un individuo o un grupo poblacional, respecto del centro de la distribución normal en unidades estandarizadas llamadas Z. Aplicado a la antropometría, es la distancia a la que se ubica la medición de un individuo con respecto a la mediana o percentil 50 de la población de referencia para su edad y sexo, en unidades de desvío estándar, pudiendo adquirir signos o valores positivos o negativos según sea mayor o menor a la mediana.

Los puntos de corte permiten mejorar la capacidad para identificar a los niños que sufren o están en riesgo de padecer algún problema nutricional. El punto de corte más usado, es el de -2 desviaciones estándar, para cualquier tipo de indicador empleado. Esto significa que si un niño tiene un valor que cae por debajo de -2 desviaciones estándar, tiene talla baja, bajo peso o desnutrición aguda, ya sea moderada o severa (en la severa el valor cae por debajo de -3 D.E). Generalmente no se emplea el corte de -1 debido a que un gran porcentaje de la población normal cae por debajo de este corte.

La fórmula para calcular la puntuación Z es:

$$\text{Puntuación Z} = \frac{\text{(Valor observado)} - \text{(mediana del valor de referencia)}}{\text{Desviación estándar de la población de referencia}}$$

La interpretación del valor de Z es:

- Entre +2 y +3 D.E = Obesidad
- Entre +1 y +2 D.E = Sobrepeso
- Entre -1 y -2 D.E = Desnutrición leve
- Entre -2 y -3 D.E = Desnutrición moderada
- Por debajo de -3 D.E = Desnutrición severa

D.E. = Desviación Estándar.

c) Porcentajes de la media o mediana: era muy utilizada en el pasado. Se toma el valor real de peso o talla de cada niño, se divide por el valor de la mediana o percentil 50 de peso o de talla de los niños de la misma edad y sexo de la población utilizada como referencia y el resultado se multiplica por 100. [7]

Procedimiento para realizar la Medición Antropométrica

El MINSA tiene parámetros establecidos en el protocolo de toma de medidas antropométricas:

a) La medición del peso, se realiza con una báscula digital con 100 gr. o 0,1 kg. de precisión, sin ropa ni pañales descartables, que debe ser calibrada cada 5 tomas de peso.

b) La medición de talla se realiza con un tallímetro portátil, en posición recostada, con el cuerpo derecho.

c) Para disminuir el sesgo de error, se debe realizar la toma de cada uno de los datos antropométricos tres veces y con las tres medidas se obtiene un promedio.

d) Después se realiza el cálculo del estado nutricional de los niños. [32]

Teorías sobre la Nutrición

Teoría Social en la nutrición: Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios. En el caso de los niños, la tendencia es aceptar lo que las madres o cuidadoras preparan, y así van formando sus hábitos alimentarios que difieren mucho con respecto a cuáles son los alimentos de origen animal que se prefieren, gustan y consumen y si los alimentos que consumen tienen o carecen de nutrientes.

Se dice con frecuencia que los hábitos alimentarios rara vez o nunca cambian y que son difíciles de modificar. Esto no es cierto; en muchos países los alimentos básicos actuales no son los mismos que se consumieron inclusive hace un siglo. Los hábitos y las costumbres alimentarias cambian y pueden ser influenciadas en formas diferentes.

Las preferencias alimentarias no se establecen ni se eliminan por caprichos y aficiones. Frecuentemente los ajustes se originan en cambios sociales y económicos que se llevan a cabo en toda la comunidad o sociedad. El asunto importante no es qué tipo de alimentos se consume sino más bien, cuanto de cada alimento se come y cómo se distribuye el consumo dentro de la sociedad o de la familia. [7]

2.2. Marco Conceptual

Los siguientes términos básicos, están relacionados con el estudio:

NUTRICION: Es un factor indispensable para que se desarrollen todas las potencialidades físicas, biológicas e intelectuales del ser humano. Sus necesidades varían de acuerdo con las diferencias genéticas y metabólicas de cada individuo. Por lo tanto, el estado nutricional de los niños guarda relación directa con la calidad de la ingesta de alimentos, y las condiciones que permiten su incorporación a la dieta.

ESTADO NUTRICIONAL: Es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento

NUTRIENTES: Son compuestos que forman parte de los alimentos y son necesarios para el funcionamiento del organismo que los obtiene por medio del proceso de la digestión.

FUNCIONES DE LOS NUTRIENTES: Cumplen tres funciones principales:

- Energética, porque aportan energía para cubrir el metabolismo basal, mantener las funciones vitales y realizar la actividad física. Sus principales fuentes son: los hidratos de carbono (se utilizan como fuente energética inmediata) y los lípidos (principal fuente energética de reserva). Las proteínas también pueden aportar energía, pero desempeñan básicamente un papel estructural.
- Estructural o plástica, porque suministran materiales para la formación y renovación de las propias estructuras y tejidos del organismo. Sus fuentes son: las proteínas, algunos lípidos, minerales como el calcio y el agua.

- Reguladora, que proporcionan elementos que actúan modulando las reacciones bioquímicas que tienen lugar en los procesos metabólicos y de utilización de los diferentes nutrientes. A esta función contribuyen principalmente las vitaminas y los minerales.

MACRONUTRIENTES: Son aquellos que el organismo necesita en cantidades relativamente grandes y constituyen la mayor parte de los alimentos. Está conformado por las proteínas, lípidos e hidratos de carbono.

MICRONUTRIENTES: Son sustancias que el organismo necesita en cantidades menores para su funcionamiento. Dentro de ellos están las vitaminas, los minerales y los oligoelementos.

NUTRIENTES ESENCIALES: Son aquellas sustancias que no pueden ser sintetizadas en cantidades suficientes por el organismo, pero son imprescindibles para el crecimiento y desarrollo de la persona y para el mantenimiento de una vida sana, por lo tanto, necesitan ser administradas en la dieta.

DESNUTRICION: hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes. De acuerdo a la gravedad del cuadro, dicha enfermedad puede ser dividida en primer, segundo y hasta tercer grado.

