

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**NIVELES DE DESNUTRICIÓN INFANTIL Y
SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES
INFECCIOSAS MÁS FRECUENTES EN EL
HOSPITAL DE BARRANCA**

PRESENTADO POR:

YSABEL PERFECTO GIRÓN

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

ASESOR:

Dra. SOLEDAD DIONISIA LLAÑEZ BUSTAMANTE

HUACHO - 2021

**NIVELES DE DESNUTRICIÓN INFANTIL Y SU RELACIÓN CON
LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS MÁS FRECUENTES EN EL
HOSPITAL DE BARRANCA**

YSABEL PERFECTO GIRÓN

TESIS DE MAESTRÍA

ASESOR: Dra. SOLEDAD DIONISIA LLAÑEZ BUSTAMANTE

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

HUACHO

2021



DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, a mi querido y adorado Joaquín quien es el que me incentiva para seguir adelante.

Ysabel Perfecto Girón.

AGRADECIMIENTO

Es muy eterno mi agradecimiento a Dios por iluminarme a lo largo del camino de mi vida y lograr concretar uno de mis más grandes y anhelados sueños.

A mi querido y adorado Joaquincito quien es alguien muy especial para mí, el estar a mi lado brindándome siempre motivación y aliento para cristalizar mis más preciados sueños.

A mi amiga Soledad quien creyó en mí, me brindó su verdadera amistad como tesoro valioso que el ser humano posee su incondicional ayuda y sé que comparte mi alegría por la meta alcanzada

A mis jurados y amigas que me incentivaron para poder perseverar y lograr culminar mi meta.

Ysabel Perfecto Girón.

ÍNDICE

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO I	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Formulación del problema	12
1.2.1 Problema general	12
1.2.2 Problemas específicos	12
1.3 Objetivos de la investigación	12
1.3.1 Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 Justificación de la investigación	13
1.5 Delimitaciones del estudio	14
1.6 Viabilidad del estudio	14
CAPÍTULO II	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes de la investigación	15
2.1.1 Investigaciones internacionales	15
2.1.2 Investigaciones nacionales	21
2.2 Bases teóricas	22
2.3 Definición de términos básicos	42
2.4 Hipótesis de investigación	46
2.4.1 Hipótesis general	46
2.4.2 Hipótesis específicas	46
2.5 Operacionalización de las variables	47
CAPÍTULO III	48
METODOLOGÍA	48
3.1 Diseño metodológico	48
3.2 Población y muestra	48
3.2.1 Población	48
3.2.2 Muestra	48

3.3	Técnicas de recolección de datos	48
3.4	Técnicas para el procesamiento de la información	49
CAPÍTULO IV		50
RESULTADOS		50
4.1	Análisis de resultados	50
4.2	Contrastación de hipótesis	59
CAPÍTULO V		62
DISCUSIÓN		62
5.1	Discusión de resultados	62
CAPÍTULO VI		64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		64
6.1	Conclusiones	64
6.2	Recomendaciones	66
REFERENCIAS		67
7.1	Fuentes bibliográfica	67
ANEXOS		70

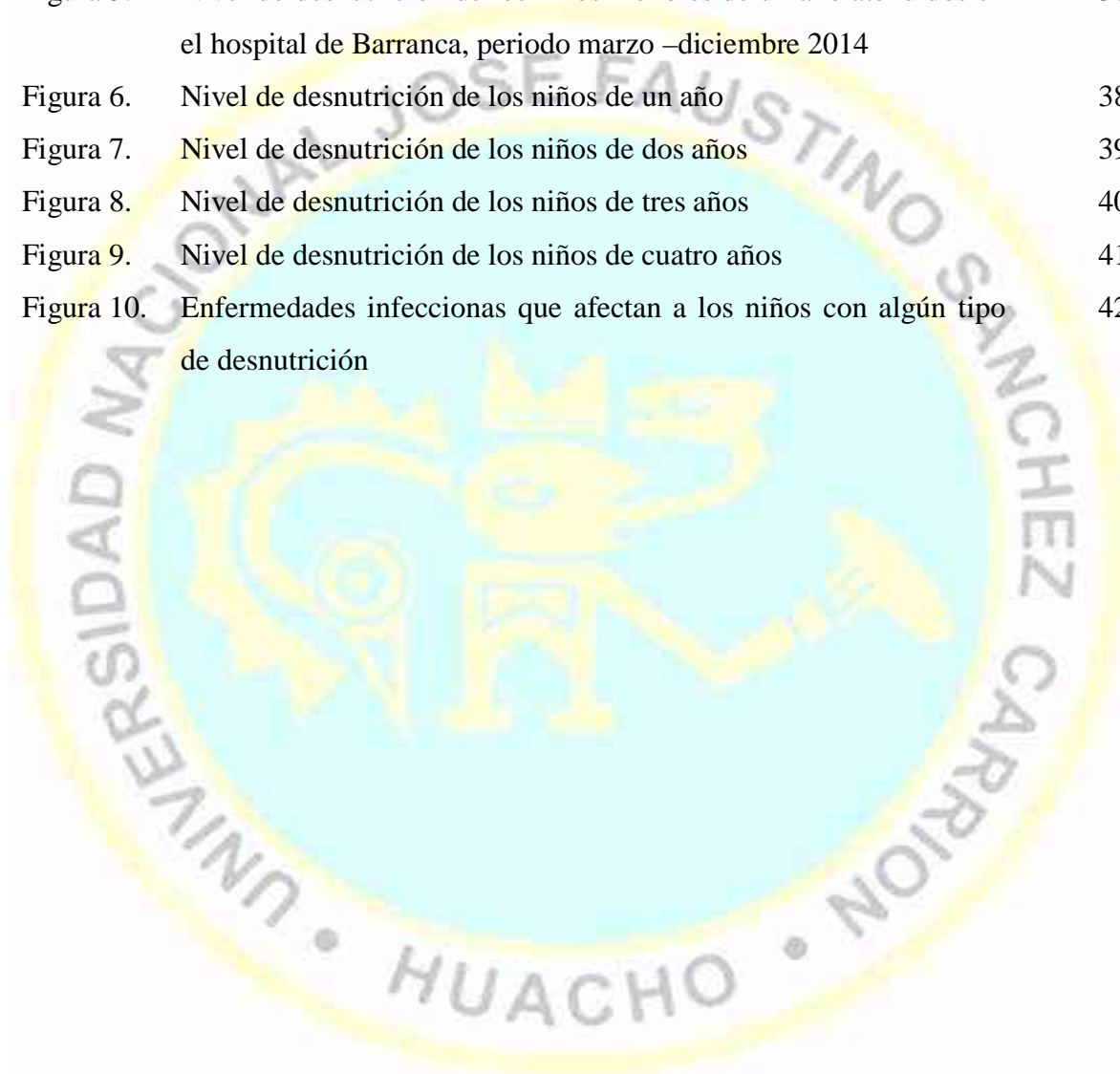


ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Estado nutricional de los niños atendidos	33
Tabla 2.	Estado nutricional de los niños con desnutrición	34
Tabla 3.	Género de los niños con desnutrición	35
Tabla 4.	Distribución según edad de los niños con desnutrición	36
Tabla 5.	Nivel de desnutrición de los niños menores de un año atendidos en el hospital de barranca, periodo marzo –diciembre 2014	37
Tabla 6.	Nivel de desnutrición de los niños de un año atendidos en el hospital de barranca, periodo marzo –diciembre 2014	38
Tabla 7.	Nivel de desnutrición de los niños de dos años	39
Tabla 8.	Nivel de desnutrición de los niños de tres años	40
Tabla 9.	Nivel de desnutrición de los niños de cuatro años atendidos en el hospital de barranca, periodo marzo –diciembre 2014	41
Tabla 10.	Enfermedades infecciosas que afectan a los niños con algún tipo de desnutrición	42
Tabla 11.	Análisis de la prueba de Chi Cuadrado	43
Tabla 12.	Correlación de Pearson	44
Tabla 13.	Correlación de Spearman	45
Tabla 14.	Nivel de desnutrición de niños del Hospital de Barranca	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Estado nutricional de los niños atendidos	33
Figura 2.	Estado nutricional de los niños con desnutrición	34
Figura 3.	Género de los niños con desnutrición	35
Figura 4.	Distribución según edad de los niños con desnutrición	36
Figura 5.	Nivel de desnutrición de los niños menores de un año atendidos en el hospital de Barranca, periodo marzo –diciembre 2014	37
Figura 6.	Nivel de desnutrición de los niños de un año	38
Figura 7.	Nivel de desnutrición de los niños de dos años	39
Figura 8.	Nivel de desnutrición de los niños de tres años	40
Figura 9.	Nivel de desnutrición de los niños de cuatro años	41
Figura 10.	Enfermedades infecciosas que afectan a los niños con algún tipo de desnutrición	42



RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general analizar la relación que existe entre la desnutrición infantil de 0 a 5 años con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes, en el Hospital de Barranca.

La investigación es de tipo aplicada, nivel explicativo, diseño no experimental y de enfoque mixta. La población fue de 62 niños menores de 5 años diagnosticados con desnutrición. Los resultados más resaltantes fueron, 62% de los niños menores de cinco años presentan desnutrición leve, el 38% tienen desnutrición crónica; el 53% de los niños de 1 año presentan un estado nutricional crónica, el 29% tienen desnutrición leve y el 18% moderada; el 75% de los niños de 2 años presentan un estado nutricional crónico mientras que el 25% tienen desnutrición leve; el 82% de los niños de 3 años presentan un estado nutricional crónico mientras que el 18% tienen desnutrición leve; el 86% de los niños de 4 años presentan un estado nutricional crónico, mientras que el 14% tienen desnutrición leve; de los niños atendidos, que presentan un cuadro de desnutrición, el 45% llega con un Síndrome Obstructivo Bronquial Agudo (SOBA), siendo la segunda causa de infección las Diarreas Agudas Infecciosas con 18% y las Faringitis en 3er lugar con 16%.

La investigación concluye que la correlación entre ambas variables es significativa, es decir Existe relación entre la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas más frecuentes en niños de 6 meses a 5 años en el Hospital de Barranca.

Palabras clave: Niveles de nutrición infantil y enfermedades infecciosas.

ABSTRACT

The general objective of the research was to analyze the relationship between child malnutrition from 0 to 5 years with the most frequent infectious pathological diseases, in the Hospital de Barranca.

The research is of applied type, explanatory level, non-experimental design and mixed focus. The population was 62 children under 5 years diagnosed with malnutrition. The most outstanding results were, 62% of children under five years of age have mild malnutrition, 38% have chronic malnutrition; 53% of 1-year-old children have a chronic nutritional status, 29% have mild malnutrition and 18% moderate; 75% of 2-year-old children have a chronic nutritional status while 25% have mild malnutrition; 82% of 3-year-old children have a chronic nutritional status while 18% have mild malnutrition; 86% of 4-year-old children have chronic nutritional status, while 14% have mild malnutrition; of the children treated, who have a picture of malnutrition, 45% arrive with an Acute Bronchial Obstructive Syndrome (SOBA), being the second cause of infection the Infectious Acute Diarrhea with 18% and the Pharyngitis in 3rd place with 16%.

The research concludes that the correlation between both variables is significant, that is, there is a relationship between child malnutrition and the most frequent infectious diseases in children aged 6 months to 5 years at the Hospital de Barranca.

Keywords: Child nutrition levels and infectious diseases.

INTRODUCCIÓN

La OMS y la OPS, en la publicación científica No. 549, han advertido que:

La mala alimentación en niños es uno de los criterios de riesgo, el cual aun siendo anticipable, genera de manera frontal o indirecta más fallecimientos a nivel mundial. La misma en todo el mundo responsable del 60% de los 10.9 millones de fallecimientos que acontecen al año entre niños menores de 5 años y más de los dos tercios de estos fallecimientos se vinculan con medidas alimenticias no adecuadas en el transcurso del primer año de vida. A pesar de lo progresado en las últimas décadas, todavía existen 9 millones de niños entre 0 y 5 años de edad que presentan problemas de baja talla, como producto de la mala alimentación en Latinoamérica.

En Ecuador, concordantes a las estadísticas de poblaciones infantiles realizadas por el Ministerios de Coordinaciones de Desarrollos Sociales (2011), se indica que el índice es del 26% de los menores. De acuerdo a lo fijado por este ministerio, las provincias con índices más altos se hallan elevados en la Sierras y son Chimborazo (52%), Cotopaxis (40%) y Bolívars (48%).

En Manabís, según la Direcciones Provinciales de Saludes de Manabís (2012) en Reportes consolidados mensuales de atenciones en Sub centros del Distritos de Salud es No. 1, en lo referentes a las medidas de desnutriciones crónicas, manifiestan que: El Cantones con mayores porcentajes de niños desnutridos es Jipijapas (58%) y las parroquias más devastadas es Américas con casi el 72% de sus niños desnutridos y el Anegados con casi el 68%.

UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 2008, menciona que ciertos determinantes que crean mal nutrición crónica son la paralización de la lactancia materna preferente, las medidas incorrectas de alimentación agregada, el restringido acceso a los alimentos, los

elevados índices de padecimientos infecciosos, las pésimas medidas de limpieza y el restringido acceso a las prestaciones en salud y saneamiento esencial.

Es así que se realizó el presente estudio con la finalidad de describir la relación que existe entre la desnutrición infantil de 0 a 5 años con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes en el Hospital de Barranca.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

A comienzos de los 90 del siglo XX, el gobierno del Ing. Alberto Fujimori impuso la reducción del Estado, debiéndose al mercado asegurar el Crecimiento, la redistribución de la riqueza y las prosperidades para todos.

A los términos de su gobierno el resultado fue el crecimiento alarmante de las desigualdades y de las exclusiones sociales, obligando lo a los mismos organismos multilaterales, revisarle sus propuestas y plantearle algunos mecanismos que contrarresten dichos efectos, como por ejemplos unas políticas sociales diferente.

Los gobiernos de Alejandro Toledo y Alan García han va venido desarrollando estrategias de políticas social, a través de diversas medidas de combate a la pobreza con iguales resultados. Los índices de pobreza y extrema pobreza siguen siendo elevados con sus efectos colaterales de delincuencia, prostitución, enfermedades pandémicas, desnutrición infantil entre otros.

En el Perú, más de un millón de infantes de dos años padecen de anemia por carencias de hierros en su nutrición. Un total de 19000 infantes mueren anual mentes antes de cumplir los doce meses de existencia. Así mismos hay 730,000 circunstancias de infantes con malnutrición crónicas, lo que es igual al 25% de infantes (1 de cada 4 niños); siendo las cifras más altas en el continente.

En este estudio consideramos las enfermedades infecciosas asociadas a la desnutrición es infantiles, principalmente a las patologías infecciosas más frecuentes como las neumonías virales, enfermedades diarreicas agudas, neumonías bacterianas, crup, meningitis bacterianas, TBC que son las más frecuentes, entre otras que se pueden presentarse. Por lo que formulamos estos cuestionamientos.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre la desnutrición infantil de 0 a 5 años con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes, en el Hospital de Barranca?

1.2.2 Problemas específicos

- a. ¿Qué relación existe entre la desnutrición infantil moderada con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes en el Hospital de Barranca?
- b. ¿Qué relación existe entre la desnutrición severa con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes en el Hospital de Barranca?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Analizar la relación que existe entre la desnutrición infantil de 0 a 5 años con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes, en el Hospital de Barranca.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Analizar la relación que existe entre la desnutrición infantil moderada con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes en el Hospital de Barranca.
- b. Explicar la relación que existe entre la desnutrición infantil severa con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes en el Hospital de Barranca.
- c. Analizar la relación que existe entre la desnutrición infantil moderada con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes en el Hospital de Barranca.
- d. Explicar la relación que existe entre la desnutrición infantil severa con las enfermedades patológicas infecciosas más frecuentes en el Hospital de Barranca.

