

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



MONOGRAFÍA

**“ESTADO NUTRICIONAL Y DESNUTRICIÓN EN EL MENOR DE 2 AÑOS
EN EL CENTRO DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRES DEL MUNICIPIO
DE PORVENIR PERIODO DE ABRIL A JUNIO DE 2025”**

Autora:

EMILLY BEATRIZ YUMAA SIQUEIRA

PORVENIR– PANDO – BOLIVIA

2025

DEDICATORIA

Dedicatória a mi Papi, Dr. Agapito Yumaá Enríquez

A ti, Papi,

mi ejemplo, mi guía, mi mayor inspiración.

Desde que tengo memoria, tu amor incondicional ha sido mi refugio. Como padre, me enseñaste que la familia está siempre en primer lugar. Como médico, me mostraste que la verdadera vocación no se mide en horas, sino en entrega.

Hoy, mientras me formo en el mismo camino que tú elegiste con tanto amor y coraje, siento que te llevo en cada paso. Orgullosa de ser tu hija, orgullosa de tu historia.

Nuestra conexión es única —hecha de confianza, confidencias, y de esos abrazos que no necesitan palabras.

Y cada año, cuando llega nuestro cumpleaños, a las 00:01, esa primera felicitación tuya me recuerda que soy profundamente amada... y que jamás estoy sola.

Gracias por ser raíz, faro y fuerza.

Te amo, Papi.

— Emily Beatriz Yumaa Siqueira

AGRADECIMIENTO

Antes que cualquier palabra tome forma, mi primer y eterno agradecimiento es a Dios, quien ha guiado mis pasos, me sostuvo en los días difíciles y celebró conmigo cada pequeña victoria. Sin Él, nada tendría sentido.

A mi familia, por ser mi raíz y mi refugio. En especial a ti, Papi, por tu amor incondicional, tu ejemplo incansable como médico y ser humano.

A mi mamá, por su fortaleza silenciosa, por sus oraciones constantes y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

A mis profesores, que sembraron en mí el conocimiento con paciencia y exigencia, y me formaron más allá del aula. Gracias por enseñarme a pensar, a cuestionar, a ser mejor.

A mis amigos de verdad, los que caminaron a mi lado, me escucharon llorar, se rieron conmigo, y no soltaron mi mano en el camino.

Y a todos los que, de alguna forma, dejaron su huella en mi historia: gracias por ser parte de esta conquista. Llevo un pedacito de cada uno de ustedes conmigo.

Con gratitud profunda,

Emilly Beatriz Yumaá Siqueira

RESUMEN

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional. Según el manual internacional de clasificación de enfermedades es una complicación médica posible pero que puede prevenirse y que tiene impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos. Hoy en día la desnutrición es aceptada como un factor común en la práctica clínica que tiene como consecuencias un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, debido al alto riesgo de complicaciones como infecciones, flebitis, embolismo pulmonar, falla respiratoria, baja cicatrización de heridas y fístula que estos sufren. Como consecuencia, la estancia hospitalaria y los costos de la terapia se incrementan significativamente.

Objetivo es determinar el estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del Municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

La Metodología de estudio es de enfoque cuantitativo, de estudio descriptivo de corte transversal, la población está constituida por 355 niños y niñas menores de 2 años registrados en el Centro de Salud, la muestra está constituido por 13 niños y niñas que presentan desnutrición. Los Resultados de estudio, De acuerdo al cálculo de incidencia para el periodo de abril a junio de 2025, tenemos que la misma es de 2.8 por cada mil menores de 2 años, una incidencia bastante elevada considerando la cantidad de población que tiene asignado el establecimiento de salud.

Sobre la edad tenemos que el mayor grupo registrado con el 85% son los niños menores de 1 año y el grupo de 1 a menores de 2 años son el 15%.

Palabra clave: incidencia, desnutrición crónica, niños menores 2 años

ABSTRACT

Malnutrition, in its various forms, is the most common disease. Its causes are generally due to poor economic resources or diseases that compromise good nutritional status. According to the International Manual of Classification of Diseases, it is a possible but preventable medical complication that has a significant impact on treatment outcomes. Today, malnutrition is accepted as a common factor in clinical practice, resulting in increased hospital stays, morbidity, and mortality in hospitalized patients due to the high risk of complications such as infections, phlebitis, pulmonary embolism, respiratory failure, poor wound healing, and fistulas. As a result, hospital stays and treatment costs increase significantly. The objective is to determine the nutritional status and malnutrition of children under 2 years of age at the San Martin de Porres Health Center in the Municipality of Porvenir from April to June 2025. The study methodology is quantitative, descriptive, cross-sectional. The population consists of 355 children under 2 years of age registered at the Health Center. The sample consists of 13 children with malnutrition. The study results, according to the incidence calculation for the period from April to June 2025, show a rate of 2.8 per thousand children under 2 years of age, a fairly high incidence considering the population assigned to the health facility. Regarding age, the largest registered group, with 85%, are children under 1 year of age, and the group from 1 to under 2 years of age represents 15%.

Keyword: incidence, chronic malnutrition, children under 2 years of age

ÍNDICE GENERAL

Pag.

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
PROBLEMA INVESTIGADO	3
1. 1. Planteamiento del Problema	3
1.1.1. Descripción de la situación problemática	3
1.1.2. Formulación del Problema	4
1.2. Delimitación del Problema	4
1.2.1. Delimitación Temática.....	4
1.2.2. Delimitación Espacial.....	4
1.2.3. Delimitación Temporal	4
1.3. Objeto del estudio	5
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivo Especifico	5
1.5. Justificación	5
1.5.1. Justificación Teórica	5
1.5.2. Justificación Social	6
1.5.3. Justificación Practica	6
CAPITULO II.....	7
MARCO TEORICO REFERENCIAL	7
2.1. Marco Conceptual	7
2.1.1. Desnutrición	7
2.1.2. Nutrición.....	7

2.1.3. Incidencia.....	7
2.1.4. Niños y niñas	7
2.1.5. Crónica.....	7
2.1.6. Aguda.....	8
2.1.7. Seguridad alimentaria	8
2.2. Marco Teórico	8
1. 2.2.1. Antecedente histórico	8
2. 2.2.2. Desnutrición en niños	9
2.2.3. Tipos de desnutrición	9
2.2.9. Causas que producen la desnutrición	11
2. 2.2.10. Factores que influyen en el estado nutricional	11
1. 2.2.11. Consecuencias	12
2.2.12. Manifestación clínica.....	13
2.2.13. Diagnostico	13
2.2.14. Tratamiento.....	14
3. 2.2.15. Prevención	15
2.2.16. Evaluación nutricional.....	16
2.2.17. Evaluación del Estado Nutricional del Niño o Niña.....	17
2.2.18. Fundamento Técnico de las Metas Nutricionales	17
2.3. LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN DATOS	18
2.3.1. Clasificación	18
2.3.2. Clasificación clínica:.....	19
2.3.3. <i>Diagnóstico</i>	20
2.3.4. INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL	21
2.3.5. ANTROPOMETICOS	21
2.3.6. PESO	21

2.3.7. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	21
2.3.8. PESO PARA LA EDAD (P/E).....	21
2.3.9. PESO PARA LA TALLA (P/T)	22
2.3.10. TALLA PARA LA EDAD (T/E).....	22
2.4. Marco Legal	22
2.4.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.....	22
2.4.2. Ley N° 1152 Sistema Único de Salud Bolivia	25
2.4.3. Programa desnutrición cero.....	26
2.4.4. Seguridad y Soberanía Alimentaria	27
CAPITULO III.....	28
MARCO METODOLÓGICO.....	28
3.1. Enfoque de Investigacion	28
3.2. Tipo de Investigacion.....	28
3.2.1. Descriptivo.....	28
3.2.2. Transversal	28
3.3. Metodos de Investigacion	29
3.3.1. Métodos Logísticos o teóricos.....	29
3.3.2. Métodos Empíricos.....	29
3.4. Poblacion y Muestra.....	29
3.4.1. Población	29
3.4.2. Muestra	29
3.4.3. Tipo de muestreo	30
3.5. Tecnica e Instrumento.....	30
3.5.1. Técnicas de investigación	30
3.5.2. Instrumento de investigación.....	30
3.6. Criterio de inclusión y exclusión.....	31

3.6.1. Criterio de inclusión	31
3.6.2. Criterio de exclusión.....	31
CAPITULO IV	32
RESULTADOS.....	32
4.1. Resultados de Trabajo de campo	32
CAPITULO V	36
CONCLUSIONES	36
5.1. Conclusiones.....	36
RECOMENDACIONES	37
5.2. Recomendaciones	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS.....	41

INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1 Edad de los niños que realizan su seguimiento nutricional	32
Tabla 2 Género de los niños que realizan su seguimiento nutricional	33
Tabla 3 El número de niños que acudieron al Centro de Salud San Martín de porres por meses de abril a junio de 2025.....	33
Tabla 4 Porcentaje de consultas según tipo de desnutrición en el menor de 2 años, de abril a junio de 2025	34

INDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Tabla 1 Edad de los niños que realizan su seguimiento nutricional	32
Tabla 2 Género de los niños que realizan su seguimiento nutricional	33
Tabla 3 El número de niños que acudieron al Centro de Salud San Martín de porres por meses de abril a junio de 2025.....	33
Tabla 4 Porcentaje de consultas según tipo de desnutrición en el menor de 2 años, de abril a junio de 2025	34

INTRODUCCIÓN

La desnutrición materna y de la niñez contribuye a más de un tercio de la mortalidad de la niñez y con más del 10% a la carga global de enfermedades. De los factores nutricionales relacionados con la muerte en la niñez, la desnutrición crónica (talla baja para la edad), la desnutrición aguda severa y el retardo del crecimiento intrauterino, constituyen los principales factores de riesgo. Por lo tanto, la reducción del retraso del crecimiento del lactante y del niño pequeño es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) compromiso suscrito también por el Estado Plurinacional de Bolivia y los países del mundo, los mismos que se encuentran relacionados con la supervivencia de la niñez (ODM 4), así como es esencial la erradicación de la extrema pobreza y del hambre (ODM 1).