NIÑO ATENDIDO: referido a todo niño que por algún motivo de salud ha requerido de los servicios de los profesionales de la salud y dentro de un establecimiento de salud.

ANTROPOMETRIA: es la ciencia de la medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, permite medir longitudes, anchos, grosores, circunferencias, volúmenes, centros de gravedad y masas de diversas partes del cuerpo, las cuales tienen diversas aplicaciones.

CAPÍTULO III

III. MÉTODO

3.1. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL O PRINCIPAL

La asociación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional es significativa en los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS O DERIVADAS

a) Las características sociodemográficas identificadas de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, son la edad, el sexo, la procedencia y la morbilidad por la que se hospitalizaron, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

b) El estado nutricional se presenta por déficit y/o por exceso, en los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

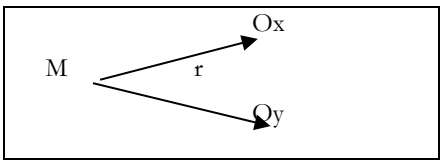
c) La asociación es significativa estadísticamente y directa entre las características sociodemográficas y el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación al que pertenece el estudio es el Descriptivo porque se medirá las variables para describirlos y comprobar las hipótesis planteadas, y el Correlacional porque es el procedimiento de decisión para predecir la relación entre las variables independiente y dependiente.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño será el no experimental, retrospectivo, descriptivo, correlacional.
No Experimental, porque es una investigación sistemática, no empírica, donde las variables independientes serán observadas tal y como ocurren o se encuentran en su contexto natural, sin intervenir o manipularlas en su comportamiento. Retrospectivo, porque la información o los datos sobre las variables en estudio ya sucedieron o se presentó antes de la recolección de datos. Descriptivo, porque es un método científico que implica observar y medir el comportamiento de las variables en estudio para proporcionar su descripción sin influir sobre ellas de ninguna manera para obtener una visión general de las mismas. Correlacional, porque se determinará si las dos variables están correlacionadas o no en los sujetos de estudio y en un tiempo determinado. El diagrama del diseño es:



Especificaciones:

M : Muestra.

O : Observaciones.

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Relación entre las variables de estudio.

3.3. POBLACION Y MUESTRA

Población

Esta constituida por 200 historias clínicas de niños/as menores de 3 años, hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Iquitos, de julio a diciembre del año 2015, procedentes de familias con nivel socioeconómico de bajo a medio.

Muestra

La muestra será seleccionada de la población accesible, en base a lo siguiente:

a) Tamaño Muestral: la muestra esta conformada por el número de historias clínicas de los niños/as menores de 3 años, determinado utilizando la fórmula estadística para una proporción en una población finita o conocida, quedando conformada por 132, según se detalla a continuación:

$$n = \frac{N\ Z^2 (pe)\ (qe)}{E^2 N + Z^2\ pe\ .\ qe}$$

Dónde

n: Muestra

N: Población

Z^2: 1,96 (95% de confiabilidad)

E: Error absoluto (0.05)

pe: Probabilidad de ser elegido

qe: Probabilidad de no ser elegido

Aplicando la fórmula, tenemos:

$$n = \frac{200 \text{ x } 1.96^2 (0.50)\ (0.50)}{0.05^2 \text{ x } 200 + 1.96^2\ (0.50)\ (0.50)}$$

n = 132

b) Tipo de Muestreo: Se utilizó el muestreo probabilístico simple al azar, donde todas las historias clínicas de los niños/as menores de 3 años atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos, durante los meses de julio a diciembre del año 2015, tendrán la misma probabilidad de ser elegidos.

c) Selección de la Muestra: La muestra seleccionada mediante el método de loteria o rifa, haciendo 200 balotas que es el número total de historias clínicas de los niños/as menores de 3 años, para extraer de ellas en forma aleatoria a las 132 historias clínicas, en la unidad de estadística del Hospital Iquitos, según los criterios de inclusión, hasta completar el número total de la muestra.

d) Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de los niños/as menores de tres años de edad
- Haber sido hospitalizado entre julio a diciembre del año 2015, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos.

e) Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de los niños/as menores de tres años de edad que no sean legibles y/o N° HCL que no concuerde con nombre del paciente.
- Haber sido hospitalizado fuera de las fechas entre julio a diciembre del año 2015, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos.
- Pacientes fugados y/o que carezcan de algún diagnóstico médico legible.

3.4. Técnica:

En el presente estudio se empleó la técnica de registro documental utilizando el instrumento de medición Ficha de Registro de Características Sociodemográficas y Antropométricas, para registrar la información de las historias clínicas respecto a las variables en estudio.

3.5. Instrumentos:

El instrumento que se utilizo es la Ficha de Registro de Características Sociodemográficas y Antropométricas: elaborado por la investigadora, que comprende dos partes: la primera sobre las características sociodemográficas, para registrar los datos de edad, sexo; morbilidad y procedencia; la segunda parte sobre estado nutricional, para registrar el peso y la talla del niño/a menor de 3 años. Se calificará como: Desnutrido Agudo a <-3 a ≤ -2 z score P/T (<-2DE); Desnutrido Crónico a <-3 a ≤ -2 z score T/E (<-2DE); Peso Normal a > -1 y < 1 z score P/T (>-1DE y <1DE); Talla Normal a > -1 y < 1 z score T/E (>-1DE y <1DE), Sobrepeso a ≥ 1 y ≤ 2 z score P/T y por último Obeso a > 2 z score.