1.4 Justificación de la investigación

Relevancia Social

Los resultados del estudio permitirán conocerse las relaciones de las desnutriciones infantiles con las patologías infecciosas más comunes con la finalidad de advertirse a los niveles de gobierno los efectos de estos males estructurales más allá de las cifras estadísticas y los enfoques sociológicos.

Implicancias Prácticas

Los resultados de la investigación permitirán recomendar una nutricionales agresivas y prematura con el objetivo de minimizar los peligros de

morbimortalidades, a partir de las valoraciones nutricionales de los pacientes pediátricos.

Valor Teórico

Permitirás más allá de las desnutriciones aceptadas como el componente de la práctica clínica que medicamentes concluyes en un elevado periodo de internamiento clínico, morbilidades y mortalidades en los usuarios internados hospitalizados, en una valoración nutricional posterior en los términos enunciados en las implicancias prácticas del numerales anteriores.

1.5 Delimitaciones del estudio

Delimitación geográfica: Hospital de Barranca, distrito de Barranca, provincia de Barranca, departamento de Lima.

Delimitación temporal: Julio del año 2018 a febrero del año 2020.

Delimitación teórica: Desnutrición infantil, causas y características actuales.

Desnutrición infantil moderada y su relación con las enfermedades como la neumonía viral, enfermedad diarreica aguda, neumonía bacteriana, crup, meningitis bacteriana y TBC.

Desnutrición infantil severa y su relación con las enfermedades como la neumonía viral, enfermedad diarreica aguda, neumonía bacteriana, crup, meningitis bacteriana y TBC.

1.6 Viabilidad del estudio

La realización de este estudio es viable, en tanto el análisis de las variables tendrá su concreción en el Hospital de Barranca contándose con el apoyo necesario.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Behrman, Kliegman, Jenson & Stanton (2015):

“Es muy frecuente que los niños desnutridos tengan infecciones repetidamente; de hecho, es la principal causa de mortalidad en ellos. Esto es debido a que el déficit de nutrientes altera las barreras de inmunidad que protegen contra los gérmenes y éstos pueden invadir fácilmente. Entre los gérmenes que más frecuentemente atacan a las 13 personas desnutridas están el virus del sarampión, del herpes, de la hepatitis, el bacilo de la tuberculosis” (p. 39). “El Perú, ha logrado avances importantes y consistentes en el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia, a través de la implementación de políticas públicas a su favor en los diferentes niveles de gobierno. La importancia de invertir en la infancia y la adolescencia es un acuerdo que trasciende a la gestión de un gobierno.

La firma de compromisos a favor de la niñez por parte de la gran mayoría de los candidatos regionales en las elecciones del año 2010, así como la renovación de los compromisos para la lucha contra la desnutrición crónica infantil asumidos por los nuevos presidentes regionales, en enero del año 2011 son evidencias concretas de la priorización de la niñez y adolescencia” (p. 39).

Mejía (2011):

“Cabe mencionarse que aún necesitan ser fortalecidos aspectos de asistencia técnica y acompañamiento para las implementaciones de políticas públicas, la adopción de herramientas de gestión sencillas para los gobiernos locales, diseñar intervenciones flexibles y adecuadas al tipo de poblaciones y territorios específicos, promover la articulación entre gobiernos regionales y locales, y facilitar el acceso a recursos para proyectos de inversión social” (p. 11).

Health (2010):

“Las desnutriciones crónicas infantiles es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Asimismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las condiciones inadecuadas de salud, saneamiento, y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar” (p. 4).

INEI (2010):

“Estrategias creadas en el año 2007 con la finalidad de lograr las articulaciones de las entidades públicas (gobiernos locales, regionales y locales), las entidades privadas, de cooperación internacional y de la sociedad civil, para mejorar las condiciones de vida de la población en pobreza y

pobreza extrema, así como disminuir la desnutrición crónica infantil. Actualmente, intervienen en distritos pobres de la sierras rurales y distritos urbanos con mayores niveles de desnutrición crónica, alcanzándose unas coberturas de 1119 distritos. Las intervenciones de CRECER se enfoca en mejorar las condiciones de aguas, saneamientos y prácticas de alimentación y nutrición, y tratamiento de enfermedades diarreicas y respiratoria” (p. 9).

PCM (2007):

“Estas estrategias han permitido involucrar componentes productivos en el desarrollo de los programas sociales, como mayor capacitación, mejor práctica de alimentación, mejores hábitos de higiene, mayor acceso a agua segura, y usos de transferencias condicionadas de efectivos para apoyar la reducción de la desnutrición. Asimismo, se promovió la complementariedad y descentralización de intervención, transfiriéndose paulatinamente responsabilidades administrativas, financieras y políticas a los gobiernos regionales y municipales” (p. 10).

UNICEF (1998):

“Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipos infecciosos (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales) Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales). El Perú, ha logrado avances importantes y consistentes en el cumplimiento de los

derechos de la niñez y la adolescencia, a través de la implementación de políticas públicas a su favor en los diferentes niveles de gobierno” (p. 27).

Amesty (1997):

“El sarampión es una enfermedad grave con tasas de casos fatales cercanas al 15 por ciento en muchos países pobres, debido a que los niños pequeños que la desarrolla tienen un mal estado nutricional es, resistencia disminuida y deficientes salud. Se ha informado que, en México, las tasas de mortalidad son por sarampión a 180 veces más altas que en los Estados Unidos; en Guatemala 268 veces más; y en Ecuador 480 veces mayores. En América del Norte, Europa y otros países industrializados los casos fatales por sarampión han disminuido” (p. 34).

Parent (1996):

En la investigación “Prevalencia de Desnutrición Infantil y su Asociación a Enfermedades Infecciosas en el Hospital del ‘Niño Jesús’ en Tucumán, Argentina. “Contrariamente a trabajos anteriores señalados en la misma investigación que demostró que la mayor proporción de desnutridos se encontraba en niños menores de 6 años. En cambio, en esta investigación se determinó que la prevalencia de desnutrición se daba a mayor edad, y que no se encontró relaciones entre estados nutricionales y enfermedades infecciosas. Esto se explicaría por las pobres respuestas del sistema inmune del niño desnutrido. Concluyéndose que, en los pacientes desnutridos considerados sin enfermedades infecciosas, no puede descartarse la existencia de agentes patógenos en su organismo solo por la falta de

manifestaciones clínicas. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el marco de su política de promoción de la investigación en temas de salud es materno infantil, en base a las encuestas especializadas que ejecuta, pone a disposición de la comunidad nacional, autoridades, instituciones públicas y privadas y usuarios en generales, el documentos "Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú: 1996-2007", elaborados a partir de los datos proporcionados por la Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES)" (p. 22).

Parent (1996):

“La recuperación total depende de la restauración de estos aminoácidos a los tejidos una vez que se ha superado la infección. Esto requiere mayor consumo de proteína, por encima de los niveles de mantenimiento, en el período posterior a la infección. En los niños cuya dieta es carente de contenido proteico, o en aquellos que ya tienen agotamiento de proteína, habrá retardo del crecimiento durante y después de las infecciones. En los países en desarrollo, los niños de familias pobres sufren de infecciones repetidas durante el período posterior al destete, y frecuentemente presentan múltiples infecciones” (1996).

Parent, Jambon, Chevalier & Dhenin (1996) en su investigación “La Desnutrición Infantil y sus Consecuencias”, Bolivia, concluye:

Proponiéndose soluciones concretas y realistas a las desnutriciones, tomándose en cuentas los contextos locales. Advierte que de ninguna manera la ayuda alimentaria solucionará los problemas del hambre en el mundo; sin

embargo el conocimiento de los contextos y los ecosistemas locales, podría proponer intervenciones en el nivel curativo, sobre todo después de conocerse las causas de los efectos de la desnutrición o las mortalidad que según el estudio mayormente se debe al ataque del timo y de sus funciones (p. 22)

Nelson (1992):

Los signos físicos que acompañan a la desnutrición son: Déficit del peso y de la estatura que se espera para la edad es; atrofia muscular (se observa un desarrollo inadecuado de los músculos); y, retardos en la pubertad. Y los signos psicológicos que siempre encontramos en la desnutrición son: alteraciones en el desarrollo del lenguaje, alteraciones en el desarrollo motor y alteraciones en el desarrollo del comportamiento (irritabilidad, indiferencia u hostilidad); el médico también encuentra cambios en los exámenes sanguíneos y otros hallazgos que indican cronicidad de la desnutrición y que, en muchos casos, son muy llamativos: la piel estará seca, áspera y descamándose. Generalmente se observan fisuras en los párpados, labios y en los pliegues de codos y rodillas. Pueden verse lesiones de hematomas en los casos que el déficit de vitamina C es importante. Si existe una desnutrición severa el niño tendrá los dedos de las manos y los pies muy fríos y azulados debidos a trastornos circulatorios. Generalmente estos niños tendrán lesiones en piel sobre infectadas con bacterias u hongos. El cabello seco, quebradizo, de colores rojizos (o pajizos) y se desprende fácilmente. Es muy frecuente observar que el cabello del niño tiene varios colores (negruzcos en las puntas, rojizos en el medio y claro o amarillento en la base de éste) las uñas son muy delgadas y frágiles. La falta de vitamina A conduce a úlceras en las córneas y

puede llevarse a la ceguera. Los niños, paradójicamente, tienen anorexia; crecimiento del hígado (hepatomegalias) y alteración en el ritmo de las deposiciones fecales. La frecuencia cardíaca está acelerada (taquicardia) y son frecuentes las continuas infecciones respiratorias. El médico encuentra raquitismo, osteoporosis, escorbuto, debilidades musculares, anemias por falta de hierro o vitamina B12, anemia por falta de ácido fólico, anemia por falta de vitamina C o anemia por infecciones. Las condiciones de salud que ocasiona desnutrición por una inadecuada absorción o utilización de los nutrientes pueden ser las enfermedades renales crónicas, las enfermedades cardiopulmonares, las enfermedades digestivas, pancreáticas o hepáticas, los cánceres, los errores del metabolismo (p. 40).

2.1.2 Investigaciones nacionales

INS (2011-2014), Bolivia, “La Desnutrición Infantil y sus Consecuencias”, concluye:

Proponiéndose soluciones concretas y realistas a la desnutrición, tomándose en cuenta los contextos. Advierte que de ninguna manera la ayuda alimentaria solucionará el problema del hambre en el mundo; sin embargo, el conocimiento de los contextos y los ecosistemas locales, podría proponerse intervenciones en el nivel curativo, sobre todo después de conocerse las causas de los efectos de la desnutrición o la mortalidad que según el estudio mayormente se debe al ataque del timo y de su función (p. 22).

Mukuria (2005), tomo como objetivos de analizarse los niveles de desnutriciones agudas, crónicas y globales en niños entre 0 y 35 meses de edad de 41 países de

África, Europa, Asia y América Latina, utilizándose como fuentes de informaciones las ENDES del período 1994-2001, adaptando el marco conceptual propuesto por el UNICEF y organizando cuatro conjuntos de factores (inmediatos, biológicos y de comportamientos, socioeconómicos e inmediatos), asociados a la desnutrición infantil. Asimismo, indica:

“Los factores inmediatos que conllevan a la desnutrición infantil comprende enfermedades infecciosas e inadecuadas alimentaciones. Estos factores son reflejos de factores biológicos y comportamentales (patrones alimentarios, inmunizaciones y cuidados de la salud del niño y características de la madres y del niño); socioeconómicos (educaciones y actividades económicas de la madres y características del hogares en cuanto a disponibilidad de fuentes de aguas para beber, servicios sanitarios y tipos de pisos); y básicos, relacionados con la estructura política, económica e ideológica (áreas de residencias urbanas/rurales)” (p. 45).

2.2 Bases teóricas

Variable independiente: Desnutrición infantil

Desnutrición Infantil:

Según Amesty (1997), en sus variadas maneras es el más típico de los padecimientos. Sus orígenes son esencialmente por carencias ya sea monetarias o por padecimientos que vulneren el buen status alimenticio. De acuerdo con el manual exterior de tipificación de padecimientos es una de las agravaciones clínicas factibles pero prevenibles y que afectan relevantemente la obtención de los tratamientos (p. 22).

Mala alimentación en niños:

Segura, Montes, Hilario, Asenjo & Baltazar (2002) señalan que el estado nutricional de un individuo llega a ser el resultado de la estabilidad entre la ingestión de comida y los nutrientes que estos contienen. Al mismo tiempo, el beneficio de estos nutrientes consumidos está sujeto a distintos elementos como la mezcla de comidas o al estado del aparato digestivo que los recibe. Como en el caso, del ácido ascórbico que se encuentra en legumbres y frutos aumenta la absorción del hierro en verduras, en tanto que una situación de inflamación del intestino disminuye la absorción y reduce su capacidad de absorción de nutrientes.

Los requerimientos de nutrientes están sujetos a las condiciones físicas de un individuo. Las situaciones de una mayor exigencia que pertenecen a que tienen una elevada multiplicación de células, mejor dicho, los momentos de rápido desarrollo en la gestación, la infancia y la adolescencia. Las exigencias de nutrientes además aumentan a lo largo de la biotransformación acelerada, como en el caso de infecciones agudas.

Por lo que se ha explicado es muy fácil comprender como en el caso de países que no tienen la capacidad de garantizar un aporte total de nutrientes a cada uno de sus integrantes y tienen a cargo una elevada tasa de morbilidad; son exactamente naciones donde poseen elevadas deficiencias nutricionales en niños.

Los dos estados: ingestión escasa e infecciones se dinamizan mutuamente. Es decir, los niños con insuficiente nutrición poseen una menor resistencia a infecciones, especialmente infecciosas, ya que tienen una elevada exposición a enfermarse. Es posible que las infecciones ocasionen falta de apetito, aumento de metabolismo, inadecuada absorción intestinal por circulación rápida y minimización en las sales de los ácidos biliares y daños en la barrera intestinal.

Los dos estados mencionados se le conoce como “causas inmediatas” de la malnutrición y el patrón de la UNICEF no proporciona información necesaria para comprender que corresponden a otras, es posible que estas se agrupen conforme a su clase social

En el conjunto de los motivos vinculados en el hogar, tienen poco acceso a alimentos, como también en los establecimientos de salud y saneamiento básico, y para finalizar el poco cuidado a los infantes y a las progenitoras.

No obstante, el acceso a alimentos se encuentra muy vinculado con el nivel socioeconómico, además está sujeto a las determinaciones de la economía que hagan los individuos en el hogar. Como en el caso, se ha podido observar que menos del 15% del ingreso se destina a los alimentos.

El acceso a servicios de salud posibilita moderar el peso que simboliza cualquier enfermedad, en tanto que los servicios de agua apta y la gestión de las sustancias de desecho coadyuvan a parar la contaminación de heces en el interior del domicilio.

Se considera como cuidado inapropiado a las costumbres que no posibilitan una adecuada nutrición o crecimiento del infante como por ejemplo una nutrición inactiva, u otras no posibilitan a la progenitora nutra y cuide a su infante como en el caso de la excesiva labor de la madre durante el proceso de gestación.