Antes Bolivia suscribió compromisos externos con los países del mundo a través de los Objetivos del Milenio, también conocidos como ODM, compromisos que fueron asumidos hasta el 2015 ,fecha en los cuales feneció el periodo de la implementación de estrategias de los diferentes países para coadyuvar con la reducción de la Desnutrición en menores de 5 años, ahora bien compromisos que fue nuevamente fue firmado en los ahora llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como objetivos mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

La desnutrición materna y de la niñez contribuye a más de un tercio de la mortalidad de la niñez y con más del 10% a la carga global de enfermedades. De los factores nutricionales relacionados con la muerte en la niñez, la desnutrición crónica (talla baja para la edad), la desnutrición aguda severa y el retardo del crecimiento intrauterino, constituyen los principales factores de riesgo. Por lo tanto, la reducción del retraso del crecimiento del lactante y del niño pequeño es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la supervivencia de la niñez (ODM 4), así como es esencial la erradicación de la extrema pobreza y del hambre (ODM 1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en el mundo se relaciona a la desnutrición con un 45% de muertes en la etapa infantil; según estadísticas del 2022, 7000 niños mueren cada día a causa de la desnutrición, y son casi 200 millones de niños en el mundo que

padecen algún tipo de desnutrición. El 80% de los casos de desnutrición más agudas se encuentran en 20 países del mundo, entre los que tenemos a África subsahariana (países del Sahel y el Cuerno de África) y en algunas zonas del sur de Asia (OMS,2022).

La desnutrición afecta a casi 20 millones de niños en edad preescolar, es un factor significativo en aproximadamente la tercera parte de los casi 8 millones de defunciones de menores de 5 años que se producen en el mundo, sigue siendo una causa destacada de mala salud y mortalidad prematura entre los niños en los países en desarrollo (OMS, 2016).

Esta patología es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. Se clasifica según el tiempo de aparición en aguda y crónica, es causada por falta de ingesta de alimentos denominándose primaria o por un impacto biológico por otras patologías como secundaria, otra forma de clasificar dicha enfermedad es por su gravedad siendo estas: leve, moderada y severa y finalmente por su mecanismo fisiopatológico: marasmo, kwashiorkor o mixta. (Kliegman, 2016).

Estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o minerales es una malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta. (UNICEF 2., 2007).

El organismo necesita micronutrientes para producir enzimas, hormonas y otras sustancias esenciales para un crecimiento y desarrollo adecuado.

El yodo, la vitamina A y el hierro son los más importantes en lo que se refiere a la salud pública a escala mundial; sus carencias suponen una importante amenaza para la salud y el desarrollo de las poblaciones de todo el mundo, en particular para los niños y las embarazadas de los países de ingresos bajos. (OMS,2016).

Por tanto, el presente trabajo podrá aportar a la investigación dentro de la localidad de Porvenir del Municipio de Porvenir, a fin de poder identificar los factores que llevan a la desnutrición crónica en los menores de 2 años y también algunas de las causas ya que influyen mucho las condiciones de vida y la accesibilidad de las familias a una variedad alimentaria adecuada para un aporte nutricional óptimo. Es así que esperamos que con este aporte el establecimiento de salud pueda tener una herramienta más con base en este estudio para mejorar sus estrategias de intervención en relación a la prevención de desnutrición en el menor de 2 años y menores de 5 años.

CAPITULO I

PROBLEMA INVESTIGADO

1. 1. Planteamiento del Problema

1.1.1. Descripción de la situación problemática

La desnutrición crónica es un problema social que se debe controlar, por ello es importante saber que hablar de desnutrición es hablar de pobreza, hambruna, sequía falta de tierra, bajo nivel de escolaridad y familias numerosas, pero en esta ocasión motiva el hecho de identificar cuáles son los factores que están contribuyendo a que los niños menores de 2 años presenten desnutrición. Con la finalidad de identificar el problema y tratar de minimizarlo con acciones reales y factibles de desarrollar, asegurando con ello la disminución del indicador de desnutrición y el riesgo en los niños de enfermar o morir, logrando con ello un desarrollo y crecimiento óptimos y en cierta forma romper el círculo vicioso de niño desnutrido, madre desnutrida y viceversa.

Cuando hablamos de desnutrición crónica, debemos saber que el niño presenta un retraso en el crecimiento. Se mide comparando su talla con un estándar recomendado para su edad. La desnutrición crónica indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado y provoca un retraso físico y mental en el desarrollo del niño. Aunque no aumenta el riesgo de mortalidad tanto como la desnutrición aguda, **es muy peligrosa porque tiene un impacto importante en la salud física y mental de la persona a largo plazo**. Si no se actúa antes de los **dos años de edad**, sus consecuencias son irreversibles. En el caso de las niñas, la desnutrición crónica puede causar que en el futuro sus hijos tengan bajo peso al nacer, perpetuando la desnutrición de generación en generación.

En el presente trabajo de investigación se estudia el problema de la desnutrición infantil en la localidad de porvenir del Municipio de Porvenir y su relación con la condición de pobreza de los hogares. El análisis se centra en tres ámbitos (Hernandez Franco, Barberena Rioseco, Camacho Prudente, & Vera Llamas, 2003):

- la falta de recursos económicos suficientes para contar con los alimentos necesarios para cubrir una dieta adecuada;
- la falta de acceso a productos alimentarios (abastecimiento), que tiene que ver con dificultades de disponibilidad en determinados ámbitos geográficos por aislamiento y dispersión de comunidades, y de la localidad de Porvenir en relación a localidades, ciudades próximas para su aprovisionamiento (lejanía a centros de distribución); y
- la falta de información sobre nutrición, salud e higiene. La presencia de desnutrición se relaciona con la ingesta inadecuada de nutrientes, su absorción deficiente, o su pérdida sistemática anormal como consecuencia de episodios de enfermedad (como diarreas o infecciones respiratorias); aspectos que también fueron abordados por Sandoval, *et al.*, 2002; Sepúlveda, 1990; Lutter, *et al.*, 1989).

1.1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025?

1.2. Delimitación del Problema

1.2.1. Delimitación Temática

Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años.

1.2.2. Delimitación Espacial

El estudio se desarrolló en el Centro de San Martín de Porres del municipio de Porvenir del departamento de Pando.

1.2.3. Delimitación Temporal

El estudio se desarrolló durante los meses de abril a junio de 2025.

1.3. Objeto del estudio

El objeto de estudio está en relación a poder determinar el estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

1.4.2. Objetivo Especifico

1. Identificar el grupo etario con control del estado nutricional en niños menores de 2 años.
2. Establecer el género del menor de 2 años con control del estado nutricional.
3. Describir tipo de desnutrición que tienen los niños menores de 2 años.

1.5. Justificación

1.5.1. Justificación Teórica

Es importante para los padres y la sociedad en su conjunto, comprender y entender que como indica en un trabajo de investigación de Guatemala, que los niños de hoy, serán los adultos del mañana. Sí a los niños se les provee de buenas bases, de valores morales, educación y una buena nutrición, se tendrán buenos adultos en el futuro. Entre la población más vulnerable a enfermar o morir están los niños menores de 5 años y mucho mas los menores de 2 años y el factor predisponente para que estos niños enfermen y mueran es el **deficiente estado nutricional**, lo cual afecta el sistema inmunológico convirtiéndoles en presa fácil de las enfermedades oportunistas y que son las prevalentes en la infancia, como las de origen gastrointestinal y las infecciones respiratorias. No es fácil tratar los factores que conducen a la desnutrición infantil, pero si es de mucha importancia identificarlos.

1.5.2. Justificación Social

Se ha comprobado que los niños que sobreviven a la desnutrición tienen problemas de salud en la adultez. Aquellos niños desnutridos que aumentan de peso rápidamente en la niñez (por ejemplo, sometiéndose a los programas de suplementación alimentaria preescolar y/o escolar), corren más riesgo de contraer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, coronariopatías) en la edad adulta. Finalmente, también hay un impacto que trasciende a la propia persona. Está demostrada la correlación entre desnutrición y pobreza, siendo la desnutrición un factor de transmisión intergeneracional de la pobreza.

1.5.3. Justificación Practica

Por tanto, el presente trabajo podrá aportar a la investigación dentro de la localidad de Porvenir del Municipio de Porvenir, a fin de poder identificar los factores que llevan a la desnutrición crónica en los menores de 2 años y también algunas de las causas ya que influyen mucho las condiciones de vida y la accesibilidad de las familias a una variedad alimentaria adecuada para un aporte nutricional optimo. Es así que esperamos que con este aporte el establecimiento de salud pueda tener una herramienta más con base en este estudio para mejorar sus estrategias de intervención en relación a la prevención de desnutrición en el menor de 2 años y menores de 5 años.

CAPITULO II

MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. Desnutrición

“Desnutrición a un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causadas por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo”. (Unicef, 2018)

2.1.2. Nutrición

La nutrición consiste en la incorporación y la transformación de materia y energía para que puedan llevar a cabo tres procesos fundamentales: mantenimiento de las condiciones internas, desarrollo y movimiento, manteniendo el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y microscópico. (OMS, 2018)

2.1.3. Incidencia

La incidencia va a contabilizar el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado; podemos equipararla a una película que refleja el flujo del estado de salud al de enfermedad en la población que estudiamos. (Martí, 2012)

2.1.4. Niños y niñas

“Un niño es un ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad, por lo tanto, es una persona que está en la niñez y que tiene pocos años de vida”. (Merino, 2009)

2.1.5. Crónica

“La expresión crónica en medicina hace referencia a afecciones que se van desarrollando lentamente y que se mantienen a lo largo del tiempo”. (Martin, 2018)

2.1.6. Aguda

“Es aquella que se presenta de forma súbita, que se desarrolla rápidamente, en poco tiempo y que se resuelve de la misma manera”. (Martin, 2018)

2.1.7. Seguridad alimentaria

Seguridad alimentaria hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos.