3.6. Ética:

Para la recolección datos se procedió de la siguiente manera:

a) Se solicitó la autorización respectiva a la Dirección del Hospital Iquitos, para la recolección de datos a través de la Decanatura de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú.

b) Presentación de la investigadora ante el Comité de Ética del Hospital Iquitos, para sustentar el proyecto aprobado y coordinar las actividades pertinentes (fechas, horario de recolección de datos, ambiente) y Recepcionar los documentos requeridos (registros, estadísticas, autorización).
c) Se realizó la selección de las 132 historias clínicas mediante el método de rifa o lotería.

d) Inicio de la recolección de datos, presentándose con la autorización respectiva en la unidad de estadística para acceder a las historias clínicas, bajo responsabilidad exclusiva de la investigadora, vistiendo uniforme de enfermería, en el horario de mañana (8 am a 1 pm), verificando que cada instrumento aplicado este completo.

e) La aplicación del instrumento de recolección de datos, tuvo una duración promedio de 15 días.

f) La confidencialidad con los datos obtenidos, sin revelar el nombre o N° HCL a otros medios que sean ajenos a la investigación.

Procesamiento, análisis e interpretación de la información:

El procesamiento de los datos recolectados, se realizo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22 en español, para un entorno virtual Windows XP. El Plan de tabulación comprenderá el análisis univariado para presentar a cada una de las variables ordinales y categóricas estudiadas, y el análisis bivariado para presentar la relación que se establezcan entre las variables independiente y dependiente, dando como resultado una matriz de datos, que nos permitirá diseñar las tablas resumen correspondientes y proponer los gráficos pertinentes.

Análisis e Interpretación de la Información: El análisis e interpretación de la información, se realizará de acuerdo a las variables, los objetivos y la asociación que se establezca entre ellas. Comprende:

- Análisis Descriptivo de los datos o Univariado: para presentar la información utilizando la estadística descriptiva mediante el uso de las medidas de tendencia central: Porcentajes, porque es una medida de comparación de los datos por la relación que se establece entre cada una de las partes que forman un todo, entre el todo o total multiplicado por 100. Distribución de frecuencias, para agrupar los datos en categorías mutuamente excluyentes que indican el número de observaciones existentes en cada categoría y determinar su magnitud. Desviación estándar, que es una medida de dispersión para variables de razón (ratio o cociente) y de intervalo como lo son las medidas antropométricas que se utilizarán y permitirá buscar las probabilidades de que el evento ocurra. Se presentará en tablas unidimensionales.

- Análisis Inferencial o análisis Bivariado: para responder a las preguntas, determinar la asociación entre las variables y probar la hipótesis planteada, mediante la utilización de la prueba estadística paramétrica Coeficiente de Correlación de Pearson, que es una medida expresada numéricamente para determinar la asociación entre ambas variables estudiadas y si esta es directa o inversa. Será presentado en tablas bidimensionales o de doble entrada.

Contrastación de la Hipótesis:

La contrastación de la hipótesis, se realizará mediante la estadística inferencial con la prueba paramétrica Coeficiente de Correlación de Pearson que varía entre +1 y -1. Un valor cercano a +1 indica una fuerte correlación positiva, un valor cercano a -1 fuerte correlación inversa y un valor cercano a 0 que no hay correlación. El nivel de confianza será de 95% y el nivel de error o de significancia por la probabilidad de error o de equivocarse en $\alpha = 0,05$. Una probabilidad de significancia menor de 0,05 ($p < 0,05$) es necesaria para aceptar la hipótesis planteada.

CAPÍTULO IV

IV. VARIABLES

4.1. Identificación de las Variables:

a) Variable Independiente (X): Características Sociodemográficas

b) Variable Dependiente (Y): Estado Nutricional (Eutrófico, Distrófico, T/E y P/T normal, T/E y P/T Bajos y P/T alto)

4.2. Definición de las Variables:

4.2.1. Características Sociodemográficas:

Definición Conceptual: Conceptualmente se define como aquellas condiciones o estados que proporcionan información correspondiente a una población en cuanto a sexo, edad, adultos mayores, población urbana y rural, entre otras, así como estadísticas vitales como tasas de nacidos vivos, morbilidad, mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, matrimonios, entre otros temas.

Definición Operacional: Operacionalmente se define como la condición en cuanto a edad, sexo y morbilidad que evidencia el niño/a menor de 3 años hospitalizado en el Servicio de Pediatría del Hospital César Garayar García, entre los meses de julio a diciembre del año 2015, cuyo registro se encuentra en la Historia Clínica.

- La edad se medirá como: de 0 a 11 meses, 29 días, de 1 a 2 años, de 2 a 3 años.
- El sexo se medirá como: masculino y femenino.
- La morbilidad será valorada como: IRA, EDA, Transmisibles, Dermatológicas y otros.
- La procedencia del paciente: Sea el distrito de donde proviene (Iquitos, San Juan, Belén, etc.).

4.2.2. ESTADO NUTRICIONAL:

Definición Conceptual: Conceptualmente se define como la condición resultante de la ingestión, digestión y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos. En los niños, el estado nutricional se define como la situación en la que se encuentra el niño en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes al organismo.

Definición Operacional: Operacionalmente se define como como el resultado final del balance entre la ingesta y requerimiento de nutrientes, que evidencia el niño/a menor de 3 años previa evaluación de los indicadores de peso/edad (P/E), peso/talla (P/T) y talla/edad (T/E), registrado en la Historia Clínica. Será medido como:

a) -3 DE: cuando su valor es < -3 z score ┐ Desnutrición Crónica (T/E)
b) -2 DE: cuando su valor es ≥ -3 y ≤ -2 z score ┘ Desnutrición Aguda (P/T)
c) -1 DE: cuando su valor es > -2 y ≤ -1 z score
d) Normal: cuando su valor es > -1 y < 1 z score
e) +1 DE: cuando su valor es ≥ 1 y < 2 z score
f) +2 DE: cuando su valor es ≥ 2 y ≤ 3 z score ├ Sobrepeso(P/T)
g) +3 DE: cuando su valor es > 3 z score ├ Obesidad (P/T)

Si ambos parámetros P/T y T/E se encuentran dentro de los valores normales (score z dentro de > -1 y < 1 o dentro de las DE normales), se denominará Eutrófico al niño y si los parámetros mencionados anteriormente tienen alteraciones ya sea por déficit o exceso se denominará Distrófico.