Existen una serie de motivos esenciales, hay un grupo inicial de los estados, aunque estos están sujetos en forma directa el contexto colectivo, poseen una manifestación observable en cada domicilio. Comprende elementos vinculados a la persona, tales como el grado de instrucción o de información de los progenitores del infante, como también el tiempo para poder atenderlo. Además, comprende a los medios financieros, que hace referencia el nivel económico, la disposición de recursos,

calidad de trabajo, entre otros. para finalizar está en un subgrupo de medios de una organización, que hace referencia a la capacidad de acceso a bienes y prestaciones que la intervención que ofrece las redes sociales. como en el caso de programas de Vaso de Leche o los comedores populares.

En el contexto colectivo y político, como también al ecosistema y la tecnología, se tiene en cuenta a las fuerzas que guían la mecánica colectiva, de esta manera son fuentes primarias de las condiciones nutricionales. Puesto que para detallar dichas fuentes se necesita captar en la sociedad, los estudios a familias como las hechas hasta el momento no son suficientes (pp.1 – 4).

Medición del estado nutricional:

Segura, Montes, Hilario, Asenjo & Baltazar (2002) expresan que aunque las insuficiencias nutricionales han estado con el ser humano desde su existencia y que son detalladas en escritos muy remotos, pero es desde el siglo XX es cuando se da inicio a los criterios homogenizados para controlar las condiciones nutricionales.

Existen registros donde se puede apreciar datos sobre desnutrición muy críticos que datan del siglo XIX en América Latina, ello resulta muy anecdótico. Después se registraron reportes alrededor del globo daban indicios y síntomas de desnutrición, no obstante, en el siglo XX frente a la obligación de considerar un elemento estándar se extiende el empleo de mediciones en el cuerpo humano, bajo la presuposición que el desarrollo logrado por los infantes es un claro signo de estado nutricional.

A lo largo del siglo XX el progreso científico ha posibilitado detectar nutrientes particulares como las vitaminas, hierro, yodo y demás micronutrientes y que después se realizaron distintos instrumentos para valorar la condición de un individuo en relación a cada uno de los mencionados.

Aun cuando haya una gran cantidad de elementos que dan datos sobre el estado nutricional de un individuo, lo más usado en sin duda por un mínimo coste y simplicidad es la valoración de dimensiones corporales, mejor dicho, la antropometría.

Es evidente, los grupos de rápido desarrollo en su crecimiento corporal se encuentran en un elevado riesgo (embarazadas, infantes y los jóvenes) surge más atención para las valoraciones de nutrición. Cada uno de estos, los infantes han sido lo más interesados, es posible a causa de la sencillez que resulta evaluarlo y a la expectativa de impedir el daño que simboliza el déficit nutricional.

La valoración antropométrica de infantes posiblemente por medio del empleo de los estándares nutricionales, estos no obstante estos fueron diseñados en los años 60 a través de la valoración de infantes anglosajones, han dado muestra que son reales para sociedades multirraciales. El más importante argumento de ello ha sido dar pruebas que estas naciones con una baja talla promedio, hay grupos que pertenecen a hogares con mayores ingresos monetarios en la cual el crecimiento es casi igual al crecimiento de la sociedad. Mejor dicho, el desarrollo del infante está sujeta esencialmente del contexto y no de cuestiones genéricas.

Hay tres señales antropométricas muy comunes empleados con el objeto de valorar a la población infantil son; el peso, la talla y la edad.

A continuación, se muestra el estado nutricional por medio del vínculo talla y edad:

La falta de masa muscular para la talla, conocida como mal nutrición intensa, trata en la reducción de peso, en un inicio a costas de tejido grado que, sin embargo, tiene efectos inclusive en el peso. Por lo común es efecto de un hecho grave de afección.

La falta de talla para la edad, conocido también como malnutrición incurable, trata un crecimiento inferior. Porque depende al crecimiento de los tejidos óseos largos, posee una mecánica de menor flexibilidad que la masa corporal para la talla. Efectivamente, a excepción de las condiciones especiales, es considerado como algo irreversible.

La palabra “malnutrición incurable” tiene un cierto infortunio ya que comprende que resulta sigue del perjuicio denominado “malnutrición aguda”, en tanto que en verdad hay dos procesos que pese a ser vinculados, replican a una coincidencia y el perfil epidemiológico son muy distintos. Los investigadores prefieren llamarlo “enanismo nutricional” o “demora en el crecimiento lineal” en referencia a la carencia de talla para la edad.

La falta de masa muscular para la edad, además es conocido como malnutrición total, es una mezcla de las dos mencionadas. Ha sido el primero en tener tablas de referencias, ha sido demasiado empleado en las cartillas iniciales con el objeto de valorar la condición nutricional de niños. Hay que tener en cuenta realizar un solo método de valoración, puesto que los infantes con falta de talla es posible que sean calificados como normal con un peso que le ayude a lograr una masa muscular acorde a su edad.

Por lo general se emplea $-2Z$ como punto de corte con el objeto de detectar a infantes con carencia nutricional. Como en el caso de un infante con puntaje Z de -2.24 es evaluado como un enano nutricional. En nuestro país se emplea $-1Z$ con el

objeto de detectar malnutridos aguda a causa de lo poco frecuente que es esta carencia (pp. 4 – 6).

Consecuencias de la desnutrición:

UNICEF (2013) manifiesta que la demora en el crecimiento y diversos modos de malnutrición indudablemente son esenciales como la mortalidad, afección y discapacidad infantil.

Como en el caso de un infante que sufra una malnutrición aguda estará expuesto a riesgo de muerte mucho mayor a diferencia de un niño con un adelgazamiento patológico.

Las carencias de nutrición particulares como la deficiencia de vitamina A además posibilitan el incremento de riesgo a muerte. Es posible que la malnutrición produzca diferentes afecciones, como la ceguera, a causa de la deficiencia de vitamina A.

El entendimiento más hondo de los más graves efectos de la malnutrición es la movilidad y la mortalidad se basa en indicios ya determinados. El saber sobre el modo en cómo el atraso de crecimiento y las diversas formas de malnutrición influyen en el crecimiento colectivo y económico y en la formación del ser humano se origina de investigadores más actuales.

Investigaciones hechas antes mostraron de una inadecuada ingestión de micronutrientes determinados, como el caso del ácido fólico, daña al cerebro, y por tal motivo, el rendimiento en el colegio. De igual forma, se ha escrito las consecuencias de la falta de hierro, que restringe el rendimiento en el colegio del infante y la capacidad física cuando sean adultas.

Es obvio que la malnutrición en sus primeras fases de vida puede tener enormes efectos para resultados a largo plazo en tema de educación, eficiencia y salarios económicos. El atraso en el desarrollo se vinculó con desempeño y frutos poco eficientes en la escuela.

Investigaciones hechas en otros países corroboraban el vínculo entre el atraso en el crecimiento y en el colegio, llegaron a la conclusión, también, que el atraso en el desarrollo posibilita pronosticar repetir el grado.

Tener una menor escolarización y bajos resultados traen consigo una inferior capacidad en la vida adulta. Estudios señalan que la pérdida de ingresos por año.

Es muy evidente que en los últimos años las consecuencias en el progreso del retraso del crecimiento y demás maneras de malnutrición se están dando antes, aquellas que son más relevantes, de lo que antes se creía. La formación de la masa encefálica y el sistema nervioso en las primeras fases de la gestación finaliza a la edad de dos años.

La cronología, la seriedad y el tiempo de la falta de nutrición en el proceso de gestación que perjudican el desarrollo de la masa encefálica de diversas formas, a causa de que la masa encefálica determina ciertos nutrientes en ciertos momentos.

No obstante, es preciso que la masa encefálica en desarrollo que tiene una enorme capacidad de regeneración, es además es muy desprotegido, ya que la falta de nutrición a lo largo de las fases críticas en el proceso no reversible del retraso en el desarrollo inicia en las fases iniciales de la vida, ha conducido a una transformación en la orientación de la programación. Actualmente la atención recae en los primeros 1000 días del infante que pasan desde su gestación hasta los dos primeros años de vida.

El avance de la nutrición luego de los dos primeros años de vida no conlleva a menudo a el restablecimiento de la capacidad perdida. Informaciones derivadas.

Investigaciones hechas a huérfanos malnutridos que habían sido adoptados por familias mostraban el vínculo que existe entre el rendimiento residual carente en los argumentos cognitivos y la condición nutricional a la hora de ser adoptados.

Un efecto que se apunta cada a ser más relevante en el retraso en el crecimiento sobre el incremento veloz y poco proporcionado de la masa corporal en la vida.

Dichas consecuencias a futuro son conocidas como programación fetal: desarrollo incompleto, la proporción minimizada al nacer y el desarrollo incompleto de los primeros años de vida, continuo de un incremento de masa muscular luego en la infancia, hacen que incremente el peligro de afecciones.

Es muy recomendable tener un desarrollo eficiente previo a los dos años de edad, puesto que el retraso en el desarrollo y el incremento de la masa muscular poco proporcional desde los dos primeros años de vida a menudo comporta un incremento del peligro de padecer riesgo y de tener distintas deficiencias de salud (pp. 5 – 6).

Indicadores antropométricos:

UNICEF (2013) señala que el retraso en el crecimiento muestra una mala nutrición aguda a lo largo de las fases más agudas de desarrollo y crecimiento en las fases iniciales de vida. Se conceptualiza como el número de infantes de 0 a 59 meses cuya altura para su edad es menor al promedio de la media del Patrón del crecimiento infantil de la Organización Mundial de la salud.

Masa muscular atípica es una manera forma de malnutrición, que comprende a factores de retraso de crecimiento y al adelgazamiento patológico. Se conceptualiza en infantes de 0 a 59 meses que tiene un peso para una edad es decir peso menor a lo normalmente moderado que lo establecido por el Patrón del crecimiento infantil de la Organización Mundial de la salud.

- Adelgazamiento patológico muestra una malnutrición grave y se conceptualiza como el número de infantes de 0 a 59 meses que tiene un peso para la talla menor al adelgazamiento patológico moderado y grave del Patrón del crecimiento infantil de la Organización Mundial de la salud.
- Sobrepeso se conceptualiza como la cantidad de infantes de 6 a 59 meses que tienen un peso para su talla menor al Patrón del crecimiento infantil de la OMS.
- Peso inferior al venir al mundo: se conceptualiza como un peso menor a los 2.500 gramos (p. 07).

Variable dependiente: Enfermedades infecciosas

El sistema inmunológico:

Latham (2002), el cuerpo de los individuos está apto para aguantar la gran mayoría de organismos o toxinas que dañan o causan estragos en los aparatos y órganos. A esta aptitud se le llama inmunidad. Casi toda esta inmunidad es ocasionada por el sistema inmunológico específico que forma antitoxinas y sensibiliza los linfocitos que trasgreden y dañan los organismos o toxinas determinados. A la misma se le conoce como inmunidad adquirida. Un elemento agregado de ella se obtiene de los procedimientos típicos del aparato y se le llama inmunidad innata.

Esta inmunidad es por la:

- Obstinación de la dermis a la intrusión por organismos.
- Fagocitosis de microbios y diversos intromisores por los glóbulos blancos y células del sistema macrófago.
- Decadencia de los organismos deglutidos, por los líquidos ácidos del estómago y sus enzimas.
- Aparición en la sangre de algunos componentes químicos que dañan a los organismos foráneos o toxinas y los devastan.

Existen dos clases esenciales de inmunidad adquirida pero vinculados intrínsecamente. En uno el cuerpo perfecciona anticuerpos transitables, que son los elementos de globulina, aptos para combatir a entes foráneos y acabar con ellos. Esta clase de inmunidad se llama inmunidad humoral. Los anticuerpos transitan en la sangre y pueden mantenerse en ella por bastante tiempo, de forma que una segunda infección por el mismo ente foráneo es desvanecida rápidamente. La misma es la fuerte de determinadas maneras de inmunización que se delinearán para incentivar la generación de anticuerpos.

La otra clase de esta inmunidad se obtiene gracias a la formación de gran cantidad de linfocitos elevadamente sometidos que de manera determinada se sensibilizan frente a entes foráneos. Estos linfocitos sensibilizados están aptos para combatir a los mismos y acabar con ellos. Esta clase de inmunidad se llama celular. Es un aparato muy complicado que engloba diversos órganos del cuerpo (como el bazo, el timo, el sistema linfático y la médula ósea) y también los fluidos del cuerpo, con más incidencia en la sangre con sus constituyentes, y la linfa. La investigación del aparato complicado de inmunidad se llama inmunología (§ 3).

Efectos de la malnutrición sobre la resistencia a la infección:

Latham (2002), diversos artículos han documentado investigaciones empíricas en animales e individuos, los que muestran que los padecimientos por carencia nutricional pueden disminuir el aguante del cuerpo a las infecciones y vulnerar de forma negativa el sistema inmunológico.

Ciertos de los dispositivos típicos de defensa del cuerpo se ajustan al individuo desnutrido y por ello no operan de forma correcta. A modo de ilustración tenemos que los infantes con kwashiorkor no estaban aptos para crear anticuerpos a la vacunación contra la tifoidea o al toxoide diftérico, y su aptitud regreso a ellos luego de un tratamiento con proteína. Del mismo modo, los infantes con mala alimentación proteica muestran una absolución antigénica minimizada a la inoculación de la vacuna para fiebre amarilla. Una separación de la absolución de aglutinación al antígeno del cólera se detalló en infantes con marasmo alimenticio y kwashiorkor. Estas investigaciones muestran evidentemente que el cuerpo mal alimentado esta precariamente apto para combatir por si solo a una infección.

Otro dispositivo de defensa que se ha investigado vinculado a la alimentación es la leucocitosis y la actividad fagocitaria. Los infantes con kwashiorkor indican una absolución leucocitaria más baja de lo común ante una infección. Tal vez de más relevancia es la minimización de la eficiencia fagocitaria de los leucocitos en individuos mal alimentados. Que integra el combate contra el microbio intromisor. Si hay malnutrición, estas células indican contar con un defecto en su aptitud bactericida intracelular

Aun cuando los infantes desnutridos usualmente tienen rangos altos de inmunoglobulina, del mismo modo pueden contar con depresión de la inmunidad terciada por las células. En una última investigación, la ampliación de la misma se vinculó frontalmente con el peligro de la desnutrición proteinoenergética (MPE). Los rangos de transferrina sérica son también mínimos en los que muestran MPE crítica, y usualmente se requiere de un tiempo considerable para volver al rango común, incluso luego de tratarse adecuadamente.

Una clase de interrelación bastante distinta al de la alimentación y la infección se ve en el impacto de ciertos padecimientos carenciales acorde a la totalidad de los tejidos. La disminución en la integridad de determinados tejidos epiteliales, visible en la piel y mucosas, reduce el aguante a la intromisión y facilita la ruta de ingreso para los organismos patógenos. Ilustrando ello tenemos a la queilosis y la inflamación de la boca angular en la falta de riboflavina, encías sangrantes y delgadez capilar en la falta de vitamina C, dermatosis descamativa en signo de copos y variaciones intestinales obstruidos en la falta peligrosa de proteína y graves lesiones en la vista por la falta de vitamina A (§ 3).

Relaciones entre la nutrición, las infestaciones y las infecciones:

Según la Organización Mundial de la Salud (1963), la alimentación se relaciona con las infestaciones e infecciones se ilustrara veremos a continuación.

Infestaciones

Gran parte de los infantes de los estados tropicales y subtropicales padecen una parasitosis intestinal muy aguda, generada con mayor incidencia por áscaris. Uno de los impactos dañinos de ellos es el cansancio de los pocos principios nutritivos del menor. También se ha visto que los menores desnutridos suelen contar con infestaciones más graves que los menores bien nutridos, distinción que es

equivocadamente entendida hasta la actualidad la optimización cualitativa y cuantitativa de la nutrición en menores no solo dará al infante y sus parásitos un más elevado número de principios nutritivos, sino que es factible que así el menor tolere más la infestación. Los anquilostomas, vistos de la misma manera usualmente en estados no áridos, generan un mermo continuo de sangre y una anemia creciente, que puede minimizarse con la optimización de la nutrición aun cuando todavía hayan parásitos.