2.2. Marco Teórico

1. 2.2.1. Antecedente histórico

“En los años 30 la mortalidad infantil era elevadísima, superando las 200 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Las principales causas de morbimortalidad se relacionaban con las enfermedades infectocontagiosas y la desnutrición o distrofia” (Cienfuegos, 2017).

En la III Conferencia Internacional de Alimentación celebrada en Buenos Aires en octubre de 1939, se reconocía que América Latina vivía una verdadera tragedia por la subalimentación que afectaba a la mayoría de sus países. En las décadas de 1930 y 1940, en el marco del problema mundial que representaba el infraconsumo alimentario, la deficiencia alimentaria para América del Sur contemplaba tanto los aspectos relacionados con la cantidad como con la calidad. Venezuela, Colombia, Ecuador y Bolivia mostraban las cifras más reducidas de consumo. (Bernabeu M. , 2010)

En el caso de Bolivia, se destacaba la ausencia de información estadística sobre alimentación. No obstante, todos los datos apuntaban que el consumo de alimentos energéticos y protectores eran excesivamente bajos, y que el porcentaje de ingresos que se dedicaba a la alimentación superaba en muchas ocasiones más del 70%. El consumo de alimentos calculados en algunas minas del país (la producción minera era la más relevante), arrojaban cifras de 2.247 calorías, cuando la fisiología del trabajo efectuado requería un mínimo aconsejable de entre 3.600 y 4.800 calorías. Además, en el caso de los mineros, los salarios muchas veces no alcanzaban a cubrir más que el 70% del costo de la ración dietética recomendada. La deficiente

situación del estado nutricional de la población boliviana se reflejaba en una de las tasas de mortalidad infantil más elevadas de América Latina. (Bernabeu M. , 2010)

2. 2.2.2. Desnutrición en niños

La nutrición en los primeros años de vida juega un papel importante en el crecimiento físico y el desarrollo intelectual del ser humano. Una adecuada nutrición va a favorecer tanto el crecimiento corporal del niño, como el desarrollo de sus capacidades cognitivas y lo hará más resistente a las enfermedades. Por el contrario, la desnutrición, especialmente en la infancia, constituye un impedimento para que los individuos y las sociedades desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen una menor resistencia a las infecciones y más posibilidades de morir a causa de enfermedades comunes de la infancia, como las EDAS y las IRAS. Aquellos que consiguen sobrevivir quedarán atrapados en un círculo vicioso de deficiencias en su desarrollo físico y mental con un daño -en la mayoría de los casos, irreversible y con enfermedades recurrentes, que le impedirán salir de la pobreza. (Aguero, 2013)

La desnutrición afecta a casi 20 millones de niños en edad preescolar, es un factor significativo en aproximadamente la tercera parte de los casi 8 millones de defunciones de menores de 5 años que se producen en el mundo, sigue siendo una causa destacada de mala salud y mortalidad prematura entre los niños en los países en desarrollo. (Mafla, 2017)

Desnutrición es una emergencia silenciosa e invisible y por lo mismo muy grave; que cobra un precio muy alto en los niños y sus familias y que es resultado de un gran número de causas. (Aguero, 2013)

2.2.3. Tipos de desnutrición

Según (ACNUR, 2018) no todos los niños sufren el mismo tipo de desnutrición, puesto que existen diversos niveles o tipos, que son los siguientes:

- ❖ Desnutrición Marasmo.
- ❖ Desnutrición Proteica.

Además, se pueden distinguir tres grados de desnutrición:

- ❖ Grado 1 o leve.
- ❖ Grado 2 o moderada.
- ❖ Grado 3 o grave.

2.2.4. Desnutrición calóricas o marasmos

Suele aparecer en niños que viven situaciones de pobreza en zonas urbanas. Se trata de un tipo de desnutrición que se produce por el bajo consumo de alimentos. Este tipo de desnutrición produce retrasos en el crecimiento, pérdida del tejido graso o poco peso para la talla del niño. (ACNUR, 2018)

En este caso se produce un descenso de la energía total de la dieta, es decir, la persona no come, especialmente en cantidades de la mayoría de productos, todo lo que debería. Suele ser una desnutrición de larga evolución y la persona presenta un aspecto muy demacrado donde se le marcan las formas de los huesos sobre la piel. Es una persona tan delgada que decimos de ella: es solo piel y huesos. Los síntomas más evidentes, además de la extrema delgadez, también denominada caquexia, son: poca fuerza y energía para realizar actividades, cansancio generalizado, debilidad, palidez, escasa resistencia ante cualquier tipo de infección, retraso en el crecimiento en edad infantil, bajo rendimiento escolar, mareos, tristeza y poco interés por el mundo que les rodea. (Ruiz, 2017)

2.2.5. Desnutrición proteica o kwashiorkor

Se trata de casos en los que el niño se alimenta fundamentalmente de hidratos de carbono, pero no come proteínas. Los niños suelen tener infecciones como consecuencia de la desnutrición. (ACNUR, 2018)

El nutriente más deficitario son las proteínas. En estas dietas, el contenido de energía puede estar cubierto por alimentos calóricos como cereales principalmente, pero los alimentos con proteínas: carne, pescado, lácteos, huevos, leguminosas, frutos secos, etcétera, no están presentes en la cantidad correcta. En estos casos, se producen edemas generalizados en la persona con acumulación de agua en extremidades inferiores, vientre y otros órganos. Ante la deficiencia de proteínas, el riesgo para la vida es importante, ya que no se pueden sustituir tejidos dañados y el crecimiento y desarrollo se paraliza. Otros síntomas son la tendencia a infecciones, fracturas, la ausencia muscular, debilidad extrema ante cualquier tipo de esfuerzo pequeño, caída de pelo, retraso en la cicatrización de las heridas. (Ruiz, 2017)

2.2.6. Desnutrición leve

Se produce cuando el peso es normal para la edad, pero es bajo para la talla. (ACNUR, 2018)

2.2.7. Desnutrición aguda moderada

Se da cuando el niño menor de un año no llega al peso que corresponde a esa edad o cuando los niños de uno a cuatro años tienen poco peso en relación con su talla. (ACNUR, 2018)

2.2.8. Desnutrición aguda grave

Aparece cuando un niño de menos de un año tiene un peso inferior al 40% respecto al que corresponde a su edad o cuando un niño mayor de un año tiene un peso inferior al 30% en relación con el que le corresponde. (ACNUR, 2018)

2.2.9. Causas que producen la desnutrición

- ❖ Causas inmediatas
- ❖ Causas subyacentes
- ❖ Causas básicas

2.2.9.1. Causas inmediatas

Las causas inmediatas son la falta de una alimentación adecuada en cantidad y en calidad, y la presencia de enfermedades e infecciones como la diarrea. (UNICEF, 2011)

2.2.9.2. Causas subyacentes

Estas causas inmediatas tienen su origen en una serie de causas subyacentes: la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. (UNICEF, 2011)

2.2.9.3. Causas básicas

Detrás de todo ello, hay causas básicas que incluyen factores políticos y económicos. Por ejemplo, el crecimiento económico no se traduce necesariamente en una mejor nutrición de la población. Son necesarias políticas multisectoriales e intervenciones enfocadas en la equidad para llegar a los sectores más vulnerables de la sociedad. (UNICEF, 2011)

2. 2.2.10. Factores que influyen en el estado nutricional

Al no conocerse las formas adecuadas de higiene, manipulación de alimentos, control de vectores, esto puede incrementar la morbilidad de patologías que inciden de forma directa en la aparición de la desnutrición, coincidiendo con otros autores nacionales y extranjeros que consideran la influencia desfavorable de los hábitos higiénicos inadecuados, como factores

predisponentes al parasitismo (ver figura 1 de anexo 1) y a otras enfermedades que conllevan a la malnutrición. (Cala, 2015)

Los factores asociados con el estado nutricional de los niños menores de 5 años se agruparon en tres dimensiones: Factores socioeconómicos, medioambientales y biológicos. (Aguero, 2013)

Las familias disfuncionales son las que presentan a su vez crisis por abandono de uno de los padres, la supresión temprana de la lactancia materna, que interfiere en una nutrición adecuada y la inadecuada educación nutricional de la madre también influyen en la desnutrición en niños menores de 5 años. (Cala, 2015)

2.2.10.1. Carencia vitaminas y minerales como factor para la desnutrición

Una nutrición adecuada tiene que incluir las vitaminas y minerales esenciales que necesita el organismo. Su carencia está muy extendida y es causa de distintas enfermedades.

Vitamina A.- Un niño que carece de esta vitamina es más propenso a las infecciones, que serán más graves y aumentarán el riesgo de mortalidad. Su falta aumenta el riesgo de ceguera.

Hierro. - La deficiencia afecta a cerca del 25% de la población del mundo. La falta de hierro puede causar anemia y reduce la capacidad mental y física. Durante el embarazo se asocia al nacimiento de bebés con bajo peso, partos prematuros, mortalidad materna y mortalidad fetal. La deficiencia de hierro durante la infancia reduce la capacidad de aprendizaje y el desarrollo motor, así como el crecimiento; también daña el sistema de defensa contra las infecciones.

Ácido fólico. – es fundamental durante el embarazo, previene la anemia y las malformaciones congénitas, y fortalece el sistema inmunológico.

Yodo. – es fundamental para el buen funcionamiento del metabolismo. La deficiencia de yodo en una mujer embarazada puede tener efectos adversos sobre el desarrollo neurológico del feto, causando una disminución de sus funciones cognitivas. (UNICEF, 2011)

1. 2.2.11. Consecuencias

La desnutrición actúa como un círculo vicioso: las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en vías de desarrollo, nacen cada año unos 19 millones de niños con bajo peso menos de 2.500 gramos. (UNICEF, 2011).