4.3. Operacionalización de las Variables:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	ESCALA	INDICE	
					CATEGORIAS	NIVELES
VARIABLE INDEPENDIENTE: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRA-FICAS	CONCEPTUAL	Edad	Cuantitativa	Ordinal	a) De 0-11m, 29 días b) De 1 a 2 años c) De 2 a 3 años	12 meses 24 meses 36 meses
		Sexo	Cualitativa	Nominal	a) Masculino b) Femenino	Condición de hombre Condición de mujer
		Morbilidad	Cualitativa	Nominal	a) IRA (gripe, bronquitis, bronquiolitis y otros) b) EDA (infección intestinal, diarrea y otros) c) Trasmisibles (dengue, paludismo y otros) d) Dermatológicas (dermatitis, urticaria y otros) e) Otros (septicemia y otros)	
		Procedencia	Cualitativa	Nominal	a) Iquitos b) Belén c) San Juan d) Punchana e) Otros	

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	ESCALA	INDICE	
					CATEGORIAS	NIVELES
VARIABLE DEPENDIENTE: ESTADO NUTRICIONAL	PROCEDIMEN-TAL	-3 SD	Cuantitativa	Razón	< -3 z score P/T y T/E	1
		-2 SD			≥ -3 y ≤ -2 z score P/T y T/E	2
		-1 SD			> -2 y ≤- 1 z score P/T y T/E	3
		Normal			> -1 y < 1 z score P/T y T/E	4
		+1 SD			≥ 1 y < 2 z score P/T y T/E	5
		+2 SD			≥ 2 y ≤ 3 z score P/T y T/E	6
		+3 SD			> 3 z score	7
		Eutrófico			P/T y T/E > -1 y < 1 z score	-
		Distrófico			P/T y T/E ≥ 1 y ≤ -1 z score	-

CAPÍTULO V

V. RESULTADOS: De los 200 pacientes encontrados en la base de datos el servicio de pediatría del mes de Julio a Diciembre 2015, solo fueron encontrados 188 historias, de las cuales solo 183 tenían contenido legible y apto según los criterios de inclusión, respetando los de exclusión. Se da a sorteo por medio de rifa y se escogen los 132 pacientes para el estudio.

De los 132 pacientes 52,3% pacientes estuvieron entre los 1 – 11 meses, 29,5 % entre 1 año – 2 años y 18,2 % entre 2 – 3 años. Del 100% de pacientes estudiados 40,9% eran niñas y 59,1% eran niños. Con respecto a las patologías estudiadas, 42,4% fueron IRAS, el 31,8% fueron EDAS, el 6,8% fueron TRANSMISIBLES, el 7,6% DERMATOLÓGICAS y 11,4 % otros. Respecto a la procedencia de los niños, el 20,5% es de Iquitos, 32,6% de Belén, 37,9% de San Juan, 3% de Punchana y 6,1% de otros lugares.

Tabla N° 1: Factores Sociodemográficos

Variable	Grupo	N°	Porcentaje (%)
Edad	1-11 Meses	69	52,3
	1 - 2 Años	39	29,5
	2 - 3 Años	24	18,2
	Total	132	100
Sexo	Femenino	54	40,9
	Masculino	78	59,1
	Total	132	100
Morbilidades	IRAS	56	42,4
	EDAS	42	31,8
	TRANSMISIBLES	9	6,8
	DERMATOLÓGICAS	10	7,6
	OTROS	15	11,4
	Total	132	100
Procedencia	Iquitos	27	20,5
	Belén	43	32,6
	San Juan	50	37,9
	Punchana	4	3,0
	Otros	8	6,1
	Total	132	100

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto a la valoración nutricional, el P/T, el 6,8% esta <-3DE, 6,1% <-2DE, 15,2% <-1DE, 56,8% con peso normal, 9,1% con >1DE y 6,1% >2DE. En la valoración T/E, el 10,6% esta <-3DE, 12,1% <-2DE, 23,5% <-1DE, 39,4% con talla normal, 3,8% con >1DE, 5,3% >2DE y 5,3% > 3DE.

Tabla N° 2: Estado Nutricional

Variable	Grupo	N°	Porcentaje (%)
P/T	<-3DE	9	6,8
	<-2DE	8	6,1
	<-1DE	20	15,2
	Peso Normal	75	56,8
	>1DE	12	9,1
	>2DE	8	6,1
	Total	132	100
T/E	<-3DE	14	10,6
	<-2DE	16	12,1
	<-1DE	31	23,5
	Talla Normal	52	39,4
	>1DE	5	3,8
	>2DE	7	5,3
	>3DE	7	5,3
	Total	132	100

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Separando en dos grupos a los 132 pacientes, se propusieron como eutróficos a quienes tienen P/T y T/E dentro de las desviaciones estándar normales y distrófico a aquellos que tengan alguna alteración nutricional ya sea en P/T o T/E o ambas condiciones juntas. Los pacientes eutróficos fueron 31,1% del total y los distrófico 68,9% del total. Con respecto a la edad, no se encontró asociación estadística significativa, ya que el Chi Cuadrado (X^2) es igual a 3.185 (valor mínimo esperado ≥ 7.45).

Tabla N° 3: Eutróficos y Distróficos VS. Edad

Variable Dependiente	Grupo Etario (Variable Independiente)				
		1-11 Meses	1 - 2 Años	2 - 3 Años	Total
Distrófico	Recuento	44	27	20	91
	% del total	33,3%	20,5%	15,2%	68,9%
Eutrófico	Recuento	25	12	4	41
	% del total	18,9%	9,1%	3,0%	31,1%
Total	Recuento	69	39	24	132
	% del total	52,3%	29,5%	18,2%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto al sexo, no se encontró asociación estadística significativa, ya que $X^2 = 1.524$ (valor mínimo esperado ≥ 16.77)

Tabla N° 4: Eutróficos y Distróficos VS. Sexo

Variable Dependiente	Sexo (Variable Independiente)			
		Femenino	Masculino	Total
Distrófico	Recuento	34	57	91
	% del total	25,8%	43,2%	68,9%
Eutrófico	Recuento	20	21	41
	% del total	15,2%	15,9%	31,1%
Total	Recuento	54	78	132
	% del total	40,9%	59,1%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto a la morbilidad, se encontró asociación estadística muy significativa, ya que X^2 = 6.1 (valor mínimo esperado ≥ 2.8).