Infecciones

La adversidad típica de la incidencia de la nutrición en las infecciones se está investigando hoy en día. Existen motivos para pensar que la desnutrición eleva la vulneración a los diversos padecimientos infecciosos y agudiza su situación clínica. Pero es necesario saber más de este vínculo y este es el fin que persiguen investigaciones en tres colectividades del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. En la primera se busca reducir el término, el peligro y la concurrencia de padecimientos infecciosos en menores, en la segunda se busca enfrentar la desnutrición a través de la dación continua de leche y de otros alimentos con abundante proteína, de la mano de un programa adecuado de directrices sobre nutrición destinado a la población. La tercera colectividad opera como conjunto de población declarante, pues en esta no se da ningún tipo de medida.

Antes de llegar a terminaciones finales sobre el vínculo entre nutrición y las infecciones se factiblemente requerido volver a estudiar en sectores afines o parecidos. A manera de ilustración cuando existe mucha incidencia de tuberculosis en determinados lugares muy poblados, se observa la adversidad de conocer si es factible enfrentarla con la separación y el tratamiento de los individuos contagiados si del mismo modo perdura en el lugar expuesto a un estatus nutricional defectuoso.

Del mismo modo es menester cuestionarse como actúan las infecciones e infestaciones del estómago sobre la desnutrición ¿si solo lo hacen como un trasgresor agregado que convierte un estatus nutricional pobre en uno más agudo respecto a la desnutrición? ¿O generan verdaderamente la desnutrición al trasgredir de forma tal el intestino que le hacen imposible el absorber los principios nutritivos necesarios? El padecimiento llamado « esprue tropical» es antes que nada un grupo de síntomas, un « síndrome» de incorrecta absorción, sobre el que no se conoce casi nada aun. Es relevante saber sobre el mismo y su síndrome dado que este suele ser más incidente de lo que se creía y porque las enteropatías y la mala operatividad intestinal se vinculan usualmente a la desnutrición.

Concurren otros padecimientos vinculados con la nutrición, como la hipertensión, ciertas cardiopatías y vasopatías, la diabetes y la caries en los dientes. Los padecimientos degenerativos del sistema circulatorio y la caries dental se ven con más incidencia en los sectores donde la nutrición es copiosa; las primeras parecen estrechar vínculos con una rutina abundante en comida grasosa, en tanto que las caries son por falta de flúor en el agua y a la abundancia de comidas feculentas y azucaradas. Hasta no hace mucho, las caries no eran comunes en colectivos separados que cosechan y consumen lo que producen, pero las visitas más continuas a las poblaciones y el incremento de las facilidades para promocionar y distribuir los alimentos refinados ha acarreado una ágil propagación de la caries en estos sectores con anterioridad alejados (pp. 46 – 47).

Alimentos e infecciones:

Krawinkel (2012), las infecciones vinculadas con la fabricación de los alimentos necesita de una visión diferente, son esencialmente biológicas, y del mismo modo

tienen aspectos sociales y ambientales. Diversas infecciones determinadas se vinculan con la fabricación de alimentos agrícolas; esto es, infecciones por bacterias, virales y parásitos. Usualmente estas infecciones se consiguen a través de la rutina en la chacra y a través del riego. Se halló que el criar animales se vincula a la toxoplasmosis.

Sobre las infecciones adquiridas por consumo de alimentos, el número de individuos vulnerados es alto y distinto supeditado a niveles de seguridad alimentaria de cada Estado y su adecuación. El volumen resalta que aun con niveles altos de seguridad alimentaria, se dio una tasa de mortalidad mundial por situaciones cercanas a 2.10% muestra que los padecimientos pueden modificarse agudamente y no son un leve malestar. En diversos Estados, específicamente los que están en crecimiento, la seguridad alimentaria es una inquietud esencial y se llevan a cabo elevados esfuerzos para minimizar la propagación de infecciones adquiridas por alimentos. Con todo ello, aun en los estados desarrollados, se puede optimizar la vigilancia y los estudios epidemiológicos de los brotes infecciosos (pp. 42 - 43).

Impacto de las infecciones sobre la nutrición:

Krawinkel (2012), diversos padecimientos infecciosos tienen un efecto frontal o indirecto en la nutrición. Ciertos de ellos son determinados y otros ambiguos. Los mismos pueden ser ligeros o graves y arriesgar la vida de los individuos. Ilustración de ello es el SIDA, que genera de forma determinada el “síndrome de emaciación”, cuestión marasmática. Como otra ilustración, la nutrición típica queda sujeta a la respiración ágil generada por disnea por la neumonía.

2.3 Bases filosóficas

Según lo sostenido por la UNICEF

Según la UNICEF, la malnutrición es el primer ocasionador de fallecimientos de infantes y menores en estados en crecimiento. El prevenir ellos es esencial en la OMS. La Nutrición incorrecta se genera por tres motivos:

- Disminuciones de la alimentación requerida.
- Inadecuadas absorciones.
- Elevación de las necesidades, como sucede con los bebés que nacen antes de tiempo, en infecciones u operaciones.

La malnutrición, del mismo modo se puede generar por que no se emplean los nutrientes correctamente en las dietas, pero determinados de ellos no son asimilados correctamente.

La interacción letal entre la desnutrición y las infecciones comunes:

UNICEF (2013) señala que según investigaciones una tercera parte tasa de la mortalidad es causada por la malnutrición. Esta expone a los infantes a una gran amenaza de muerte o afecciones agudas por efecto de infecciones frecuentes en la niñez como la diarrea, sarampión, VIH y SIDA. Un infante que sufra de malnutrición aguda tiene más posibilidades de fallecer debido una diarrea; los infantes pasan por un atraso en el crecimiento y más riesgo a fallecer.

La malnutrición disminuye las defensas del sistema inmunológico, y deja a los infantes en circunstancia de elevado riesgo o surgimiento de afecciones letales.

La mala nutrición es además fruto de afecciones frecuente, es posible que empeoren más la condición nutricional del infante son elevados. Dicha relación entre

la mala nutrición y el contagio produce una condición grave de las afecciones y el daño a la condición nutricional.

Entre las intervenciones esenciales que es posible que suspendan dicho mecanismo son el incentivo las praxis adecuadas de la lactancia materna, la utilización de complemento de micronutrientes y la minimización de la influencia de la masa muscular al nacer. Como en el caso, los infantes que no reciben lactancia materna tienen mayores probabilidades de morir de neumonía como también de morir de diarrea que aquellos que reciben la lactancia materna (p. 06).

Aspectos epidemiológicos En sitios hiperendémicas de VIH, la mala nutrición se observa en infantes como el primer síntoma médico de la infección. Un estudio sobre la nutrición en infantes en sitios con predominio alto de VIH muestra que inclusive la infección materna por VIH se vincula con un peligro alto y significativo más elevado de 1.28 (1.16 a 1.42) para atrasar el crecimiento, 1.26 (1.02 a 1.55) para emaciación, y 1.2 (1.11 a 1.43) para mínimo peso en infantes.

Un asunto de particular interés sobre la interrelación de las infecciones y la nutrición es la cesión de progenitora a vástago (TMAH) del virus mediante leche materna. El peligro de cesión por este medio se intensifica con la alimentación compuesta y la lactancia materna después de los 6 meses de su nacimiento. En tanto que estos descubrimientos parecen recomendar que la lactancia en una progenitora infectada por VIH es peligrosa para el vástago sin infección, se toma como prueba en aumento de que los vástagos alimentados por esta leche tienen más posibilidades de desarrollarse y hasta estar asegurados contra el VIH por bacterias ácido lácticas en este alimento.

“La evasión íntegra de la lactancia en menores es más beneficiosa en los casos de prevención de la TMAH del VIH, pero esta intromisión contiene un lazo

característico con morbilidad. Si se comienza esta lactancia, dos intromisiones son pertinentes para prevenir la cesión: 1) lactancia materna integra en el primer ciclo de existencia y 2) profilaxis antirretroviral crónica del lactante.

En investigaciones anteriores, el tiempo de la lactancia obtuvo más atención para garantizar el más alto provecho de la lactancia materna para el infante y prevenir daños elevados sopesándolos con los infantes nutridos con reemplazantes de la leche materna. Actualmente, como refieren los creadores de la revisión Cochrane, los medicamentos antirretrovirales tienen un rol progresivo para prevenir la TMAH.

Otra infección determinada con un elevado efecto sobre el nivel nutricional es la tuberculosis. Como es de dominio general desde las publicaciones dadas en Europa hace dos siglos, esta enfermedad es un determinante relevante en la desnutrición. Desde aquí, optimizar la situación nutricional de las personas que lo padecen ha sido un componente en la manipulación de las circunstancias de tuberculosis, pero, pese a las situaciones de diversos galenos, las pruebas científicas para las intervenciones nutricionales en tuberculosis son un poco endeble, y se requiere más estudios para corroborar estas pruebas.

El impacto del SIDA sobre la situación nutricional de los que lo padecen es trágico: como ya se dijo con anterioridad, en infantes, la malnutrición se toma como un criterio esencial de SIDA en áreas hiperendémicas; en personas maduras, el “padecimiento de delgadez” es un vocablo continuo al darse el SIDA en la persona infectada con VIH. Aunado al impacto notablemente visible en el que lo padece, un sondeo mostro que los infantes dentro de familias infectadas con este virus fueron más retrasados en su crecimiento que los infantes de familias no infectadas.

Una exploración de 18 estados de África subsahariana corrobora este descubrimiento para los años 2003 a 2008. Este es uno de los rasgos dramáticos de la enfermedad de VIH: inclusive los infantes que no la desarrollan corren riesgos y son pasibles de fallecimiento temprano usualmente. Se da también un vínculo reconocido entre la diarrea y la malnutrición: sin un patrón de nutrición anticipado para prevenirla, la diarrea genera un status catabólico, y la acetona en la sangre emplea un impacto anorexigénico por sí misma. Por ello, los galenos mencionan un círculo vicioso de diarrea y malnutrición. Como se mostró en las últimas investigaciones, los cuadros de diarrea son criterios indicativos de malnutrición crónica en infantes que generan un “retraso del crecimiento”. Este análisis es certero en diversas causas de diarrea crónica y repetido esto es, infecciones en el intestino por microbios y parásitos.

Aunado a la malnutrición típica, diversos parásitos del intestino y de varias clases dañan los canales urinarios por carencia de hierro a través de la merma de sangre en un gran número de individuos en todo el planeta. Por ello, los patrones adecuados para prevenir la anemia por carencia de hierro necesitan ir de la mano con remedios desparasitantes y parámetros para optimizar la limpieza integral.

Los impactos determinados de las infecciones por el status de alimentación son un rubro que todavía necesita de bastantes datos para entender más óptimamente y contener intervenciones de este tipo en la manipulación de circunstancias de cierta infección. Pero, no es solo un impacto determinado el responsable de mermar el status alimenticio. Nuevamente, de acuerdo con la práctica y comprobado con determinada prueba, ciertos criterios indeterminados de las infecciones generan adversidades alimenticias (pp. 43 - 44).

2.3 Definición de términos básicos

Asesoramiento Nutricional:

López (2005), “se da mediante sesiones demostrativas para que las progenitoras sepan cómo dar alimento a sus vástagos. Del mismo modo indicarles a las progenitoras que clase de preparaciones pueden llevarse a cabo con los alimentos por cada etapa de vida” (p. 45).

Coma:

Mejía (2011), “El coma es tomado como un síndrome y salir del mismo supone una asistencia médica adecuada del mismo y del padecimiento que lo genero” (p. 59).

“Como producto de la malnutrición crónica y anemia en infantes hasta los 3 años se genera merma en la aptitud mental, sentimental y social de los infantes, del mismo modo peligro de adquirir padecimientos por infección y de fallecimiento” (p. 48).

Diarreas:

Caballero (2015), requiere más de 3 heces diarias o el incremento del volumen de las mismas a más de 200 g / 24 h. En individuos maduros. El individuo lo nota como una baja en la consistencia de las heces que genera ganas y/o molestia abdominal. Estas ganas de evacuar, usualmente inevitable, generalmente es la única esencial adversidad, vinculado usualmente a cólicos puede acompañarse de moco, pus o sangre en las mismas. Se considera diarrea aguda si esta no dura más de 4 semanas y crónica cuando dura más de ello (p. 78).

Enfermedad diarreica aguda:

Cruzado (2012), la misma se conceptúa como una variación repentina en el frecuencia de deposición intestinal típica del sujeto, cuyo rasgo notorio es el

incremento en la continuidad o depreciación en la consistencia de las mismas. Para ser tomada como aguda, su origen debe ser menor a 21 días. el origen más relevante y común es la infección entero-cólica con reacción distinta en los pacientes; determinados con cuadros críticos, o moderados y otros no presentan síntomas (p. 87).

Enfermedad gastrointestinal:

Herrera (2003), “la integridad de padecimientos que trasgreden el aparato digestivo” (p. 87)

Neumonía viral:

Amesty (1997), “es una clase de afectación al sistema respiratorio crítico que trasgrede los pulmones. Los mismos están integrados por mínimos sacos denominados alvéolos, que en los sujetos sin padecimientos se colman de aire al respirar” (p. 86).

Niños de baja estatura:

Caballero (2015) empalidecidos, consumidos, muy enfermizos y sin fuerza, con adversidades para comprender y perfeccionarse mentalmente. Más preponderancia a ser gordos de maduros. Las progenitoras malnutridas paren infantes en las mismas circunstancias y las que adolecen de anemia o casi nada de calcio vuelven más complicado su parto con infantes muy delgados (p. 54).

Parásitos Intestinales:

INS (2011-2014), “son comunes en infantes y se contagian con facilidad, por relación frontal o a través de comida contagiada. No se ven claramente en las heces” (p. 52).

Crup:

INS (2011-2014), “el síndrome de Crup, es la afectación de cuerdas vocales y tráquea”(p. 78).

Desnutrición:

MINSA (2016), “padecimiento generado por una rutina alimentaria incorrecta” (p. 98).

Desnutrición aguda:

Caballero (2015), “trastorno de la nutrición que genera disminución de peso pero sin alterar la talla” (p. 96)

Desnutrición crónica:

Amesty (1997), “trastorno de la nutrición que se observa en la reducción del peso y la medida vinculados a la edad” (p. 56).

Desnutrición grave:

Health (2010), “trastorno de la nutrición que genera disminución en el peso desde 3 o más desvíos modelo, en concordancia con el cuadro de peso para la edad” (p. 35)

Desnutrición leve:

INS (2011-2014), “trastorno de la nutrición que genera una carencia de peso casi desapercibida, conforme con el índice para la edad” (p. 58).

Desnutrición moderada:

UNICEF (1998), “trastorno de la nutrición que genera disminución en el peso entre menos dos y casi menos 3 de la adecuada, conforme al índice de peso para la edad” (p. 65).

Diagnóstico Nutricional:

Vargas (2016) “es la valoración de todos los infantes hasta los 5 años que entran en nosocomios, mediante el vínculo peso-talla para fijar el estatus nutricional de los mismos” (p. 36).

Paperas:

Health (2010) “padecimiento infeccioso que causa estragos en los menores. Es bastante trasmisible y se propaga ágilmente en grupos” (p. 71).