2.2.12. Manifestación clínica

Según (ACNUR, 2018) Entre los efectos de la desnutrición podemos destacar los siguientes:

- ❖ Anemia;
- ❖ Bajada de las defensas;
- ❖ Trastornos en el aprendizaje;
- ❖ Pérdida de masa muscular.

La pérdida de peso no es el único síntoma de desnutrición y, a su vez, tampoco es condicionante para el diagnóstico de la desnutrición infantil, pero sí constituye un llamado de atención que debe de tenerse en cuenta a la hora de velar por la salud de los niños. (Laura, 2017)

- ❖ **A) Tiene Signos De Marasmo**, Emaciación Visible (Niño Muy Delgado, Atrofia Muscular En Los Hombros, Brazos Nalgas Y Piernas, No Tiene Grasa Y Parece Como Que Solo Fuera Piel Y Huesos) (ver figura 2 de anexo 1)
- ❖ **B) Si Tiene Signos De Kwashiorkor**, Edema En Ambos Pies (ver figura 3 de anexo 1)
- ❖ **C) Si en la gráfica de peso para longitud o talla (P/L-T)**, el punto marcado se encuentra en el espacio que está debajo de la línea de -2 de hasta la línea de -3 significa desnutrición aguda moderada, si el punto marcado se encuentra en el espacio que está debajo de la línea de -3 de, significa desnutrición aguda grave.
- ❖ **D) Si en la gráfica de peso para longitud o talla (P/L-T)** el punto marcado se encuentra en el espacio que está arriba de +3 de significa presencia de obesidad. (OPS Y OMS, 2013)

2.2.13. Diagnóstico

Para valorar desnutrición en etapas infantiles se emplean las curvas de crecimiento y el IMC (ver figuras 4 – 10 de anexo 1). Los profesionales que interpretan estas tablas, principalmente pediatras y nutricionistas, valoran la situación de cada niño en relación con su peso y su altura. Las tablas de crecimiento son recopilaciones de datos de edad, peso y altura de muchos niños y varían según los países. En principio, valores por debajo de 3 pueden darnos una pista sobre un estado nutricional a revisar, y esto significa que ese niño tiene un peso o altura por debajo del 3% de la población infantil. (Ruiz, 2017)

Con la cinta MUAC se puede saber si un niño está desnutrido midiéndole el perímetro del brazo. Si está por debajo de 130-134 milímetros, podría tener desnutrición moderada y si lo está entre 104 y 108 milímetros, se trataría de desnutrición grave, teniendo en cuenta siempre la edad. (ACNUR, 2018)

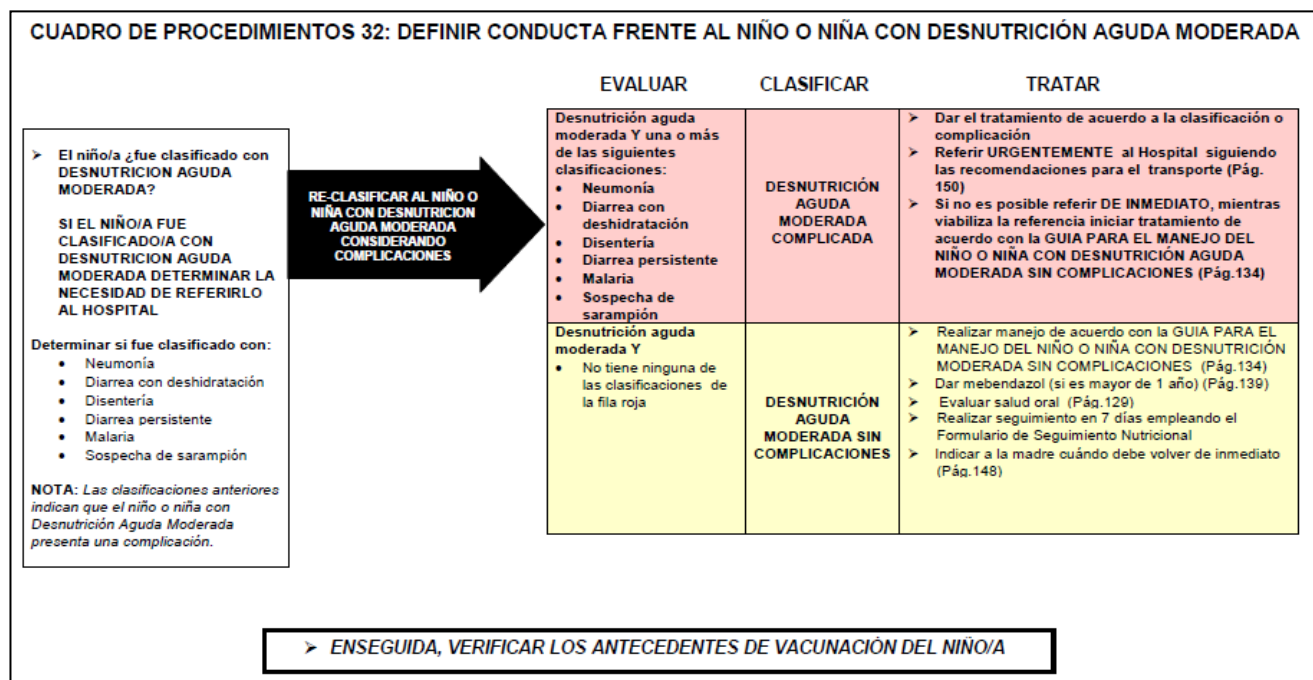
Existen igualmente otros parámetros que pueden acompañar y corroborar el diagnóstico de desnutrición. Por ejemplo, los pliegues de grasa cutánea tomados en distintos lugares del cuerpo en el brazo; el tricípital y el bicípital en la espalda; el subescapular el abdomen; el abdominal y el suprailíaco. (Ruiz, 2017)

2.2.14. Tratamiento

La alternativa más reciente son los alimentos terapéuticos listos para usar como ser las chispitas que son concentraciones de micronutrientes y nutribebe que se pueden tomar en el hogar. (UNICEF, 2011)

- ❖ Tratamiento de la ceguera nocturna.
- ❖ Tratamiento de zinc para la diarrea.
- ❖ Tratamiento para eliminar los parásitos.

FIGURA 1 Conducta frente al niño o niña con desnutrición



Fuente: Continuo de la Atención, Ministerio de Salud

FIGURA 2 guía para el manejo del niño o niña con desnutrición

GUÍA PARA EL MANEJO DEL NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES

- Verificar prácticas nutricionales y corregirlas en caso necesario (Hoja de Atención Sistematizada)
- Dar orientación nutricional en base al cuadro de Recomendaciones Nutricionales Según Edad
- Administrar suplementos vitamínicos y minerales:
 - Administrar vitamina A de acuerdo a edad
 - Dar Chispitas Nutricionales a niños de 6 meses a 2 años
 - Dar jarabe de hierro a niños mayores de 2 años de edad
 - Administrar zinc de acuerdo a edad
- Enseñar el uso del Alimento Terapéutico Listo para el Uso (ATLU) y entregar la provisión que corresponda a la edad del niño o niña
- Otras medidas
 - Evaluar desarrollo psicomotor
 - Evaluar salud oral
 - Indicar a la madre cuándo volver de inmediato

Niño o niña menor de 6 meses	Niño o niña de 6 meses a menor de 5 años						
<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna exclusiva • Recomendar a la madre que le dé el seno las veces que el niño o niña quiera, por lo menos 10 veces durante el día y la noche (debe vaciar los dos pechos) • En caso de que la madre haya suspendido la lactancia, aplicar técnica de relactancia • En caso de que no sea posible la relactancia referir a UNI 	<ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña debe recibir el Alimento Terapéutico Listo para el Uso (ATLU), en su hogar, durante DOS SEMANAS, según las dosis presentadas a continuación: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>NÚMERO DE SOBRES DE ATLU(*) PARA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 meses a menor de 2 años</td> <td>1 en 24 horas</td> </tr> <tr> <td>2 años a menor de 5 años</td> <td>2 en 24 horas</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*)En el país se emplea Plumpty Nut®</p>	Edad	NÚMERO DE SOBRES DE ATLU(*) PARA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	6 meses a menor de 2 años	1 en 24 horas	2 años a menor de 5 años	2 en 24 horas
Edad	NÚMERO DE SOBRES DE ATLU(*) PARA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA						
6 meses a menor de 2 años	1 en 24 horas						
2 años a menor de 5 años	2 en 24 horas						

El niño o niña con desnutrición aguda moderada debe regresar al establecimiento para realizar seguimiento nutricional cada 7 días. Una vez que hayan concluido las dos semanas de tratamiento con ATLU y la evolución es favorable, realizar seguimiento cada 15 días durante dos meses. Para realizar el seguimiento nutricional se empleará el Formulario de seguimiento nutricional para niños o niñas de 2 meses a menores de 5 años.