Tabla N° 5: Eutróficos y Distróficos VS. Morbilidad

Variable Dependiente		Diagnóstico (Variable Independiente)					Total
		IRAS	EDAS	TRANSMISIBLES	DERMATOLÓGICAS	OTROS	
Distrófico	Recuento	37	33	6	8	7	91
	% del total	28,0%	25,0%	4,5%	6,1%	5,3%	68,9%
Eutrófico	Recuento	19	9	3	2	8	41
	% del total	14,4%	6,8%	2,3%	1,5%	6,1%	31,1%
Total	Recuento	56	42	9	10	15	132
	% del total	42,4%	31,8%	6,8%	7,6%	11,4%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto a la procedencia, se encontró asociación estadística muy significativa, ya que X^2 = 4.667 (valor mínimo esperado ≥ 1.24).

Tabla N° 6: Eutróficos y Distróficos VS. Procedencia

Variable Dependiente		Procedencia (Variable Independiente)					Total
		Iquitos	Belén	San Juan	Punchana	Otros	
Distrófico	Recuento	19	34	32	2	4	91
	% del total	14,4%	25,8%	24,2%	1,5%	3,0%	68,9%
Eutrófico	Recuento	8	9	18	2	4	41
	% del total	6,1%	6,8%	13,6%	1,5%	3,0%	31,1%
Total	Recuento	27	43	50	4	8	132
	% del total	20,5%	32,6%	37,9%	3,0%	6,1%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Dentro de los grupos evaluados, se comparó al grupo de pacientes con peso normal y pacientes desnutridos agudos (<= -2DE). De los cuales el 86,3% tenía un P/T normal y un 13,7% tenía desnutrición aguda. Con respecto a la edad, se encontró asociación estadística significativa, ya que $X^2 = 3.653$ (valor mínimo esperado 3.29).

Tabla N° 7: Desnutridos Agudos y P/T Normal VS. Edad

Variable Dependiente		Grupo Etario (Variable Independiente)			Total
		1-11 Meses	1 - 2 Años	2 - 3 Años	
Desnutrido Agudo (≤ 2DE)	Recuento	5	7	5	17
	% del total	4,0%	5,6%	4,0%	13,7%
Normal P/T	Recuento	58	30	19	107
	% del total	46,8%	24,2%	15,3%	86,3%
Total	Recuento	63	37	24	124
	% del total	50,8%	29,8%	19,4%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto al sexo, no se encontró asociación estadística significativa, ya que $X^2 = 0$ (valor mínimo esperado ≥ 6.99).

Tabla N° 8: Desnutridos Agudos y P/T Normal VS. Sexo

Variable Dependiente		Sexo (Variable Independiente)		Total
		Femenino	Masculino	
Desnutrido Agudo (≤ 2DE)	Recuento	7	10	17
	% del total	5,6%	8,1%	13,7%
Normal P/T	Recuento	44	63	107
	% del total	35,5%	50,8%	86,3%
Total	Recuento	51	73	124
	% del total	41,1%	58,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto a las morbilidades, se encontró asociación estadística significativa, ya que X^2 = 1.665 (valor mínimo esperado ≥ 1.23)

Tabla N° 9: Desnutridos Agudos y P/T Normal VS. Morbilidad

Variable Dependiente		Diagnóstico (Variable Independiente)					Total
		IRAS	EDAS	TRANSMISIBLES	DERMATOLÓGICAS	OTROS	
Desnutrido Agudo (≤ 2DE)	Recuento	7	5	2	2	1	17
	% del total	5,6%	4,0%	1,6%	1,6%	0,8%	13,7%
Normal P/T	Recuento	45	35	7	7	13	107
	% del total	36,3%	28,2%	5,6%	5,6%	10,5%	86,3%
Total	Recuento	52	40	9	9	14	124
	% del total	41,9%	32,3%	7,3%	7,3%	11,3%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos
Julio – Diciembre 2015

Con respecto a la procedencia, se encontró asociación estadística significativa, ya que X^2 = 2.942 (valor mínimo esperado ≥ 0.55).

Tabla N° 10: Desnutridos Agudos y P/T Normal VS. Procedencia

Variable Dependiente		Procedencia (Variable Independiente)					Total
		Iquitos	Belén	San Juan	Punchana	Otros	
Desnutrido Agudo (≤ 2DE)	Recuento	3	5	9	0	0	17
	% del total	2,4%	4,0%	7,3%	0,0%	0,0%	13,7%
Normal P/T	Recuento	24	33	39	4	7	107
	% del total	19,4%	26,6%	31,5%	3,2%	5,6%	86,3%
Total	Recuento	27	38	48	4	7	124
	% del total	21,8%	30,6%	38,7%	3,2%	5,6%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos
Julio – Diciembre 2015

Dentro de los grupos evaluados, se comparó al grupo de pacientes con peso normal y pacientes con sobrepeso (>= 2DE y < 3DE). De los cuales el 93% tenía un P/T normal y un 7% tenía sobrepeso. No se realizó comparación con obesidad, ya que no hubo pacientes con esa condición. Con respecto a la edad, se encontró asociación estadística significativa, ya que $X^2 = 2.024$ (valor mínimo esperado ≥ 1.32)

. Tabla N° 11: P/T Normal y Sobrepeso VS. Edad

Variable Dependiente		Grupo Etario (Variable Independiente)			Total
		1-11 Meses	1 - 2 Años	2 - 3 Años	
Normal P/T	Recuento	58	30	19	107
	% del total	50,4%	26,1%	16,5%	93,0%
Sobrepeso	Recuento	6	2	0	8
	% del total	5,2%	1,7%	0,0%	7,0%
Total	Recuento	64	32	19	115
	% del total	55,7%	27,8%	16,5%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto al sexo, no se encontró asociación estadística significativa, ya que $X^2 = 0.04$ (valor mínimo esperado ≥ 3.27).