Sarampión:

Health (2010) “padecimiento común en los menores, que genera que el mismo no se desplace fuera de su cuarto por el tiempo que dure el mismo” (p. 45).

Soporte nutricional:

PCM (2007), “la gestión de nutrientes al cuerpo es mediante el transito digestivo, empleando criterios diferentes a la alimentación común, por la vía de administración o a la composición nutritiva administrada” (p. 52).

Tos Ferina:

Mejía (2011), “padecimiento por infección que vulnera esencialmente a menores. Es común en estados donde se lleva a cabo la vacunación sistémica” (p. 25).

Rubeola:

López (2005), “no es crítica en menores. Pero, si lo es si se contagia el feto en el interior de su progenitora” (p. 57).

Tuberculosis (TBC):

MINSA (2016) “es un padecimiento por infección que compromete a los pulmones y es generada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se contagia de un sujeto a otro mediante la saliva” (p. 72).

Varicela:

Mukuria (2005) “Es un padecimiento vírico que se ve en menores y no genera peligro, pero si calentura, manchas rojas en la dermis, costras y comezón intensa” (p. 86).

Vómitos:

Torres (2007) denominado emesis, es la eliminación violenta y convulsiva del contenido del estómago empleando la boca, se genera también como síntoma de diversos padecimientos no vinculados al mismo (p. 59).

2.4 Hipótesis de investigación

2.4.1 Hipótesis general

Existe una relación entre la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas más frecuentes en niños de 6 meses a 5 años en el Hospital de Barranca.

2.4.2 Hipótesis específicas

- a. Es elevada la incidencia de desnutrición en los niños de 06 meses a 5 años en el Hospital de Barranca.
- b. Es elevada la incidencia de infecciones en niños de 06 meses a 5 años en el hospital de Barranca.
- c. Si existe desnutrición leve en niños de 6 meses a 5 años.

2.5 Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS
VARIABLE DEPENDIENTE DESNUTRICION INFANTIL	Desnutrición leve Desnutrición moderada Desnutrición severa	Medidas antropométricas - Peso - Talla	Baja Muy Baja
VARIABLE INDEPENDIENTE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Aguda Crónica	Signos; Fiebre, rash alérgico. Síntoma Dolores Escozor, diarreas.	Poco frecuentes Frecuentes Muy Frecuente

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

La presente investigación es de tipo aplicada, ya que se buscó conocimientos mediante la investigación con el fin de poder aplicarlos dentro de la realidad para así poder modificarlo, presentando así soluciones a los problemas que se vienen dando (Díaz, Escalona, Castro, León, & Ramírez, 2013).

El nivel de investigación es correlacional, ya que se desarrolló la investigación con el fin de analizar la correlación entre las variables en estudio (Hernández & Mendoza, 2018).

La investigación es de diseño no experimental. Ya que la investigación se desarrolló sin manipulación excesiva de las variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Fue 465 niños menores de 5 años atendidos, de los cuales se diagnosticaron con desnutrición solo 62, los cuales son la población de estudio.

3.2.2 Muestra

Se trabajó con toda la población por lo cual no se calculó.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Registro de Atenciones del consultorio de nutrición de Hospital de Barranca.

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos con la ayuda del software SPSS Versión 26 y Excel 2019 de acuerdo con los instrumentos utilizados. Previamente se realizó una revisión de cada uno de los instrumentos a fin de realizar la etapa de evaluación y crítica que consiste en revisar la validez y confiabilidad de los datos para corregir los errores y omisiones con el fin de obtener óptimos resultados y calidad de la información.

Análisis Estadístico

Se calculó las frecuencias y los porcentajes de los casos estudiados por sí solos y cruzados, mediante el uso del paquete SPSS Versión 26, y se utilizó la prueba estadística de Chi-cuadrado y la correlación Pearson mediante las tablas de contingencia.

La regla que se utilizará para la decisión es:

Si P (significativo) $<$ alfa (0,05) se rechaza la H_0 .

Aspectos Éticos

- Todos los pasos del proceso y resultados deberán ser fidedignos de la realidad estudiada.
- Cualquier reajuste al presente proyecto serán resueltos y comunicados oportunamente para elevar la validez y confiabilidad de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Tabla N° 1

Estado nutricional de los niños atendidos

ESTADO NUTRICIONAL	Fi	fi%
NORMAL	403	87
CON DESNUTRICIÓN	62	13
TOTAL	465	100

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

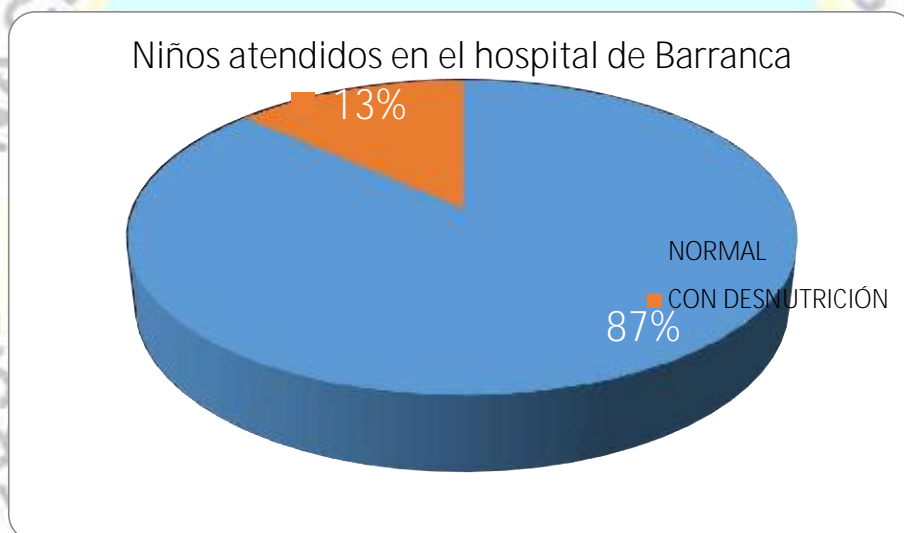


Figura N° 1. Estado nutricional de los niños atendidos.

De los niños atendidos en el hospital de Barranca, el 13% presenta algún estado de desnutrición.

Tabla N° 2

Estado nutricional de los niños con desnutrición

ESTADO NUTRICIONAL	Fi	fi%
LEVE	18	29
MODERADO	3	5
CRÓNICA	41	66
TOTAL	62	100

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.



Figura N° 2. Estado nutricional de los niños con desnutrición.

En relación a los niños con desnutrición se evidencia que un 66% de los niños atendidos, están en estado crónico, mientras que el 29% presente un estado de desnutrición leve, y el 5% moderado.

Tabla N° 3
Género de los niños con desnutrición

GENERO DE LOS NIÑOS CON DESNUTRICIÓN	fi	fi%
MASCULINO	30	48
FEMENINO	32	52

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

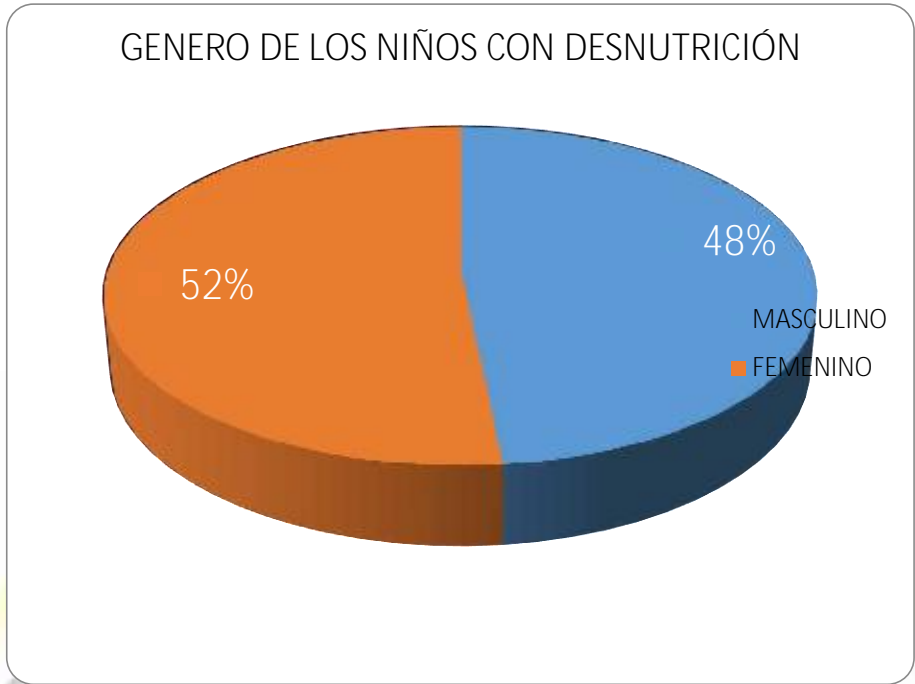


Figura N° 3. Género de los niños con desnutrición.

De los niños con desnutrición atendidos se observa que las niñas exceden en 4% a los varones.

Tabla N° 4

Distribución según edad de los niños con desnutrición

EDADES DE LOS NIÑOS CON DESNUTRICIÓN	fi	fi%
<1 AÑO	13	20.97
1 AÑO	18	29.03
2 AÑOS	7	11.29
3 AÑOS	17	27.42
4 AÑOS	7	11.29

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

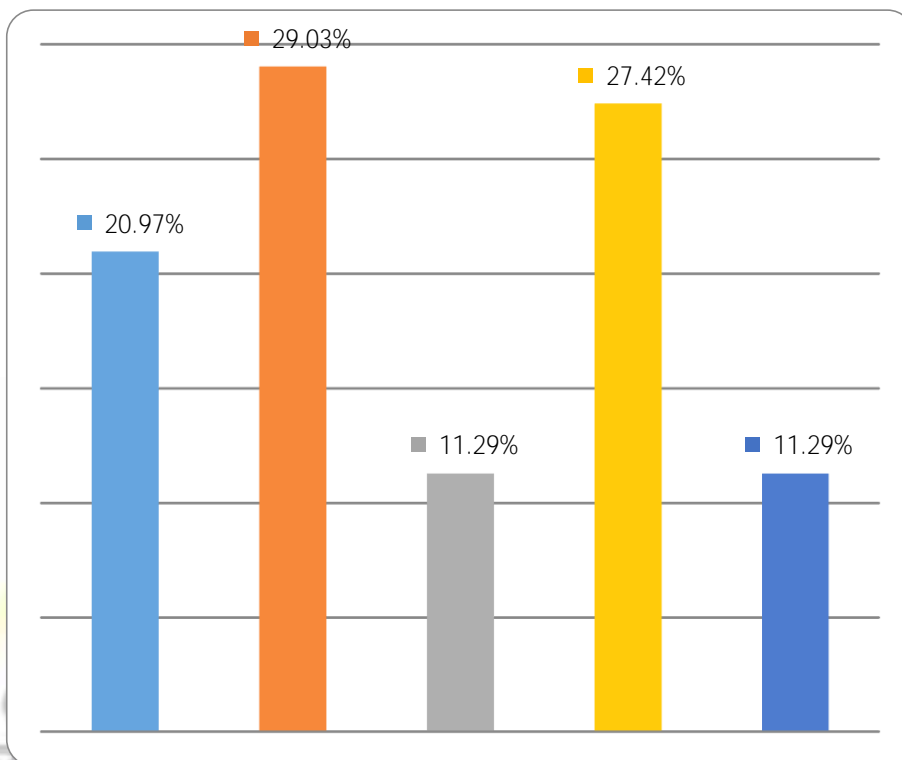


Figura N° 4. Distribución según edad de los niños con desnutrición.

De los niños atendidos, se observa que los niños menores de un año son 13 los que representan el 21%, así mismo 18 niños de un año, que representa el 29,03% 07 niños de 2 años que representa el 11.29% 17 niños de 3 años que representan el 27,42% y 7 niños de 4 años que representan el 11,29%.

Tabla N° 5

Nivel de desnutrición de los niños menores de un año atendidos en el hospital de barranca, periodo marzo – diciembre 2014

NIVEL DE DESNUTRICIÓN	Fi	fi%
LEVE	8	62
MODERADO	0	0
CRÓNICA	5	38
TOTAL	13	100

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

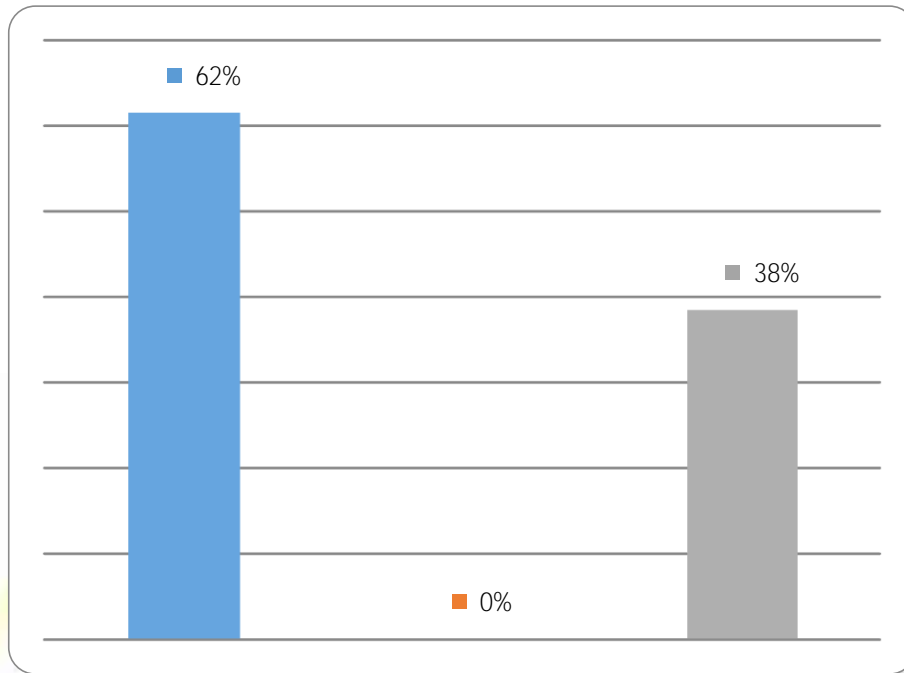


Figura N° 5. Nivel de desnutrición de los niños menores de un año atendidos en el hospital de Barranca, periodo marzo –diciembre 2014.

De los niños atendidos se observa que 62% de los niños menores de cinco años presentan desnutrición leve y 38% tienen desnutrición crónica.