Fuente: Continuo de la Atención, Ministerio de Salud

3. 2.2.15. Prevención

Destinar más recursos, la desnutrición es un problema complejo que no está recibiendo los recursos necesarios ni para prevenir su aparición ni para combatirla, trabajar con un enfoque de equidad para llegar a la población infantil más pobre y vulnerable. (UNICEF, 2011)

Alimentar a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. La lactancia materna debe continuar al menos hasta los dos años. A partir de los seis meses de edad, la lactancia materna se debería complementar con diferentes alimentos inocuos y nutritivos. En los alimentos complementarios no se debería añadir sal ni azúcares. (OMS, 2018)

Aporte de vitaminas y minerales esenciales: hierro, ácido fólico, vitamina a, zinc, yodo. Medición de peso y altura para una detección de casos de desnutrición aguda antes de los dos años, fomentar hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de controles, promoción de hábitos de higiene como el lavado de manos para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades por ultimo formación acciones para prevenir los embarazos precoces. (UNICEF, 2011)

FIGURA 3 determinación del sobrepeso u obesidad

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 26: DETERMINAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN AGUDA O SOBREPESO/OBESIDAD			
ENSEGUIDA, DETERMINAR EN TODO NIÑO/A, SI PRESENTA DESNUTRICIÓN AGUDA O SOBREPESO/OBESIDAD	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
OBSERVAR, DETERMINAR <ul style="list-style-type: none"> • Emaciación visible (enflequecimiento extremo) • Edema en AMBOS pies • Palidez palmar intensa • Peso/Talla (según curva de acuerdo al sexo) 	CLASIFICAR	Uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Emaciación visible • Edema en AMBOS pies • Palidez palmar intensa • Peso/Talla, el punto cae POR DEBAJO de la curva -3, según el sexo 	DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar vitamina A (pag.130) ➢ Dar primera dosis de CEFTRIAXONA (Pág.144) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 151) ➢ Si no es posible referir DE INMEDIATO, mientras viabiliza la referencia iniciar tratamiento de acuerdo a la guía: MANEJO INICIAL DEL DESNUTRIDO AGUDO GRAVE (Pág. 135)
		<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Talla, el punto cae POR DEBAJO de la curva -2 HASTA LA -3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA-3), según el sexo 	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA <ul style="list-style-type: none"> ➢ Completar la evaluación de los síntomas principales del niño o niña para identificar complicaciones y definir la conducta a seguir, de acuerdo a la presencia o ausencia de complicaciones
		<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Talla, el punto cae EN LA CURVA 2 O POR DEBAJO HASTA LA CURVA -2 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -2), según el sexo 	NO TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña (Págs.126,128,127) ➢ Dar mebendazol (si es mayor de 1 año) (Pág.140) ➢ Dar vitamina A si no la recibió en los 6 últimos meses (Pág. 130, 132) ➢ Orientar sobre el uso del Nutribebé o similares (niño/a de 6 meses a menor de 2 años) (Pág.127) ➢ Dar hierro de acuerdo a la edad y transmitir mensajes para promover su uso (Pág.130, 132) ➢ Evaluar salud oral (Pág.129) ➢ Evaluar el desarrollo ➢ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág.149) ➢ Realizar control regular según cronograma (Pág. 149) ➢ Aconsejar a la madre sobre su propia salud (Pág.150)
		<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Talla, el punto cae POR ENCIMA DE LA CURVA 2 HASTA LA CURVA 3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA 3), según el sexo • Peso/Talla, el punto cae POR ENCIMA de la curva 3, según el sexo 	SOBREPESO <hr/> OBESIDAD

Fuente: Continuo de la Atención, Ministerio de Salud

2.2.16. Evaluación nutricional

La evaluación nutricional del niño o niña tiene dos componentes:

- El estado nutricional
- La nutrición

Ambos componentes guardan una estrecha relación y los resultados de la evaluación nutricional deben, necesariamente, provocar una respuesta.

El estado nutricional consiste en la evaluación clínica del niño o niña, con la finalidad de establecer si presenta talla baja, peso bajo, obesidad, signos clínicos de desnutrición, etc. El estado nutricional puede ser considerado como una medida indirecta de la dieta del niño o niña, ya que, generalmente, es el reflejo de del tipo de alimentación que recibe. Sin embargo, el estado nutricional también se ve afectado por problemas de mala-absorción crónicos (por ejemplo, la enfermedad celiaca o enteropatía al gluten) o agudos (durante o posteriores a una infección intestinal, que afecta la absorción intestinal), enfermedades sistémicas (por ejemplo, cardiopatías sistémicas), etc.

En nuestro medio, las principales causas directas de la desnutrición son: las malas prácticas de alimentación, la inseguridad alimentaria y las infecciones (principalmente la diarrea).¹²

El estado nutricional, se determina mediante la toma de ciertas medidas corporales, las cuales son combinadas con el fin de obtener indicadores. Estos indicadores son comparados con los patrones de referencia (actualmente se emplean los patrones de la OMS, 2006), con el fin de observar si el valor individual del indicador se encuentra en rangos normales o están por encima o por debajo. Por otra parte, la evaluación de la nutrición consiste en la identificación de los alimentos que consume el niño y las prácticas de sus cuidadores en relación a la alimentación.

2.2.17. Evaluación del Estado Nutricional del Niño o Niña

De acuerdo al flujograma de Atención Integral al Curso de la Vida, para la atención del niño o niña de 2 meses a menor de 5 años de edad, luego de la evaluación de los signos de peligro en general, se determina la presencia de Desnutrición Aguda y/o anemia y luego se determina la presencia de desnutrición crónica (talla baja), una vez que esto ha sido realizado, se procede con el resto de la evaluación.

2.2.18. Fundamento Técnico de las Metas Nutricionales

Las Metas Nutricionales son recomendaciones de calidad y cantidad de nutrientes

La calidad incluye: la calidad biológica de los nutrientes, las fuentes naturales y la interacción negativa o positiva de los nutrientes.

La cantidad se refiere a la cantidad de nutrientes necesarios para: el mantenimiento de una buena nutrición, promover un buen estado de salud, controlar las deficiencias o excesos y reducir o limitar la aparición de enfermedades nutricionales, el riesgo de las enfermedades relacionadas con la alimentación y servir de base en la elaboración de guías alimentarias para la población. Se expresan en relación a la cantidad total de energía en la dieta, por ejemplo, gramos o miligramos de un nutriente por cada 1.000 kilocalorías y se calculan en base a la dieta familiar para satisfacer los requerimientos de todos los miembros de la familia que ingieran esa dieta.

Metas Nutricionales

Las metas nutricionales, representan la ingesta promedio de energía, nutrientes y fibra que se consideran necesarios para el mantenimiento de la salud. Se basan en la evidencia científica y en el diagnóstico de la situación alimentario-nutricional de la población.

2.3. LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN DATOS

- 159 millones (el 23,8%) de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica.
- En 1990 eran 255 millones (39,6%) los niños afectados, lo que supone un descenso de 96 millones.
- Asia concentra el 57% de los casos (solo en India hay 62 millones de niños afectados, el 33% del total) y África subsahariana el 37% y América Latina.
- El progreso en la lucha contra esta lacra es desigual: los países pobres han recortado su tasa un 32% frente al 77% de bajada en los países de renta media.
- En Asia, se ha reducido a la mitad en las últimas dos décadas; mientras que en África el número total de niños con retraso en el crecimiento ha aumentado de 47 millones en 1990 a 48 en 2014.

Primer paso: formación. Lección uno: la lactancia. Muchas mujeres en el mundo desconocen la importancia de la alimentación durante los primeros mil días de sus pequeños. Millones de embarazos no reciben ningún cuidado prenatal. Ningún médico les hace seguimiento ni les aconseja. Simplemente, su propia precariedad sumada a la de los sistemas sanitarios de sus países, anula cualquier posibilidad de acceder a tales servicios.

Distintas ONG y agencias de la ONU como Unicef, la FAO o el PMA enfatizan en sus programas contra la desnutrición la provisión de alimentos a mujeres embarazadas y lactantes, así como la promoción de la leche materna exclusiva durante los primeros seis meses. Rica en proteína, satisfará la insaciable demanda de energía y nutrientes en este crucial período. Evitar que esos niños nazcan y crezcan hasta los dos años con carencias que condicionarán el resto de su existencia es la prioridad. La prevención es la única esperanza.

2.3.1. Clasificación

Para elaborar el diagnóstico de desnutrición se requiere analizar la historia alimentaria, la frecuencia y severidad de las enfermedades previas, reconocer los signos y síntomas propios de esta enfermedad, medir el crecimiento y realizar algunas pruebas bioquímicas.

Clasificación etiológica:

A) Primaria: Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y la ignorancia, en la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo y la de origen secundario en países desarrollados.

B) Secundaria: cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sepsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neumopatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.

C) Mixta: se presenta cuando están coexisten las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrimentos y la necesidad no satisfecha de los mismos.

2.3.2. Clasificación clínica:

La DPE es un nombre genérico para un amplio espectro de estados de deficiencia de proteínas y energía y son clasificados como: energética, proteica y energética-proteica.

Las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas. Incluyen: reducción en la velocidad de crecimiento, disminución en la actividad física y apatía general. Al incrementar el déficit de proteínas y energía, las manifestaciones primarias se hacen más evidentes. Sin embargo, sólo cuando la DPE es grave, los signos y síntomas específicos se hacen evidentes.

Los términos marasmo, kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor se usan para designar expresiones clínicas de desnutrición calórico-proteica avanzada o de tercer grado.

Generalmente la desnutrición de tipo marasmática se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de

sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo, etc.

El Kwashiorkor forma "húmeda" o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una dermatitis denominada pelagroide, irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas.

La desnutrición marasmo-kwashiorkor anteriormente conocido como Síndrome Pluricarencial presenta tanto signos de marasmo como de kwashiorkor.

2.3.3. Diagnóstico

El diagnóstico en la DPE es primordialmente clínico. Los signos clínicos se clasifican en:

1) SIGNOS UNIVERSALES.- Son aquellos que siempre están presentes en los niños desnutridos; su intensidad dependerá de la magnitud del déficit de nutrimentos, de la etapa de crecimiento y del tiempo de evolución y son: dilución, hipofunción y atrofia, y ocasionan detención de crecimiento y desarrollo.

2) SIGNOS CIRCUNSTANCIALES.- Su presencia es circunstancial, pueden o no estar presentes y son características del tipo de desnutrición ya sea Marasmo, Kwashiorkor o mixta, como hipotrofia muscular, hipotonía, edema, lesiones dermatológicas, signo de la bandera.

3) SIGNOS AGREGADOS. - Son aquellos que se encuentran presentes en el niño desnutrido solamente y a consecuencia de diversos procesos patológicos que se agregan, como insuficiencia respiratoria, fiebre, deshidratación, etc.

2.3.4. INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL

2.3.5. ANTROPOMÉTRICOS

Las variables antropométricas evalúan y detectan la malnutrición preexistente al ingreso del paciente crítico. No obstante, los cambios corporales y la evolución del estado de hidratación en estos pacientes invalidan a este grupo de variables como parámetros de seguimiento nutricional y de pronóstico en los pacientes críticos.