. Tabla N° 12: P/T Normal y Sobrepeso VS. Sexo

Variable Dependiente		Sexo (Variable Independiente)		Total
		Femenino	Masculino	
Normal P/T	Recuento	44	63	107
	% del total	38,3%	54,8%	93,0%
Sobrepeso	Recuento	3	5	8
	% del total	2,6%	4,3%	7,0%
Total	Recuento	47	68	115
	% del total	40,9%	59,1%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto a las morbilidades, no se encontró asociación estadística significativa, ya que $X^2 = 1.152$ (valor mínimo esperado ≥ 0.49).

.

Tabla N° 13: P/T Normal y Sobrepeso VS. Morbilidad

Variable Dependiente		Diagnóstico Variable (Independiente)					Total
		IRAS	EDAS	TRANSMISIBLES	DERMATOLÓGICAS	OTROS	
Normal P/T	Recuento	45	35	7	7	13	107
	% del total	39,1%	30,4%	6,1%	6,1%	11,3%	93,0%
Sobrepeso	Recuento	4	2	0	1	1	8
	% del total	3,5%	1,7%	0,0%	0,9%	0,9%	7,0%
Total	Recuento	49	37	7	8	14	115
	% del total	42,6%	32,2%	6,1%	7,0%	12,2%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos
Julio – Diciembre 2015

Con respecto a la procedencia, se encontró asociación estadística muy significativa, ya que $X^2 = 5.005$ (valor mínimo esperado ≥ 0.28).

. Tabla N° 14: P/T Normal y Sobrepeso VS. Procedencia

Variable Dependiente		Procedencia (Variable Independiente)					Total
		Iquitos	Belén	San Juan	Punchana	Otros	
Normal P/T	Recuento	24	33	39	4	7	107
	% del total	20,9%	28,7%	33,9%	3,5%	6,1%	93,0%
Sobrepeso	Recuento	0	5	2	0	1	8
	% del total	0,0%	4,3%	1,7%	0,0%	0,9%	7,0%
Total	Recuento	24	38	41	4	8	115
	% del total	20,9%	33,0%	35,7%	3,5%	7,0%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos
Julio – Diciembre 2015

Por último, de los grupos evaluados, se comparó al grupo de pacientes con peso talla normal y/o por encima del percentil normal y pacientes con desnutrición crónica (<= -2DE). De los cuales el 77,3% tenía un T/E normal y/o por encima del percentil normal y un 22,7% tenía desnutrición crónica. Con respecto a la edad, no se encontró asociación estadística significativa, ya que $X^2 = 3.86$ (valor mínimo esperado ≥ 5.45).

. Tabla N° 15: Desnutrido Crónico y T/E Normal VS. Edad

Variable Dependiente		Grupo Etario (Variable Independiente)			Total
		1-11 Meses	1 - 2 Años	2 - 3 Años	
Desnutrido Crónico	Recuento	17	5	8	30
	% del total	12,9%	3,8%	6,1%	22,7%
Normal T/E	Recuento	52	34	16	102
	% del total	39,4%	25,8%	12,1%	77,3%
Total	Recuento	69	39	24	132
	% del total	52,3%	29,5%	18,2%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto al sexo, no se encontró asociación estadística significativa, ya que $X^2 = 0.289$ (valor mínimo esperado ≥ 12.27).

Tabla N° 16: Desnutrido Crónico y T/E Normal VS. Sexo

Variable Dependiente		Sexo (Variable Independiente)		Total
		Femenino	Masculino	
Desnutrido Crónico	Recuento	11	19	30
	% del total	8,3%	14,4%	22,7%
Normal	Recuento	43	59	102
	% del total	32,6%	44,7%	77,3%
Total	Recuento	54	78	132
	% del total	40,9%	59,1%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto a las morbilidades, se encontró asociación estadística significativa, ya que X^2 = 3.116 (valor mínimo esperado ≥ 2.05).

Tabla N° 17: Desnutrido Crónico y T/E Normal VS. Morbilidad

Variable Dependiente		Diagnóstico (Variable Independiente)					Total
		IRAS	EDAS	TRANSMISIBLES	DERMATOLÓGICAS	OTROS	
Desnutrido Crónico	Recuento	13	11	0	2	4	30
	% del total	9,8%	8,3%	0,0%	1,5%	3,0%	22,7%
Normal	Recuento	43	31	9	8	11	102
	% del total	32,6%	23,5%	6,8%	6,1%	8,3%	77,3%
Total	Recuento	56	42	9	10	15	132
	% del total	42,4%	31,8%	6,8%	7,6%	11,4%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

Con respecto a la procedencia, se encontró asociación estadística significativa, ya que X^2 = 5.698 (valor mínimo esperado ≥ 0.91).

Tabla N° 18: Desnutrido Crónico y T/E Normal VS. Edad

Variable Dependiente		Procedencia (Variable Independiente)					Total
		Iquitos	Belén	San Juan	Punchana	Otros	
Desnutrido Crónico	Recuento	9	12	6	1	2	30
	% del total	6,8%	9,1%	4,5%	0,8%	1,5%	22,7%
Normal	Recuento	18	31	44	3	6	102
	% del total	13,6%	23,5%	33,3%	2,3%	4,5%	77,3%
Total	Recuento	27	43	50	4	8	132
	% del total	20,5%	32,6%	37,9%	3,0%	6,1%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes <3 años del Hospital Apoyo Iquitos Julio – Diciembre 2015

CAPÍTULO VI

VI. DISCUSIÓN

Con respecto a los resultados tenemos que solo el 31,1 % son niños eutróficos y el 68,9% presenta algún tipo de alteración nutricional (desnutrición crónica, aguda y obesidad). De esa cantidad 30,9% son desnutridos agudos, 14,5% presenta sobrepeso y el 54,6% desnutrición crónica; mientras que Arévalo JL. (Perú, 2015), en su estudio "Factores asociados a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos hospital nacional docente madre niño san Bartolomé 2014", señala que encontró que: 61,9% presentaron desnutrición aguda leve, 36,5% desnutrición crónica y 0,8% presentaron desnutrición aguda severa. [12]

Con respecto al sexo, Guerrero GE. (Ecuador, 2014), en su estudio "Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua, período diciembre-marzo 2013", en una muestra de 100 pacientes atendidos, encontró que: respecto al sexo, 54% de niños con desnutrición fueron de sexo femenino y 46% masculino, mientras que, en este estudio, las niñas con algún tipo de alteración nutricional fueron de 37,4% y los varones 62.6% respectivamente.