Tabla N° 6

Nivel de desnutrición de los niños de un año atendidos en el hospital de barranca, periodo marzo –diciembre 2014

NIVEL DE DESNUTRICIÓN	fi	fi%
LEVE	5	29
MODERADO	3	18
CRÓNICA	9	53
TOTAL	17	100

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

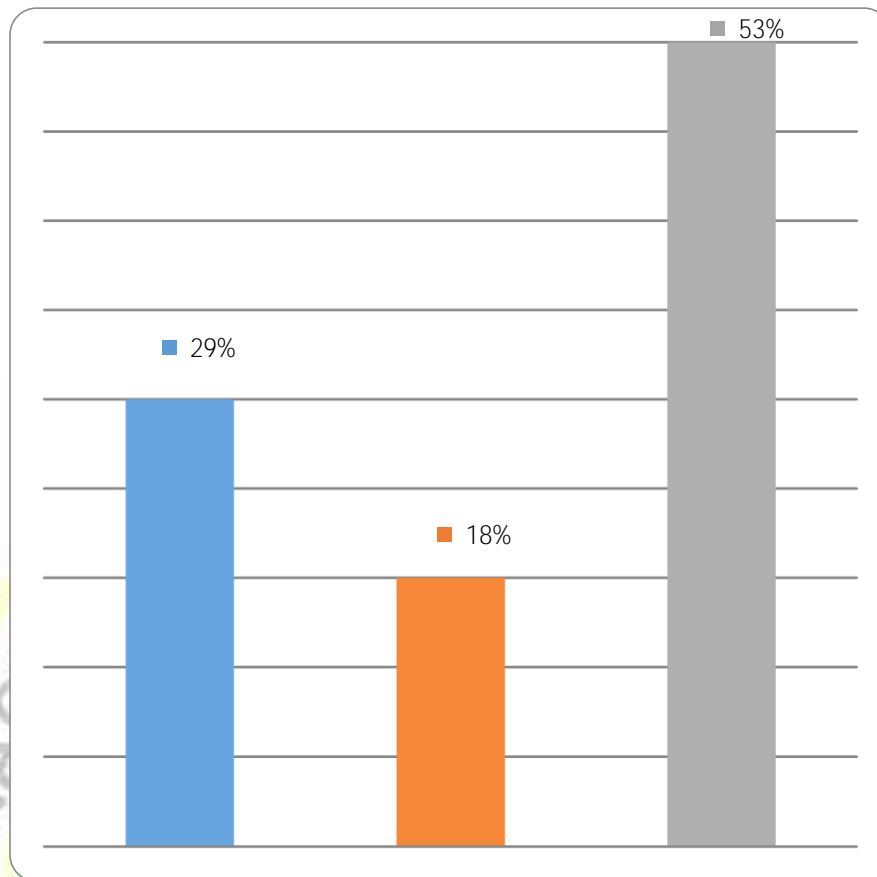


Figura N° 6. Nivel de desnutrición de los niños de un año.

De los niños atendidos, se observa que el 53% de los niños de 1 año presentan un estado nutricional crónica mientras que el 29% tienen desnutrición leve, y el 18% moderada.

Tabla N° 7

Nivel de desnutrición de los niños de dos años

NIVEL DE DESNUTRICIÓN	fi	fi%
LEVE	2	25
MODERADO	0	0
CRÓNICA	6	75
TOTAL	8	100

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

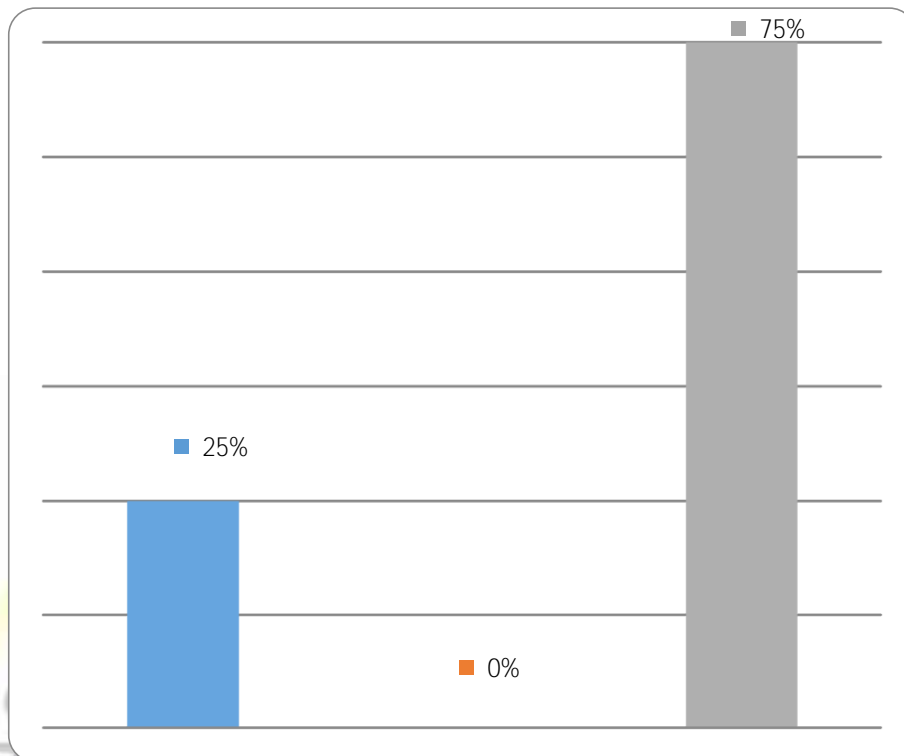


Figura N° 7. Nivel de desnutrición de los niños de dos años.

De los niños atendidos, se observa que el 75% de los niños de 2 años presentan un estado nutricional crónico mientras que el 25% tienen desnutrición leve.

Tabla N° 8

Nivel de desnutrición de los niños de tres años

NIVEL DE DESNUTRICIÓN	fi	fi%
LEVE	3	18
MODERADO	0	0
CRÓNICA	14	82
TOTAL	17	100

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

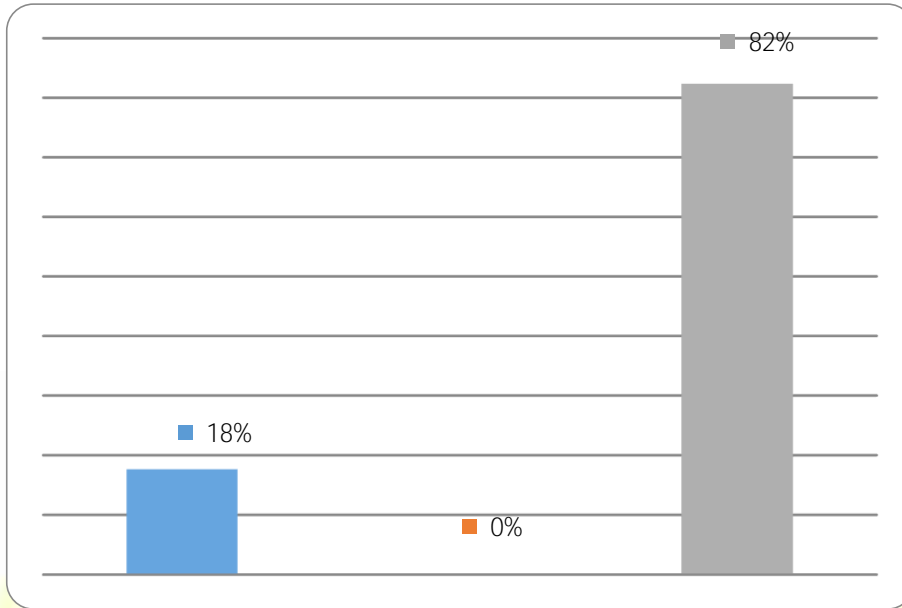


Figura N° 8. Nivel de desnutrición de los niños de tres años.

De los niños atendidos se observa que el 82% de los niños de 3 años presentan un estado nutricional crónico mientras que el 18% tienen desnutrición leve.

Tabla N° 9

Nivel de desnutrición de los niños de cuatro años atendidos en el hospital de barranca, periodo marzo –diciembre 2014

NIVEL DE DESNUTRICIÓN	fi	fi%
LEVE	1	14
MODERADO	0	0
CRÓNICA	6	86
TOTAL	7	100

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

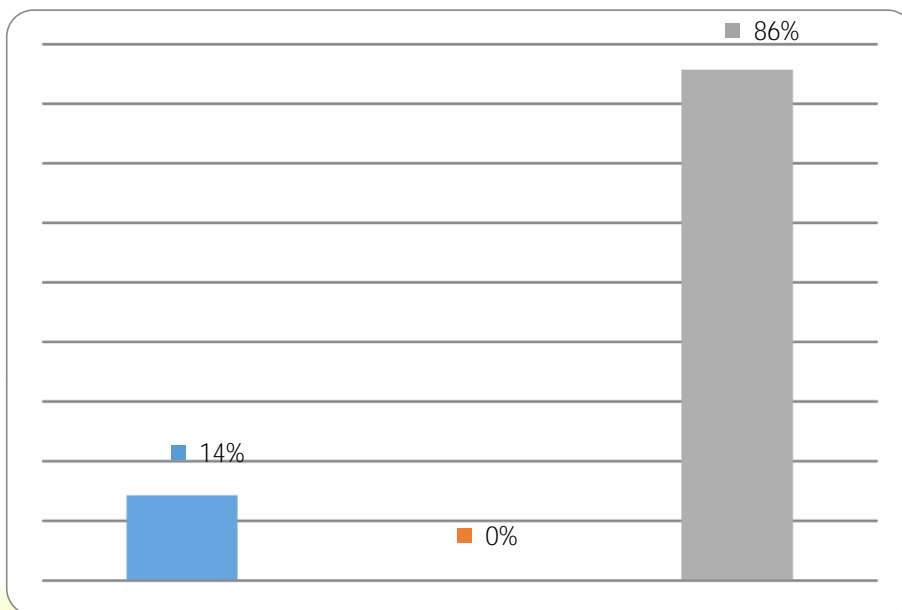


Figura N° 9. Nivel de desnutrición de los niños de cuatro años.

De los niños atendidos, se observa que el 86% de los niños de 4 años presentan un estado nutricional crónico, mientras que el 14% tienen desnutrición leve.

Observación. Cabe mencionar que el porcentaje de niños que presentan desnutrición moderada es mínimo, por no decir 0, ya que en la evaluación nutricional solo se categoriza como desnutrición leve moderada o crónica.

Tabla N° 10

Enfermedades infecciosas que afectan a los niños con algún tipo de desnutrición

ENFERMEDAD INFECCIOSA	fi	hi%
DAI	9	18
ITU	4	8
SOBA	22	45
DERMATITIS	1	2
AMIGDALITIS	1	2
FARINGITIS	8	16
RINITIS	2	4
ACAROSIS	1	2
GASTROENTEROCOLITIS	1	2
TOTAL	49	100

Fuente: Unidad de Estadística de Hospital de Barranca.

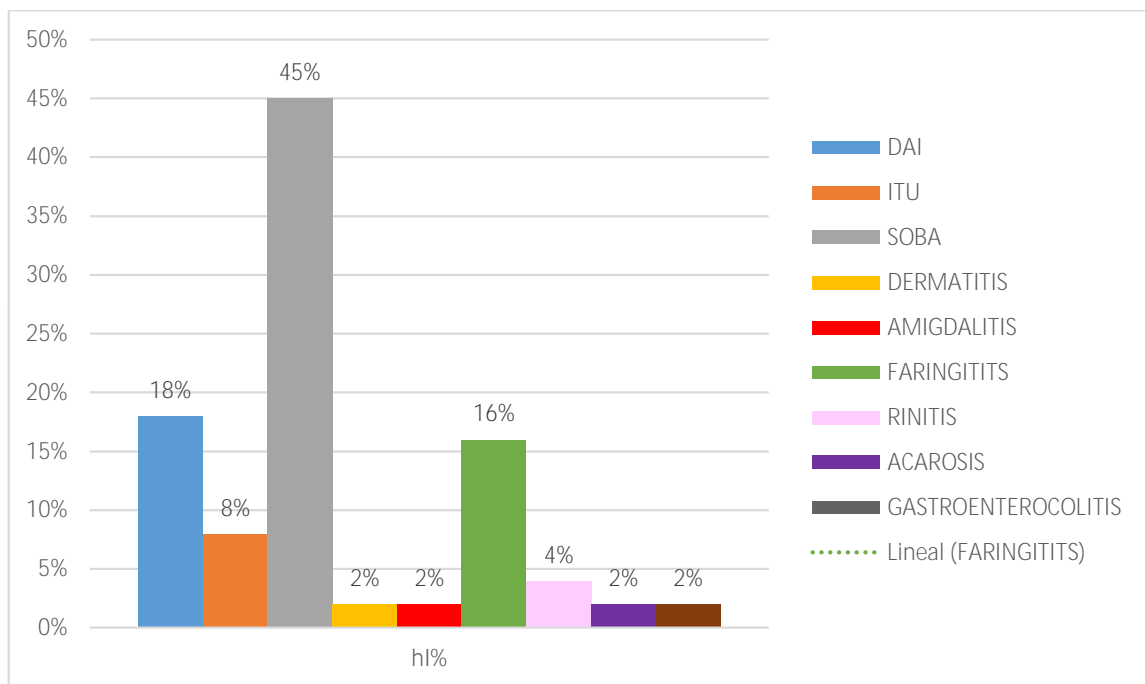


Figura N° 10. Enfermedades infecciosas que afectan a los niños con algún tipo de desnutrición.

De los niños atendidos, que presentan un cuadro de desnutrición, el 45% llega con un Síndrome Obstructivo Bronquial Agudo (SOBA), siendo la segunda causa de infección las Diarreas Agudas Infecciosas con 18% y las Faringitis en 3er lugar con 16%.

4.2 Contrastación de hipótesis

Tabla n° 11
Análisis de la Prueba de Chi Cuadrado

Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	100,856 ^a	92	,248
Razón de Verosimilitud	84,678	92	,693
N de casos válidos	62		

A través de la prueba de Chi cuadrado se evidencia que el valor de 0,248 es mayor que 0,05. Lo cual confirma que se acepta H_0 .

Interpretación:

La correlación entre ambas variables es significativa, es decir Existe relación entre la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas más frecuentes en niños de 6 meses a 5 años en el Hospital de Barranca.

Tabla N° 12
Correlación de Pearson

Correlaciones			
		PESO DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE BARRANCA	TALLA DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE BARRANCA
PESO DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE BARRANCA	Correlación de Pearson	1	-,033
	Sig. (bilateral)		,794
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	4458,864	-212,822
	Covarianza	70,776	-3,378
	N	64	64
TALLA DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE BARRANCA	Correlación de Pearson	-,033	1
	Sig. (bilateral)	,794	
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	-212,822	9197,471
	Covarianza	-3,378	145,992
	N	64	64

Tabla N° 13

Correlación de Spearman

		Correlaciones		
			PESO DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE BARRANCA	TALLA DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE BARRANCA
Rho de Spearman	PESO DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE BARRANCA	Coefficiente de correlación	1,000	,716**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	64	64
	TALLA DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE BARRANCA	Coefficiente de correlación	,716**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	64	64

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Tabla N° 14

Nivel de desnutrición de niños del hospital de barranca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	LEVE	18	28,1	28,1	28,1
	MODERADA	3	7,8	7,8	35,9
	GRAVE	41	64,1	64,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Podemos afirmar que el nivel de desnutrición más relevante en los niños atendidos del hospital de Barranca es grave en un 64,1 %.

Teniendo en cuenta dicha información, consideramos importante ahora medir que tipo de relación guarda con las enfermedades infecciosas más frecuentes que puede transmitirse como consecuencia a un desorden o falta manejo en la desnutrición que presenta.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

De acuerdo al objetivo general se estableció que la relación que existe entre la malnutrición infantil y las enfermedades infecciosas en infantes menores de 5 años.

Siendo el resultado de los 465 niños atendidos, el 87 por ciento está en estado nutricional normal y el 13 por ciento presenta algún tipo de desnutrición.

De los 62 niños que representan mi población estudiada, del cual el 29% presenta desnutrición leve, el 5% moderado y el 66% crónica de los cuales el 48% es masculino y el 52% es femenino.

En la distribución por edad en los niños menores de 1 año el 21% que son 13 niños, presentan desnutrición leve, (8 niños), no hay niños con desnutrición moderada, y 5 con desnutrición crónica.