2.3.6. PESO

Mide de forma simplificada el total de los componentes corporales. Una pérdida involuntaria de peso superior al 10 % en los últimos seis meses o el rápido desarrollo de la misma son signos clásicos de malnutrición cuyo valor no ha sido analizado en los pacientes críticos.

2.3.7. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Evalúa la relación entre el peso y la talla. Índices inferiores a 15 kg/m² son indicativos de malnutrición y se asocian con un aumento significativo en la mortalidad en enfermos quirúrgicos.

La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento en esta medida antropométrica, precede a la detención del crecimiento estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P/E), tiempo de evolución (T/E) y pronóstico (P/T).

2.3.8. PESO PARA LA EDAD (P/E)

El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

$$P/E = \frac{\text{PESO ACUAL}}{\text{PESO IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$$

PESO IDEAL

2.3.9. PESO PARA LA TALLA (P/T)

El peso para la talla P/T ha reemplazado al P/E como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente. Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricia.

Este cociente indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescente.

$$\frac{P/T = \text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL PARA TALLA ACTUAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$$

Interpretación:

	Porcentaje de peso	Déficit
Agudización leve	89- 80 %	11 - 20 %
Agudización moderada	79- 70 %	21 - 30 %
Agudización severa	> 70 %	30 > %

2.3.10. TALLA PARA LA EDAD (T/E)

La T/E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricia. Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

Artículo 16 I. Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación. II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población, Nutrición una buena alimentación ayudara a su crecimiento, y a tener buena salud. Es importante que ellos conozcan las propiedades de cada uno de los alimentos, Ejercicios físicos. Es importante también la actividad física para los niños todos los días o por lo menos tres veces a la semana. Realizar algún deporte o simplemente realizar los

entrenamientos de las clases de educación física, La salud dental es otro punto importante una buena higiene oral es esencial para una vida sana. La importancia del cuidado de los dientes y discute los alimentos que son buenos y malos para ellos. Ilustra la importancia de cepillarse los dientes, Lavado de manos. Lavarse las manos es importante para prevenir la propagación de gérmenes. (CPE,2013)

Artículo 35 I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36 I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37 El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38 I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni 10 concesionados. II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39 I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40 El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41 I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación. III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42 I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 43 La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44 I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida. II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

Artículo 45 I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a la seguridad social con carácter gratuito. II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social. 11 III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras provisiones sociales. IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal,

solidario y equitativo. V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatales y posnatal. VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

2.4.2. Ley N° 1152 Sistema Único de Salud Bolivia

ARTÍCULO 1. (OBJETO).

La presente Ley tiene por objeto modificar la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito. (Ley N° 1152 , 2019)

ARTÍCULO 2. (PRINCIPIOS). La presente Ley se rige por los siguientes principios:

1. Eficacia. Dar una respuesta efectiva a los problemas de salud o situaciones que inciden sobre el bienestar de una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la localidad con estos servicios.

2. Equidad. Es el esfuerzo colectivo, social e institucional, para eliminar las desigualdades injustas y evitables en salud, según la diversidad de capacidades y necesidades.

3. Gratuidad. La atención en salud es otorgada sin ningún pago directo de los usuarios en el lugar y momento de la atención.

4. Integralidad. Es la atención de la salud como un conjunto articulado y continuo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

5. Interculturalidad. Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas: biomédica, indígena originaria campesina y otras, a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

6. Interculturalidad. Es la recuperación, fortalecimiento y revitalización de la identidad cultural de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afro bolivianos con respecto a la salud.

7. Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre los sectores del Estado y con la población organizada, con el fin de actuar sobre las determinantes económicas y sociales que afecten o inciden en la salud, con base en alianzas estratégicas y programáticas.

8. Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y localidad los necesiten, sin generar demoras ni postergaciones innecesarias que pudiesen ocasionar perjuicios, complicaciones o daños.

9. Preeminencia de las Personas. Es la prioridad que se da al bienestar y a la dignidad de las personas y localidades sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a la salud.

10. Progresividad. Es la implementación gradual y progresiva de los servicios de salud que se prestan en el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito.

11. Solidaridad. Es la concepción de la localidad boliviana arraigada y unida, como una sola familia, expresada permanentemente en la mutua cooperación y complementación entre las personas, géneros y generaciones, sectores económicos, regiones y localidades, para alcanzar el ejercicio universal del derecho a la salud y el Vivir Bien.

12. Universalidad. Todos los titulares del derecho a la salud deben tener la misma oportunidad de mantener y recuperar su salud mediante el acceso equitativo a los servicios que el Estado Plurinacional de Bolivia pueda ofrecer, incluyendo el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, sin ninguna discriminación étnica, racial, social, económica, religiosa, política, de edad o género.

2.4.3. Programa desnutrición cero

El año 2007, bajo el liderazgo del presidente Morales se decidió el cambio del Programa de Desnutrición Cero, al Programa Multisectorial de Desnutrición Cero (PMDC). El objetivo general del PMDC es la erradicación de la desnutrición crónica y aguda en los menores de cinco años con énfasis en los menores de dos años de edad.

El Programa Sectorial de Desnutrición Cero (PDC), es una instancia de organización que forma parte de la estructura del Programa Multisectorial Desnutrición Cero (MSD) y tiene la característica de ser común en cuanto a los objetivos que persigue, pero transversal en cuanto a su ejecución, pues intervienen distintas unidades e instituciones, tanto a nivel central como departamental y municipal. El Programa Multisectorial Desnutrición Cero fue implementado

en el país bajo la responsabilidad política e intersectorial del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), cuya Secretaría Técnica se encuentra a cargo del Ministerio de Salud y Deportes. (El Diario, 2023)

El Programa Sectorial de Desnutrición Cero se ha planteado como Objetivo General, el de mejorar la salud integral de los niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y en período de lactancia, contribuyendo así a erradicar la desnutrición en los niños y niñas menores de dos años en Bolivia. Los resultados que pretende lograr son cuatro:

Resultado 1: Fortalecer la participación comunitaria, mediante las redes sociales y actores sociales, en la promoción de hábitos y prácticas nutricionales de mujeres, recién nacidos y niños/niñas menores de cinco años, con interculturalidad.

Resultado 2: Disminuir en la población las deficiencias nutricionales de micronutrientes, aplicando estrategias de suplementación, fortificación y alimentos complementarios.

Resultado 3: Fortalecer la capacidad de gestión a nivel nacional, departamental y de las redes de salud en cuanto a la atención integral, nutricional y enfermedades prevalentes de mujeres, recién nacidos y niños/niñas menores de cinco años.

Resultado 4: Fortalecer la capacidad de vigilancia nutricional a nivel nacional, departamental, de redes de salud y de la localidad.

2.4.4. Seguridad y Soberanía Alimentaria

La Seguridad Alimentaria y la Soberanía Alimentaria, son categorías absolutamente diferentes tanto en su origen como por sus objetivos; la Soberanía Alimentaria es el derecho de los pueblos, localidades y países a definir sus propias políticas alimentarias que sean ecológica, social, económica y culturalmente apropiadas a sus circunstancias, reclamando la alimentación como un derecho. Por su parte, para la FAO, existe Seguridad Alimentaria cuando las personas tienen en todo momento el acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias, concepto ligado al libre mercado; de esta manera, si las familias no cuentan con acceso económico a los alimentos, simplemente, no comen. En el discurso del poder prevalece el concepto de Seguridad Alimentaria como la panacea para acabar con el hambre en el mundo. (Gordillo, 2013)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de Investigación

Los estudios cuantitativos pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva, su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados de la población. (Galeano, 2004)

La investigación se caracteriza por el enfoque cuantitativo, donde se realizó la recolección de datos estadísticos, sobre Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del Municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

3.2. Tipo de Investigación

3.2.1. Descriptivo

Estudios descriptivos se pueden mencionar, las características de variables en dos o más grupos de estudio”. (Cabrera, 2007).

El tipo de investigación que se realizó, será de carácter descriptivo, además utilizará el estudio causal, se estudió, sobre Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del Municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

3.2.2. Transversal

“Son aquellos en los que se recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único de estudio”. (Pérez, 2007).

El estudio se recolecto, los datos en un solo momento, de los meses de abril a junio de 2025.

3.3. Metodos de Investigación

3.3.1. Métodos Logísticos o teóricos

El método inductivo en el estudio, permitió razonar la información, referente al objeto de estudio, la cual fue extraída a través de la técnica de encuesta con el propósito de llegar a conclusiones y premisas generales enfocadas a la idea o tema de investigación. (Osinaga, 2008).

En el estudio se aplicó la exploración teórica de las fuentes secundarias y terciarias de la búsqueda de información bibliográfica para sustentar la fundamentación teórica de Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del Municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

3.3.2. Métodos Empíricos

“El método empírico consiste en observar, medir y experimentar la realidad que queremos conocer”. (Delsol, 2023)

El método empírico en el estudio que se aplicó, para la recolección de datos, sobre Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del Municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Población

“La población es conjunto de personas que se desea conocer algo en una investigación, esto puede ser infinito o finito”. (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994)

La población está constituida por 355 niños y niñas menores de 2 años registrados en el Centro de Salud de San Martín de Porres durante la gestión 2025.

3.4.2. Muestra

“Es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación y la muestra es una parte representativa de la población”. (Tamayo, 2007).

La muestra en el estudio está conformada por 13 niños menores de 2 años con desnutrición crónica en atendidos del Centro de Salud para determinar Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del Municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

3.4.3. Tipo de muestreo

"Consiste en un conjunto de reglas, procedimientos y criterios mediante los cuales se selecciona un conjunto de elementos de una población que representan lo que sucede en toda esa población" (Mata & Macassi, 1997)

En el estudio de aplico el tipo de muestreo no probabilístico y es por conveniencia, que se tiene seleccionado 13 niños menores de 2 años para determinar Estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del Municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

3.5. Técnica e Instrumento

3.5.1. Técnicas de investigación

“La encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas”. (Grasso, 2006).