Con respecto a las variables sociodemográficas evaluadas, se tiene que hay relación estadística entre la procedencia y morbilidad para cualquier tipo de alteración nutricional, a excepción de la edad que no se observó para la evaluación T/E, pero para el resto de alteraciones sí. De igual forma Delgado H, Tuesta P, Valqui IA. en su estudio concluyo que no existe asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y la variable edad. [19]

Por ultimo no hubo forma de comparar datos estadísticos sobre la relación entre procedencia y estado nutricional. Solo se obtuvo que la procedencia en este trabajo si está relacionado con el estado nutricional del paciente en todas sus formas. Lamentablemente en ningún resultado el sexo ha sido un determinante como asociado al estado nutricional del niño.

CAPÍTULO VII

VII. CONCLUSIÓN

- De la siguiente investigación se concluye que del 100% de niños evaluados, el 31,1% son niños eutróficos y el 68,9% presenta algún tipo de alteración nutricional (desnutrición crónica, aguda y obesidad).

- La mayor frecuencia de malnutridos (desnutrición aguda, crónica y sobrepeso), está en los niños de sexo masculino con 62.6% respectivamente.

- La mayor frecuencia en la procedencia de niños malnutridos estuvo en el Distrito de San Juan Bautista con 25,8% respectivamente.

- Las morbilidades más frecuentes fueron las IRAS y en segundo lugar las EDAS en estos niños hospitalizados, encontrándose de igual manera la misma frecuencia en los niños malnutridos.

- Que, con respecto a las características sociodemográficas estudiadas en los pacientes, la mayoría está asociada científicamente con el estado nutricional del niño.

- El sexo del paciente no está relacionado con ninguna forma de malnutrición ya sea desnutrición aguda, crónica o sobrepeso.

- No existieron niños con obesidad durante los meses de Julio – Diciembre 2015.

RECOMENDACIONES

- Brindar más actividades preventivas promocionales para evitar las comorbilidades más asociadas al estado nutricional

- Ser más insistentes en la valoración nutricional del paciente pediátrico dentro de su estancia de hospitalización.

- Incentivar a las Internas de Enfermería a investigar más sobre este tipo de temas, ya que parte de nuestra función es vigilar el correcto crecimiento y desarrollo del niño, ya sea por medio del CRED o consejería.

- Gestionar el apoyo de las autoridades competentes en el área salud, para seguir realizando actividades preventivo-promocionales y garantizar su cumplimiento para quien más lo necesitan.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. (2016). Nutrición. Departamento de Nutrición. EE.UU. Disponible en: www.who.int/nutrition/about_us/es/
2. Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud. (2010). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. EE.UU.
3. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. EE.UU.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Demografía del Perú. Lima, Perú. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/s
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima, Perú. Disponible en: https://dhsprogram.com/pubs/pdf FR299/FR 299.pdf [15/05/14]
6. Ministerio de Salud. (2015). Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria 2015. Dirección Regional de Salud. Hospital Iquitos César Garayar García. Perú. Disponible en: http://www.hospitaliquitos.gob.pe/Menu/Departament os/epidemiologia/ASIS_2015.
7. Guerrero GE. (2014). Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo, período diciembre-marzo 2013. Tesis para título de médico. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.
8. Sanabria MC. (2014). Análisis de la situación nutricional de los niños menores de cinco años en Paraguay a partir de la encuesta de ingresos y gastos y de condiciones de vida 2011-2012. UNICEF. Asunción, Paraguay.
9. Vargas ME, Souki A, Ruiz G, García D, Mengual E, González CC, et. al. (2011). Percentiles de circunferencia de cintura en niños y adolescentes del municipio Maracaibo del Estado Zulia. An Venez Nutr 2011; 24(1): 13-20. Venezuela.
10. Garraza M, Sugrañes N, Navone GT, Oyhenart EE. (2011). Sobrepeso y obesidad en relación a condiciones socio-ambientales de niños residentes en San Rafael, Mendoza. Rev. Argentina de Antropología Biológica. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. Disponible en: http://revistas.unlp.edu.ar/raab/article/view/370/317

11. León A, Terry B, Quintana I. (2009). Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo. Rev Cubana Hig Epidemiol v.47 n.1. Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext_&pid=S1561-300320090 0010 00003
12. Arévalo JL. (2015). Factores asociados a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos hospital nacional docente madre niño san Bartolomé 2014. Tesis de Especialista en Pediatría. Universidad de San Martín de Porres. Perú. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1220/1/ Arevalo_jl.pdf
13. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – DEVAN. (2015). Informe técnico Estado nutricional en el Perú por etapas de vida, 2012-2013. Perú. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf
14. Apaza D, Celestino S, Tantaleán K, Herrera Magaly, Alarcón E, Gutiérrez C. (2014). Sobrepeso, obesidad y la coexistencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 18, núm. 2. Perú. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20313 1877005
15. Sobrino M, Gutiérrez C., Cunha AJ., Dávila M., Alarcón J. (2014). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. Perú.
16. Lozano G, Cabello E, Hernández H, Loza C. (2014). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de un distrito urbano de Lima 2012. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. Disponible en: http://www.nestle.com.pe/nutricion/nutrigroup/documents/revista-nsb-036.pdf
17. Vera OE, Huamán Z, Gastelo KY, Jambo JA, Guerrero S, Hinostroza A, et. al. (2013). Evaluación del Estado Nutricional en pacientes con neumonía menores de cinco años atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, Perú.
18. Guevara X. (2003). Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín de Huántar 2003. PAEDIATRICA 2003 5(1): 14-20. ISSN versión electrónica 1728-2403. Ancash, Perú. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas /paediatrica/v05_n1/estado.htm