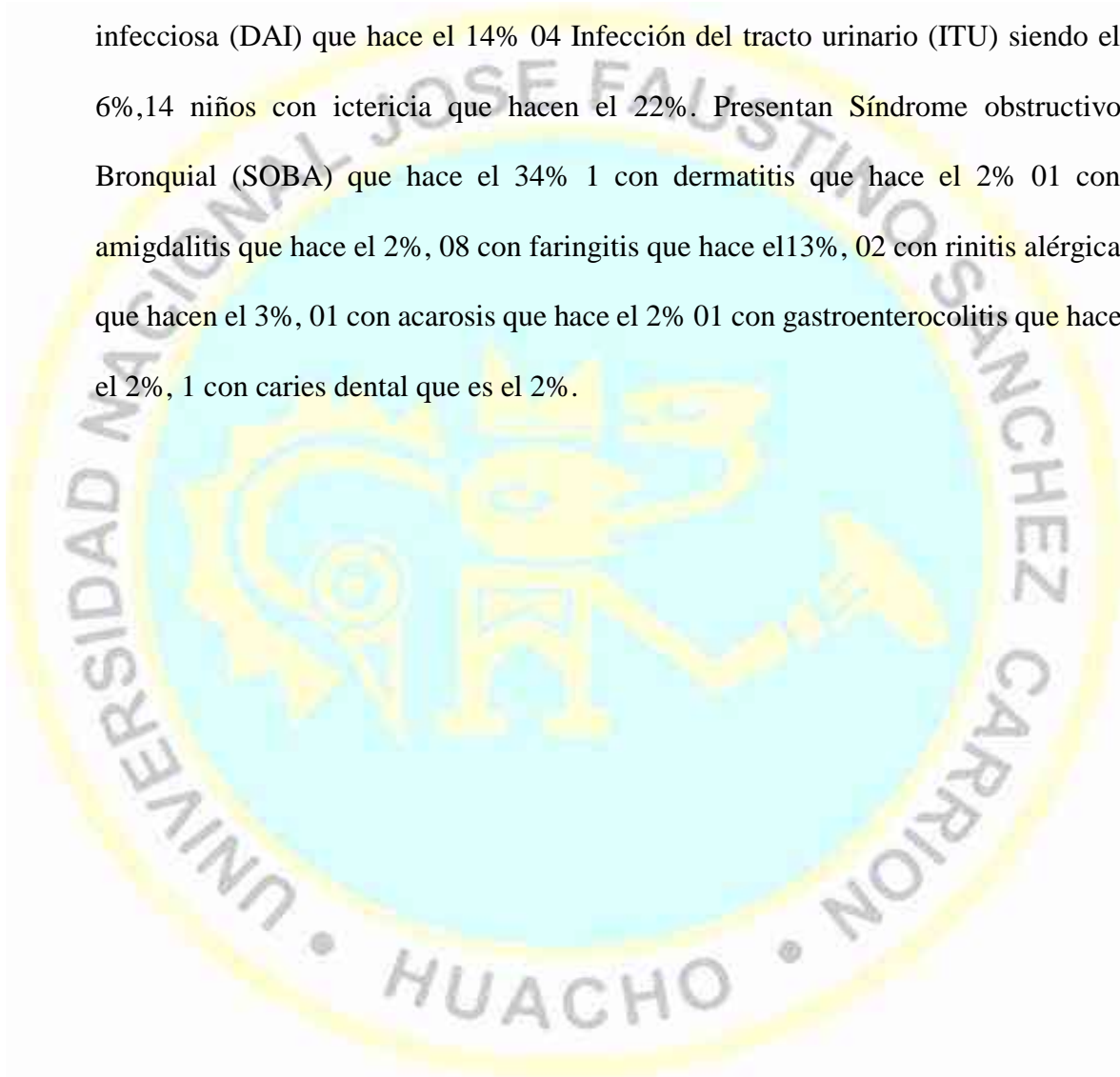
En los niños mayores de 1 año, 17 niños, presentan desnutrición que hace el 29%. Tres con desnutrición moderada que es el 18% y 9 con desnutrición crónica que hacen el 53%

En los niños mayores de 2 años hay 8 niños que hacen el 11.29%, donde 2 presentan desnutrición leve, y 6 presentan 75% de desnutrición crónica

En los niños mayores de 3 años 17 niños presentan desnutrición que hacen el 27.42% de los cuales 3 presentan desnutrición leve que es el 18% no hay desnutrición moderada y 14 presentan desnutrición crónica que es el 82% 1 con desnutrición leve no hay desnutrición moderada y 6 niños que hacen el 86% con desnutrición crónica

En los niños mayores de 4 años, son 7 que representa el 11.29% de los cuales 1 que representa el 14% no hay desnutrición moderada solo desnutrición crónica son 6 que hacen el 86%.

Con respecto a las enfermedades que afectan a los niños con algún tipo de desnutrición atendidas en el hospital de Barranca 9 presentan Diarrea aguda infecciosa (DAI) que hace el 14% 04 Infección del tracto urinario (ITU) siendo el 6%,14 niños con ictericia que hacen el 22%. Presentan Síndrome obstructivo Bronquial (SOBA) que hace el 34% 1 con dermatitis que hace el 2% 01 con amigdalitis que hace el 2%, 08 con faringitis que hace el13%, 02 con rinitis alérgica que hacen el 3%, 01 con acarosis que hace el 2% 01 con gastroenterocolitis que hace el 2%, 1 con caries dental que es el 2%.



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

En el estudio realizado, en el cual el Objetivo General es Determinar la relación que existe entre la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas con mayor frecuencia en niños de 6 meses a 5 años, se demuestra que:

- El nivel o estado nutricional de los niños atendidos en el hospital de Barranca supera el 66% en relación a la muestra estudiada con las principales características de dicha patología.
- Con el Objetivo Específico se determinó los niveles de desnutrición en niños de 06 meses a 5 años en el Hospital de Barranca, mediante, el análisis estadístico correlacional el cual nos muestra la presencia de desnutrición en los niños de 1 año (53%), 2 años (75%), 3 años (82%) y 4 años (86%), con un nivel de confianza del 95%.
- Las enfermedades infecciosas con mayor incidencia en niños con signos de desnutrición en menores de 06 meses a 5 años en el hospital de Barranca, se llegó a la conclusión que la enfermedad infecciosa más frecuente y latente está reflejada por el 24% representado por SOBA (Síndrome obstructivo Bronquial Agudo).
- La relación que existe entre los niveles de Desnutrición y las enfermedades infecciosas con mayor frecuencia en niños de 6 meses a 5 años que acuden al hospital de Barranca, mediante la prueba de Chi cuadrado comparado con el nivel de significancia del 5% supera

abiertamente la posibilidad de ser elevada la incidencia de desnutrición y enfermedades infecciosas en los niños de 6 meses a 5 años.

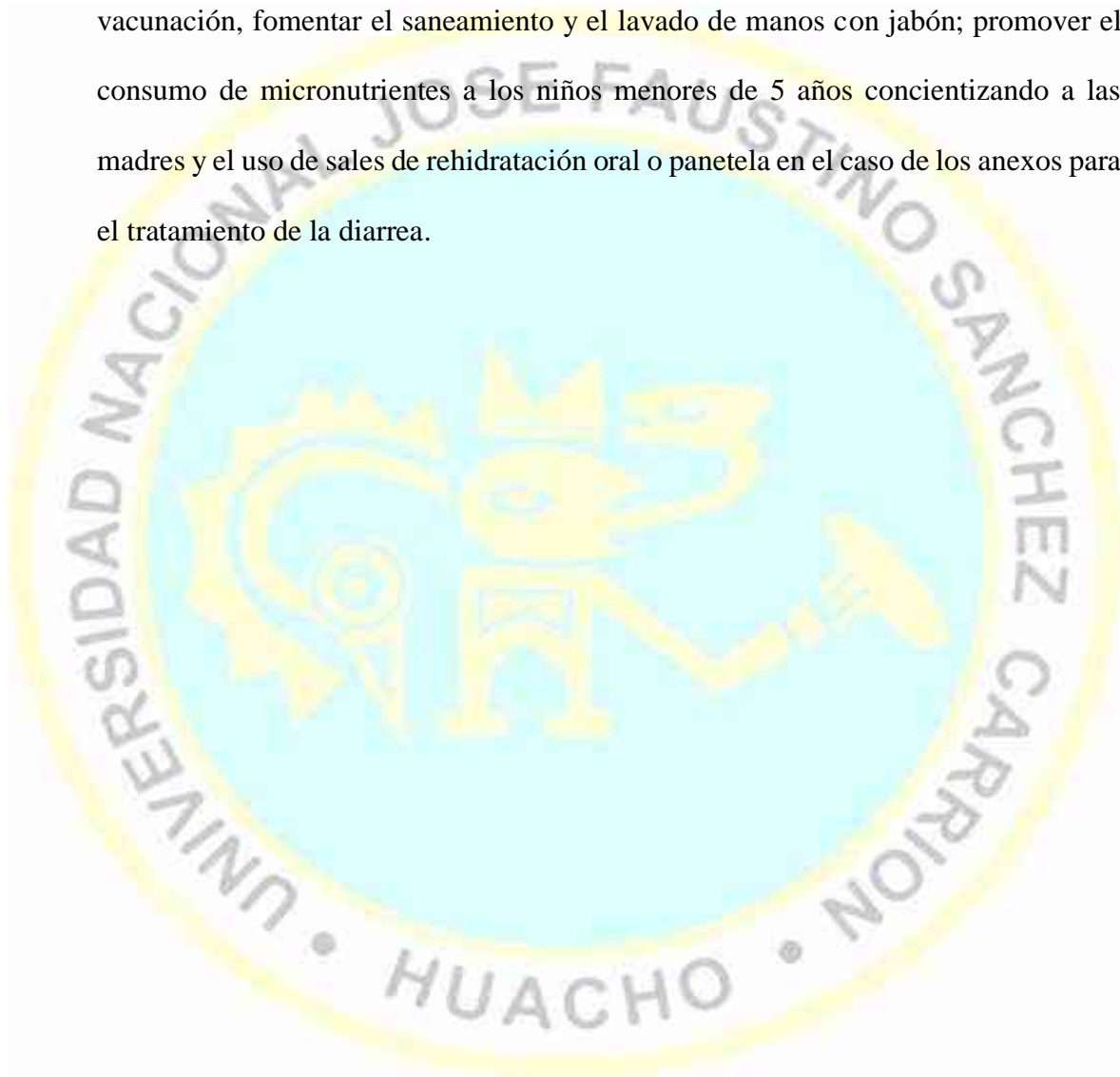
En las zonas rurales, es donde hay más desnutrición hay el ciclo infección-desnutrición se debe a varios factores, entre ellos destacan:

- El abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses.
- La ablactación temprana (antes de los dos meses de edad) o muy tardía (después del sexto mes de edad).
- El uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna.
- Las infecciones gastrointestinales frecuentes en el niño, por falta de medidas de higiene.
- La presencia simultánea de malnutrición e infección es el resultado de una interacción que tiene consecuencias más serias sobre el huésped de lo que tendría el efecto aditivo si las dos se presentaran de modo independiente. Las infecciones empeoran la malnutrición y ésta aumenta la gravedad de las enfermedades infecciosas.
- En el hospital de Barranca se realiza mediante sesiones demostrativas preparaciones para que las madres sepan cómo alimentar a sus niños desde la primera comida que es la alimentación complementaria I, Alimentación complementaria II y el inicio de su dieta completa. Así como también indicarles a las madres como consumir los micronutrientes agregándoles a sus preparaciones un sobre de micronutrientes en el almuerzo para evitar la desnutrición y Prevención de deficiencia de micronutrientes.

6.2 Recomendaciones

Se recomienda que en las escuelas de todos los sectores se propague los buenos hábitos de consumo de alimentos nutritivos y una alimentación balanceada y saludable para evitar la desnutrición.

Fomento de medidas de salud, higiene, y agua: colaborar con las campañas de vacunación, fomentar el saneamiento y el lavado de manos con jabón; promover el consumo de micronutrientes a los niños menores de 5 años concientizando a las madres y el uso de sales de rehidratación oral o panela en el caso de los anexos para el tratamiento de la diarrea.



REFERENCIAS

7.1 Fuentes bibliográfica

Amesty, A. V. (1997). 34. Amesty A, Villarroel M, Granados A, Rivero M, DAspectos inmunitarios del desnutrido infectado. . Venezuela: rch Venez Puer Ped. 60(3):99-106, .

Behrman, R. E., Kliegman, R. M., Jenson, H. B., & Stanton, B. F. (2015). *Tratado de Pediatría*. . Madrid: 18.ed. Editora Elsevier.,.

Caballero P, Y. M. (2015). *Prioridades regionales y nacionales de investigación en Salud*. . Lima: MINSA.

Cruzado, V. (2012). *Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años*. . Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.

Díaz, F., Escalona, M., Castro, D., León, A., & Ramírez, M. (2013). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Trillas.

Health, L. (2010). *Organization. Nutrition Landscape information System*. Geneva: WHO.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). México D.F., México: Mc Graw Hill.

Herrera, A. (2003). *Desnutrición crónica: estudio de las características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil*. . Colombia: editores Gomez.

INS. (2011-2014). *Aprobar la agenda Nacional de Investigación en Desnutrición Infantil* . Lima: Instituto Nacional de Salud (INS).

Lopez, A. (2005). *Acciones efectivas para reducir la desnutrición crónica. Evidencias del cambio en zonas rurales del Perú 2003-2004.* . Lima: : CARE .

Mejía, A. (2011). *Análisis del éxito en la lucha contra la Desnutrición crónica en el Perú: estudio de caso preparado para CARE.* Lima: CARE.

Mejía, A. (2011). *Análisis del éxito en la lucha contra la Desnutrición crónica en el Perú: estudio de caso preparado para CARE.* Lima: CARE.

Mejía, A. (2011). *Análisis del éxito en la lucha contra la Desnutrición crónica en el Perú: estudio de caso preparado para CARE.* Lima: CARE.

MINSA. (2016). *Inversión en la Infancia. Desnutrición crónica infantil cero en el 2016: una meta alcanzable.* Lima: Resumen Ejecutivo.

Mukuria, J. (2005). *Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú.* . Lima: Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE).

Parent, G. J. (1996). *La Desnutrición Infantil y sus Consecuencias.* Bolivia: Universal.

PCM. (2007). *DS. 055-2007-PCM (1 de julio de 2007)* . Lima : PCM .

Torres, V. (2007). *Desnutrición e infecciones gastrointestinales y respiratorias en los niños.* Lima: CIDE.

UNICEF. (1998). *Estado Mundial de la Infancia* . Ginevra: UNICEF.: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Vargas, C. (2016). *Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación.* Lima: UNMSM.