La técnica empleada en la recolección de datos es la observación de cuaderno de registro de SNIS, sobre estado nutricional y desnutrición en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres del Municipio de Porvenir en el periodo de abril a junio de 2025.

3.5.2. Instrumento de investigación

El instrumento utilizado en el estudio es la observación de cuaderno de registro de SNIS del centro de Salud San Martín de Porres.

3.6. Criterio de inclusión y exclusión

3.6.1. Criterio de inclusión

Niños menores de 2 años que acuden al centro de salud San Martín de Porres.

3.6.2. Criterio de exclusión

Niños mayores de 2 años que acuden al centro de salud San Martín de Porres.

CAPITULO IV

RESULTADOS

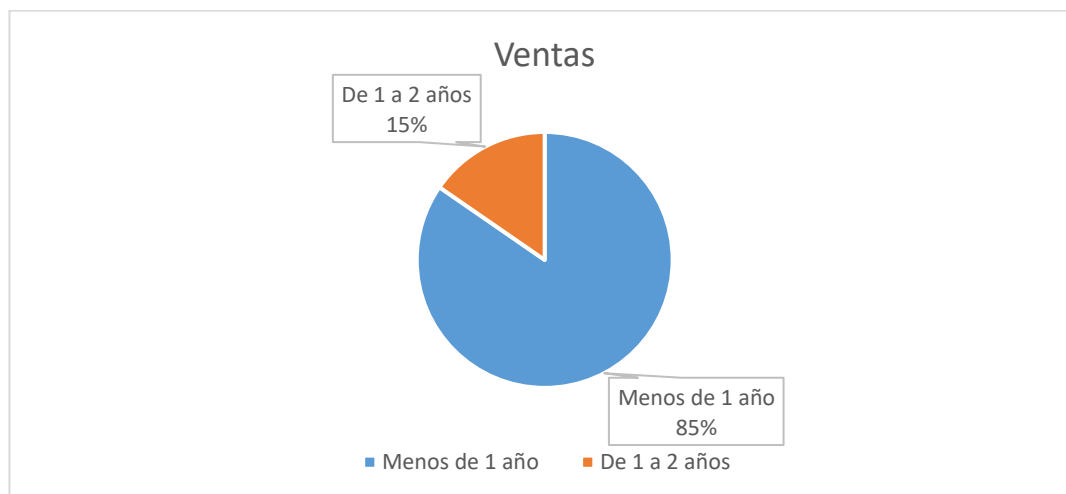
4.1. Resultados de Trabajo de campo

Tabla 1 Edad de los niños que realizan su seguimiento nutricional

Edad de los niños	Frecuencia	%
Menos de 1 año	11	85%
De 1 a menor de 2 años	2	15%
Total	13	100%

Fuente: Datos estadísticos del centro de salud San Martín de Porres.

Gráfico 1 Edad de los niños que realizan su seguimiento nutricional



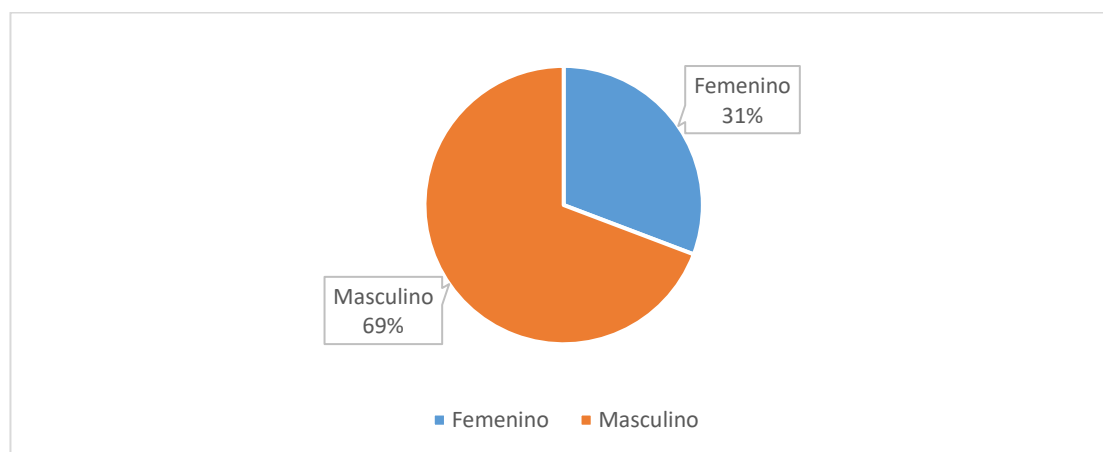
Fuente: Datos estadísticos del centro de salud San Martín de Porres.

Análisis o interpretación: De los controles del estado nutricional realizados en el centro de salud San Martín de Porres en los menores de 2 años, sobre la edad tenemos que el mayor grupo registrado con el 85% son los niños menores de 1 año y el grupo de 1 a menores de 2 años son el 15%.

Tabla 2 Género de los niños que realizan su seguimiento nutricional

Género de los niños	Frecuencia	%
Femenino	4	31%
Masculino	9	69%
Total	13	100%

Fuente: Datos estadísticos del centro de salud San Martín de Porres.

Gráfico 2 Género de los niños que realizan su seguimiento nutricional

Fuente: Datos estadísticos del centro de salud San Martín de Porres.

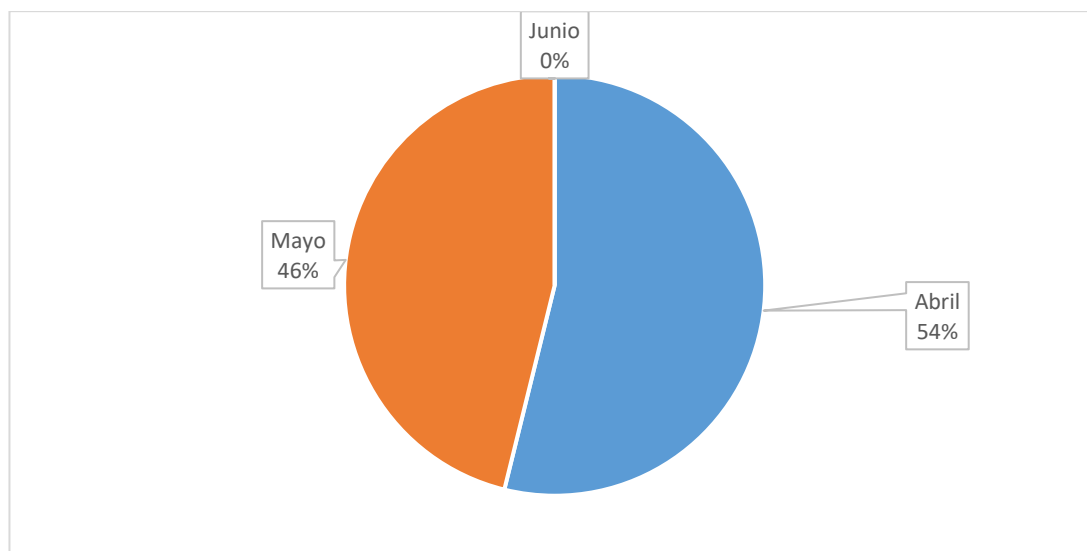
Análisis o interpretación: Referente al género de los niños con desnutrición en menores de 2 años que realizan su seguimiento nutricional en el Centro de Salud San Martín de Porres, el 69% de los niños es de género masculino y el 31% es de género femenino.

Tabla 3 El número de niños que acudieron al Centro de Salud San Martín de Porres por meses de abril a junio de 2025

El número de niños que acudieron al centro de salud por meses	Frecuencia	%
Abril	7	54
Mayo	6	46
Junio	0	0
Total	13	100%

Fuente: Datos estadísticos del centro de salud San Martín de Porres.

Gráfico 3 El número de niños que acudieron al Centro de Salud San Martín de porres por meses de abril a junio de 2025



Fuente: Datos estadísticos del centro de salud San Martín de Porres.

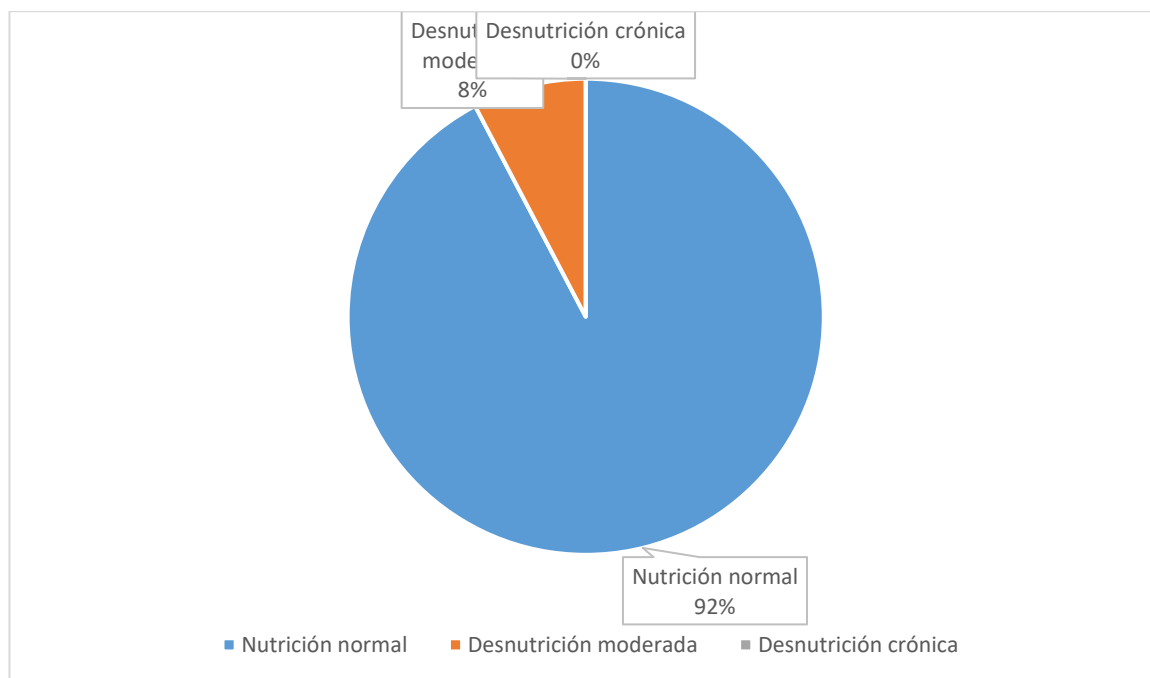
Análisis o interpretación: Con respecto al número de niños que acudieron al Centro de Salud San Martín de Porres por mes para su seguimiento nutricional, el 54% de los niños se presentaron por su seguimiento nutricional el mes de abril y el 46% en el mes de mayo.