19. Delgado H, Tuesta P, Valqui IA. (2015). Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015". Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú.
20. Hernández R, Guillen A, Herrera H, Hernández Y. (2007). Estado nutricional de niños en colegios privados y en zonas suburbanas de los Municipios Baruta y el Hatillo de Caracas. An. Venez. Nutr. 2007;20 (2)
21. Instituto Nacional de Estadística. (2011). Estadísticas demográficas. Compendio estadístico. Chile.
22. Ministerio de Salud - MINSA. Plan Estratégico. Dirección Regional de Salud la Libertad 2007-2011. Lima, Perú. Disponible en: http://www. diresalalibertad.gob.pe/doc web/ PlanEstrategico.pdf
23. Ministerio de Salud - MINSA. Atención integral de salud de la niña y el niño. Dirección General de Salud de las personas. Lima, Perú. 2014.
24. Beltrán A, Seinfeld J. (2011). Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú. Vol. XXXVIII, N° 69, segundo semestre 2011. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Perú. Disponible en: http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/ view/82/65
25. Cortéz R. (2010). Factores demográficos. Disponible en: http://www. monografias.com/trabajo30/entorno-mercado-tecnia/entorno-mercadotec nia.shtml
26. Significados Ciencia y Salud. (2016). Morbilidad. Disponible en: http://www.significados.com/flor-de-loto/
27. Organización Mundial de la Salud. (2015). Morbilidad. Washington, EE. UU. Disponible en: http://www.buenastareas.com/ensayos/Trabajo-De-Morbilidad/302578.html
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Escuela Nacional de Sanidad. (2011). Nutrición en Salud Pública. Madrid, España.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2015). Resumen Ejecutivo: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015). Perú. Disponible en: http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/ Lib0859/resumen.pdf

30. Segovia MJ, Moreno JM. (2010). El desayuno en la infancia: más que una buena costumbre. Acta Pediatr Esp. 68(8). España.
31. OBSERVA-T PERU. (2015). Observatorio de Nutrición y del Estudio del Sobrepeso y la Obesidad. Sobrepeso y Obesidad en niños menores de cinco años. Perú. Disponible en: http://www.observateperu.ins.gob.pe/
32. Organización Mundial de la Salud. (2009). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Comité de Expertos. Serie de informes técnicos, 854. Ginebra, Suiza.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADOR	METODOLOGIA
Problema General ¿Cuál es la asociación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional, de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?	Objetivo General Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional, de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.	Hipótesis General La asociación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional es significativa en los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.	Variable Independiente (X) Características Sociodemográficas	- Edad - Sexo - Morbilidad - Procedencia	Tipo de investigación Descriptivo – Correlacional Diseño de investigación No experimental, retrospectivo, descriptiva, correlacional Población: constituida por 200 historias clínicas de niños y niñas de 1 a 3 años hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Iquitos CGG, de julio a diciembre del 2015. Muestra: Conformada por 132 pacientes.
Problemas Específicos a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas y el estado nutricional, de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?	Objetivos Específicos - Identificar las características sociodemográficas de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.	Hipótesis Específicas - Identificar las características sociodemográficas de los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015.	Variable Dependiente (Y) Estado Nutricional	- -3DE - -2DE - -1DE - Normal - +1DE - +2DE - +3DE	

b) ¿Cuál es el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?	- Identificar el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?	- El estado nutricional se presenta por déficit y/o por exceso, en los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?			Técnica: registro documentado de las historias clínicas. Instrumento: Ficha de Registro de Características Sociodemográficas y Antropométricas
c) ¿Cómo es la asociación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?	- Asociar las características sociodemográficas y el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?	- La asociación es directa entre las características sociodemográficas y el estado nutricional que presentan los niño/as menores de 3 años, hospitalizados entre Julio y Diciembre, en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos del año 2015?			

ANEXO 2

FICHA DE REGISTRO DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTROPOMÉTRICAS

I. PRESENTACION

El presente instrumento, es un medio para la recolección de datos sobre características sociales y demográficas del sujeto de estudio, registrado en la historia clínica.

II. INSTRUCCIONES

El instrumento consta de dos partes, la primera para el registro de las características sociodemográficas y la segunda parte sobre el estado nutricional. Señora investigadora, marcar los datos pertinentes en el lugar correspondiente. Duración: 10 minutos.

III. CONTENIDO

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	MEDICIÓN	CÓDIGO
1. EDAD	a) De 0 – 11 meses, 29 días	1
	b) De 1 a 2 años	2
	c) De 2 a 3 años	3
2. SEXO	a) Femenino	1
	b) Masculino	2
3. MORBILIDAD	DIAGNÓSTICO MÉDICO	CÓDIGO
	a) IRAS	1
	b) EDAS	2
	c) Transmisibles	3
	d) Dermatológicas	4
	e) Otros	5

4. PROCEDENCIA	a) Iquitos	1
	b) Belén	2
	c) San Juan	3
	d) Otros	4

II. ESTADO NUTRICIONAL	RESULTADOS	CÓDIGO
1. PESO (Kg.)		
2. TALLA (Cm.)		
3. CALIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	PUNTUACIÓN Z	CÓDIGO
a) -3 DE	< -3 z score P/T y T/E	1
b) -2 DE	≥ -3 y ≤ -2 z score P/T y T/E	2
c) -1 DE	> -2 y ≤- 1 z score P/T y T/E	3
d) Normal	> -1 y < 1 z score P/T y T/E	4
e) +1 DE	≥ 1 y < 2 z score P/T y T/E	5
f) +2 DE	≥ 2 y ≤ 3 z score P/T y T/E	6
g) +3 DE	> 3 z score	7

OBSERVACIONES: ……

……

¡MUCHAS GRACIAS!