7.2 Fuentes electrónicas

Krawinkel, M. (2012). *Interacción entre la nutrición y las infecciones a nivel global: una revisión*. Glessen: Nestec. Obtenido de https://www.nestlenutrition-institute.org/docs/default-source/spain-document-library/publications/free/74d9747bf75f58b113f445b18d0ceecf.pdf?sfvrsn=41238d7f_0

Latham, M. (2002). *Nutricion Humana en el mundo*. Roma: FAO. Obtenido de <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s00.htm#Contents>

Organizacion Mundial de la Salud. (1963). *Malnutricion y enfermedad*. Ginebra. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105724/a58435_spa.pdf;jsessionid=924B4DD688B1E4B8B7CC816CAB3F0279?sequence=1

Segura, J., Montes, C., Hilario, M., Asenjo, P., & Baltazar, G. (2002). *Pobreza y Desnutricion infantil*. Lima: PRISMA ONDG. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Pobreza_y_Desnutricion.pdf

UNICEF. (2013). *Mejorar la nutricion infantil, el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. New York: Fondo Unicef. Obtenido de https://www.unicef.org/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf



ANEXOS

DESNUTRICION CRONICA (OMS) EN MENORES DE 5 AÑOS



ESTIMACION A NIVEL DEPARTAMENTAL EN BASE A LA INFORMACION DE LOS AÑOS 2012 - 2013

MAPA DE LA PROVINCIA DE BARRANCA



FUENTE: Hospital de Barranca – Servicio de estadística

RED BARRANCA CAJATAMBO

PROPORCION DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS < DE 5 AÑOS 2010 - 2015

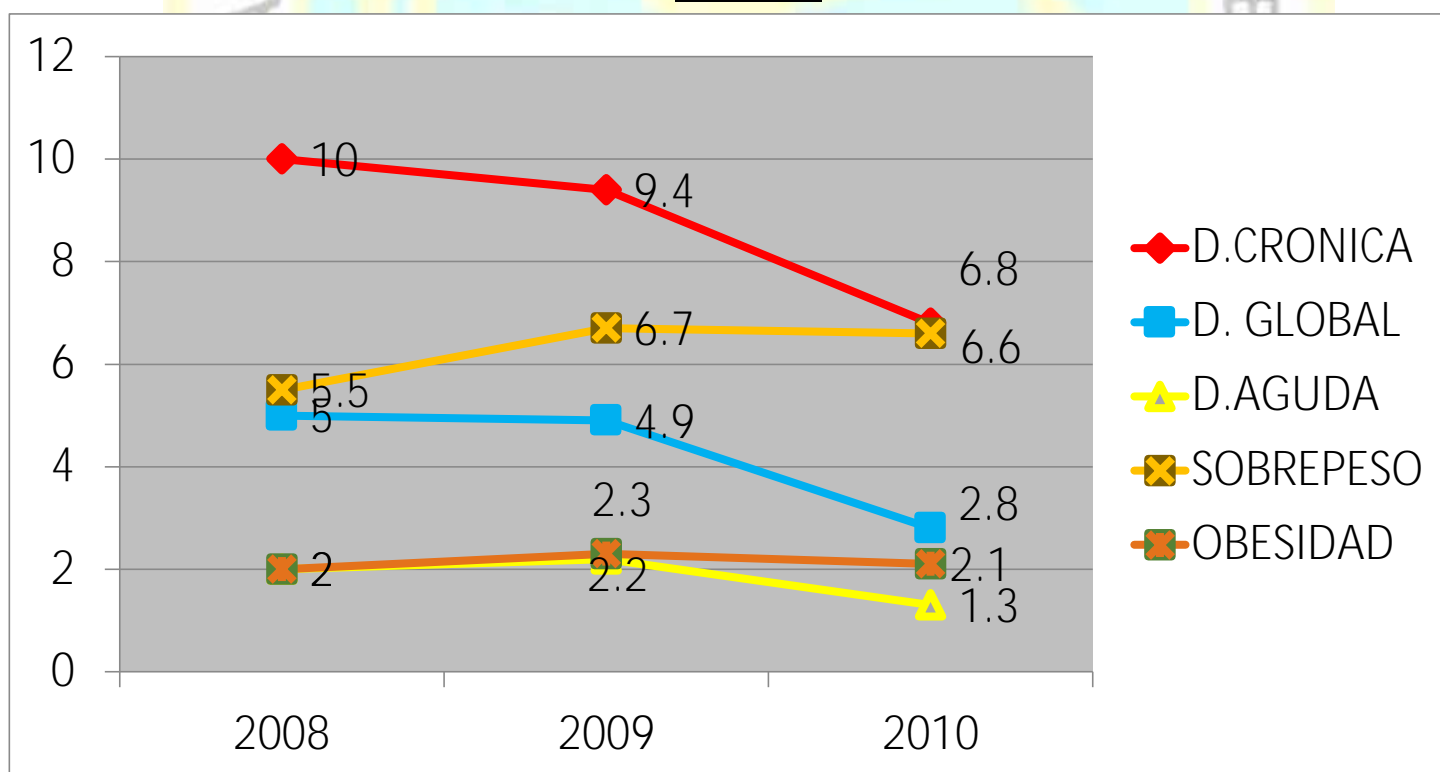
Situación Nutricional	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CRÓNICA	6,80%	9,64%	10,56%	9,79%	9,86%	
MODERADA	2,80%	1,61%	1,63%	1,52%	1,35%	
LEVE	1,30%	2,85%	2,12%	0,87%	1,23%	
TOTAL	10,9%	14,10%	14,31%	12,18%	12,44%	8,90%

FUENTE: SERVICIO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL DE BARRANCA

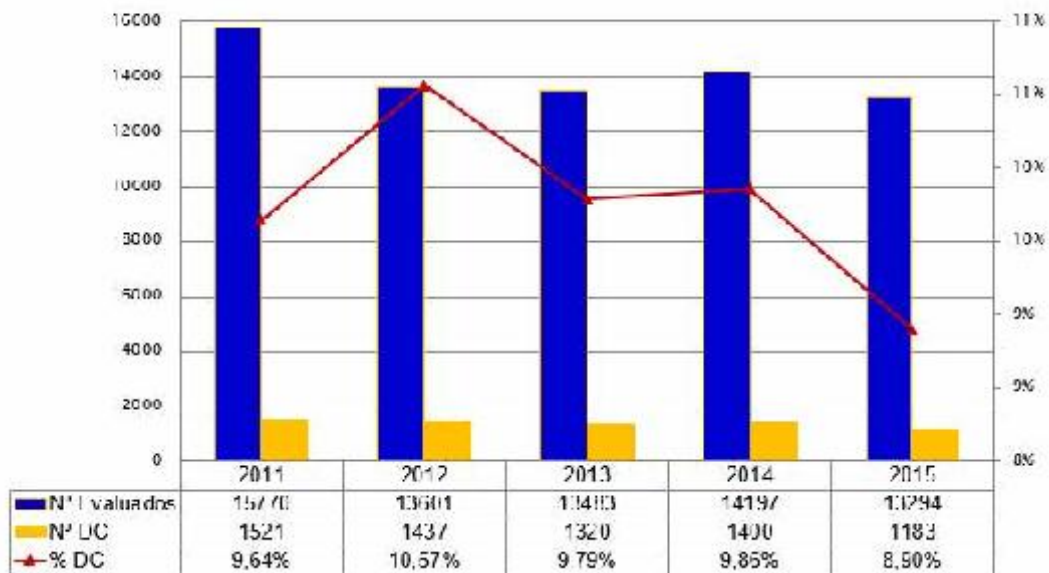
RED BARRANCA CAJATAMBO:

PROPORCION DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS < DE 5 AÑOS

2009- 2010

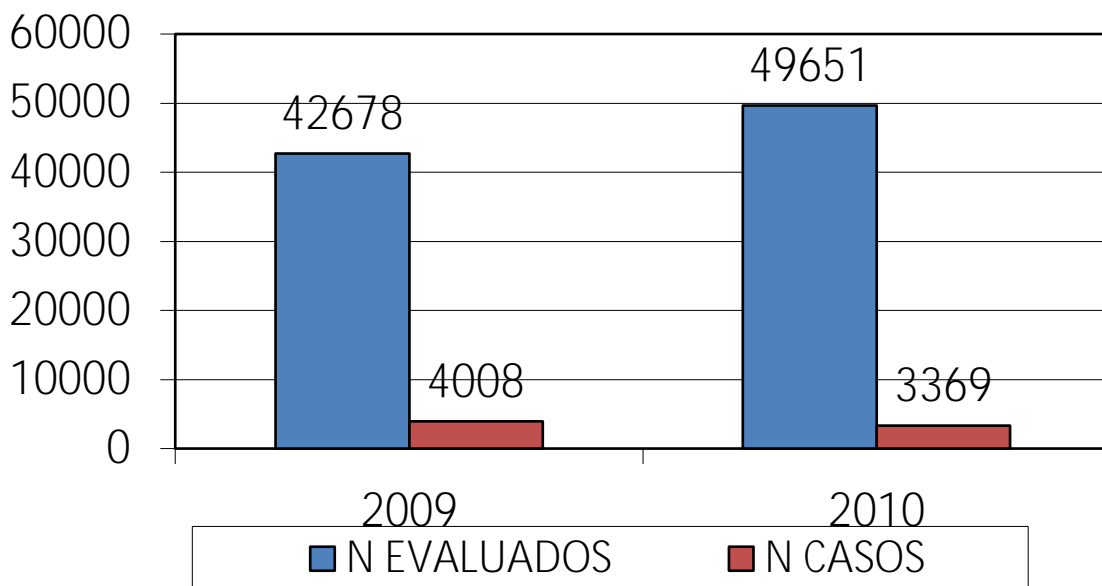


**PROPORCION DE NIÑOS < 5 AÑOS CON DCI DE LOS EVALUADOS
2011-2015**



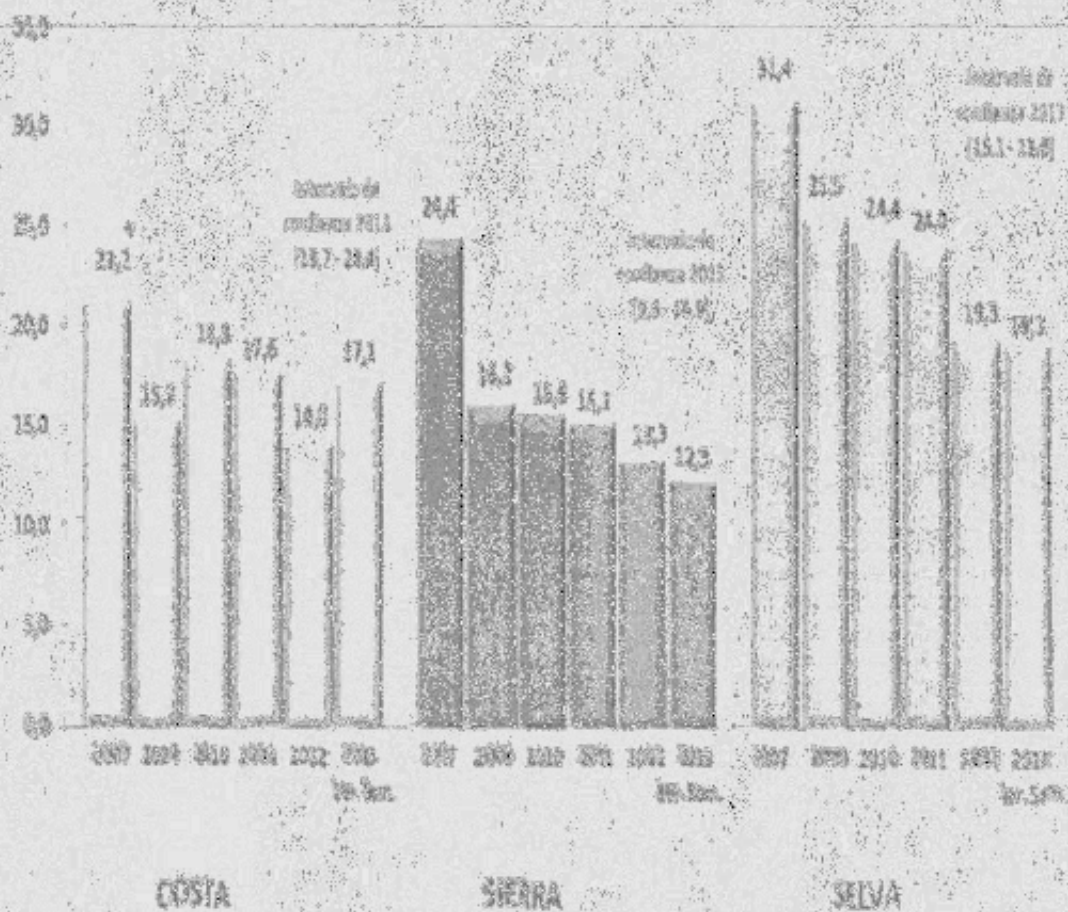
FUENTE: HOSPITAL DE BARRANCA UNIDAD DE ESTADISTICA 2015

**PERU: PROPORCION DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD
QUE EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA
TUVIERON IRA, SEGUN REGION**



Las infecciones respiratorias también contribuyen a la desnutrición

PERÚ: PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD QUE EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON IRA, SEGÚN REGIÓN NATURAL



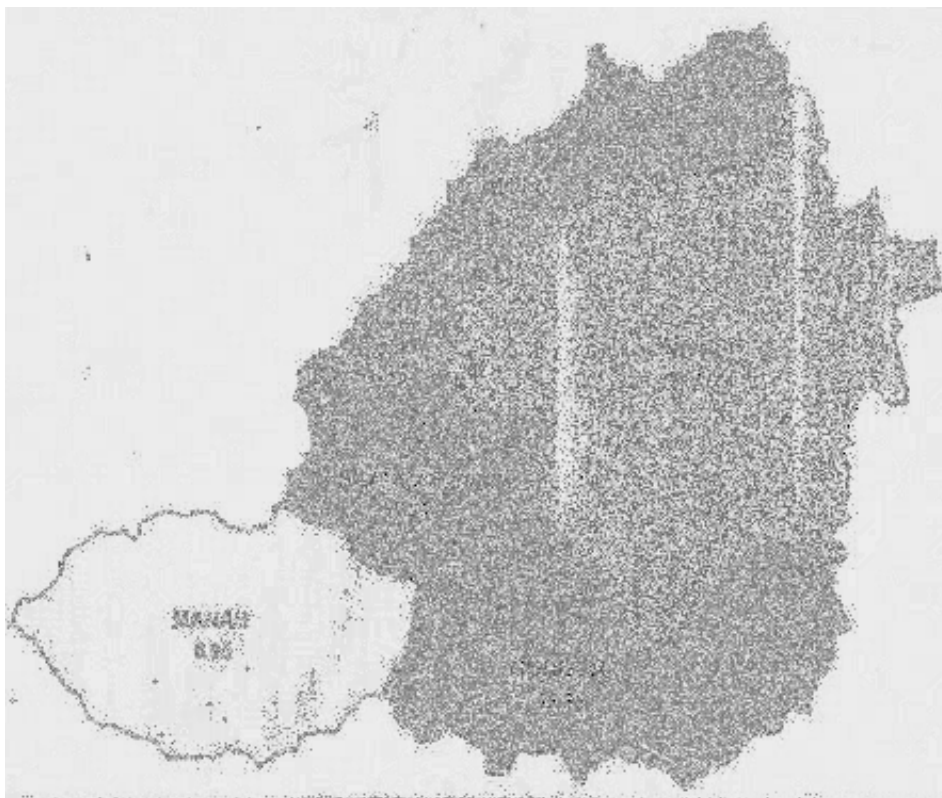
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía e Indicadores - Departamento Regional de Salud Familiar 2007, 2008, 2009, 2010, 2012 y 2013. Lima, Setiembre 2013.

REGIONAL
MAPA DE INFORMACION DISTRITAL



Instituto Nacional de Estadística e Informática (MAPA RERERENCIAL)

MAPA DE LA PROVINCIA DE CAJATAMBO 2013



1.- COPA	:	46.03%
2.- GORGOR	:	33.33%
3.- HUANCAPON	:	31.91%
4.- CAJATAMBO	:	21.19%
5.- MANAS	:	8.05%

FUENTE: SERVICIO DE ESTADISTICA HOSPITAL DE BARRANCA

DRA SOLEDAD DIONISIA LLAÑEZ BUSTAMANTE
ASESOR

DRA MARIA DEL ROSARIO FARROMEQUE MEZA
PRESIDENTE

DRA TERESA CATALINA CANO GONZALES
SECRETARIO

MG ENRIQUE UBALDO DIAZ VEGA
VOCAL