Tabla 4 Porcentaje de consultas según tipo de desnutrición en el menor de 2 años, de abril a junio de 2025

Tipo de desnutrición	Frecuencia	%
Nutrición normal	12	92
Desnutrición moderada	1	8
Desnutrición crónica	0	0
Total	13	100%

Fuente: Datos estadísticos del centro de salud San Martín de Porres.

Gráfico 4 Porcentaje de consultas según tipo de desnutrición en el menor de 2 años, de abril a junio de 2025.



Fuente: Datos estadísticos del centro de salud San Martín de Porres.

Análisis o interpretación: Referente al tipo de desnutrición captadas en el periodo de estudio en el centro de salud San Martín de Porres, tenemos que el 92% se encuentran en estado nutricional normal, y 8% tienen desnutrición moderada.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

1. De acuerdo al análisis realizado durante el periodo de abril a junio de 2025, se evidenció la presencia de casos de desnutrición en menores de 2 años atendidos en el Centro de Salud San Martín de Porres, refleja la importancia de fortalecer las actividades de prevención, control y seguimiento nutricional en esta población vulnerable.
2. Asimismo, se observó que la mayor parte de los casos corresponde a niños de menor edad, destacando la necesidad de reforzar la vigilancia nutricional desde los primeros meses de vida mediante controles periódicos, orientación alimentaria y educación a los padres.
3. Por otro lado, el seguimiento nutricional realizado por el establecimiento de salud permitió identificar oportunamente el estado nutricional de los niños atendidos, favoreciendo una intervención temprana y adecuada para prevenir complicaciones asociadas a la desnutrición.
4. Finalmente, se concluye que es fundamental continuar promoviendo estrategias de promoción y prevención en salud, así como el compromiso de las familias y del personal de salud, con el fin de mejorar el crecimiento y desarrollo infantil en menores de 2 años.

RECOMENDACIONES

5.2. Recomendaciones

1. Las recomendaciones están enfocadas al tema de prevención de la desnutrición y la educación a la comunidad para que pueda llevar a sus niños y niñas a su control de forma regular.
2. El personal de salud debe salir a la comunidad ha hacer pesquisas a fin de poder tener un control adecuado de los menores de 2 años, por lo que también es necesario el adecuado manejo de las carpetas familiares para el seguimiento.
3. Algo que se pudo evidenciar también es que existen niños y niñas con sobrepeso, y si no se educa a la población y a las madres en especial sobre una alimentación saludable, estos menores podrán ser obesos en el futuro con consecuencias para su salud según lo indica el control de enfermedades no transmisibles pues estos con considerados como factores modificables de riesgo para la presencia de ENT.
4. Programas charlas educativas, y trabajar con las madres en gestación y con todas en general a fin de prevenir los dos extremos del estado nutricional, vale decir la desnutrición y la obesidad.
5. Es importante además que se trabaje aún más en la concientización de las madres sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y la orientación necesaria sobre el tipo de alimentos que puede consumir su bebe según su edad.
6. Es importante cuidar la calidad y frecuencia de la alimentación durante los episodios de enfermedad aguda y los períodos de convalecencia, para recuperar el estado nutricional antes de que ocurra un nuevo episodio de infección. Recomendación Durante los procesos agudos de infección es posible y conveniente mantener la alimentación habitual, en porciones menores con mayor frecuencia, para evitar el deterioro nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUR. (marzo de 2018). *Agencia de la ONU para los refugiados*. Recuperado el 2 de julio de 2018, de <https://eacnur.org/blog/tipos-desnutricion-infantil/>
- Aguero, Y. (marzo de 2013). *factores asociados con el estado nutricional de los niños y niñas en el Perú*. Obtenido de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/matema/article/viewFile/9601/8415>
- Bernabeu, J. (2010). Notas para una historia de la desnutrición en la Iberoamérica del siglo XX. *Nutr. Hosp. vol.25 supl.3 Madrid* , 1-18.
- Bernabeu, M. (2010). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900002
- Bhupathiraju, S. (octubre de 2023). *Desnutrición calórico-proteica*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n-cal%C3%B3rico-proteica>
- Cala, Á. (2015). factores de riesgo de malnutricion por defecto en niños de 1 a 5 años. *revista información científica*. Obtenido de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/220/1335>
- Casanueva, E. (2008). *Nutrición Médica*. México: Medica Panamericana.
- Cienfuegos, E. (11 de Noviembre de 2017). *Hace 75 Años La Lucha Contra La Desnutricion*. Recuperado el 11 de noviembre de 2007, de Scielo: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78n5/art13.pdf>
- El Diario. (6 de enero de 2023). Plan multisectorial de desnutrición cero. Obtenido de <https://www.eldiario.net/portal/2023/01/06/plan-multisectorial-de-desnutricion-cero-2/>
- FAO. (2018). *Nutrición internacional y problemas alimentarios mundiales en perspectiva, Causas de la malnutrición*. Obtenido de Organizacion de Naciones Unidad para la Alimentacion y la agricultura : <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s05.htm>
- Gordillo, G. (2013). *Seguridad y Soberanía Alimentaria*. Naciones Unidas: FAO. Obtenido de FAO: <chrome-extension://mhnlakgilnojmhinhkckjpnpcpbhabphi/pages/pdf/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fopenknowledge.fao.org%2Fserver%2Fapi%2Fcore%2Fbitstreams%2F6968f8fa-ec0b-4915-aeba-1a233b7eccaa%2Fcontent>
- Hernandez Franco, D., Barberena Rioseco, C., Camacho Prudente, J. A., & Vera Llamas, H. (2003). *Desnutricion Infantil y Pobreza en Mexico* . En D. Hernandez Franco, C. Barberena Rioseco, J.

- A. Camacho Prudente, H. Vera Llamas, & S. d. Social (Ed.), *Desnutrición Infantil y Pobreza en México* (pág. 30). Mexico D.F.: Serie Cuadernos de Desarrollo Humano, 12.
- Huaniquina, R. (18 de Abril de 2024). **EL 5% DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD PADECEN DE DESNUTRICIÓN AGUDA EN PANDO.** (T. PANDO, Entrevistador)
- Iglesias, L. (2020). Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. *Gerokomos vol.31 no.2 Barcelona* , 1-5.
- Lafuente, Y. (2016). Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. *Gac Med Bol vol.39 no.1*, 1-4.
- Laura, C. (10 de noviembre de 2017). *Eres mamá.* Obtenido de la desnutricion infantil: <https://eresmama.com/la-desnutricion-infantil-causas-deteccion/>
- Ley N° 1152 . (2019). *Sistema Único de Salud Bolivia.* La Paz: Gaceta oficial de Bolivia .
- Ley N° 2426. (2002). *Seguro Universal Materno Infantil – SUMI.* La Paz : Gaceta Oficial .
- Mafla, Á. (2017). *Médico de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador* . Recuperado el 15 de noviembre de 2014, de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13930/art%C3%ADculo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mancilla, E. P. (2013). *Pediatría Meneghello tmo II 6 ed.* Buenos Aires - Argentina: Medicina Panamericana .
- Martí, C. I. (29 de Febrero de 2012). *Que es la incidencia y la prevalencia de una enfermedad.* Obtenido de La Salud Publica : http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136
- Martin, C. M. (2018). *Diferencia entre las Enfermedades Crónicas y Agudas.* Obtenido de Medicina Integrativa : <https://www.carlosmoralesmartin.com/diferencia-entre-las-enfermedades-cronicas-y-agudas/>
- Medlineplus. (27 de abril de 2023). *Desnutrición.* Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000404.htm>
- Merino, J. P. (2009). *Definicion de Niño y niña* . Obtenido de <https://definicion.de/nino/>
- OMS. (31 de agosto de 2018). *Alimentacion sana.* Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- OMS. (2018). *Nutrición.* Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- OPS. (2010). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño* . segunda edición.

- OPS Y OMS. (12 de marzo de 2013). *Norma para la vigilancia nutricional de niños menores de cinco años de edad*. Obtenido de https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=304-normas-para-la-vigilancia-nutricional-de-los-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos-de-edad&category_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211
- Ravasco, P. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr. Hosp. vol.25 supl.3 Madrid*.
- Ruiz, A. (28 de Noviembre de 2017). *Web consultas revista de salud y bienestar*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/nutricion-y-enfermedad/sintomas-y-tipos-de-desnutricion>
- UNICEF. (2011). *La desnutricion infantil*. España : punto & coma. Obtenido de https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf
- Unicef. (2018). *Desnutricion en Niños* . Obtenido de <https://www.unicef.es/noticia/que-es-la-desnutricion>

ANEXOS

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD

SENVARIABLE	S. ETAREO	MES	TOTAL VARONES	TOTAL MUJERES	[< 20 AÑOS]	[20 AÑOS y +]	TOTAL_GRAL
PA 03. Nutrición normal (N)	01G: Menor de 1 año	4	3	3	0	0	6
		5	4	1	0	0	5
		Total	7	4	0	0	11
02G: 1 a menor de 2 años	02G: 1 a menor de 2 años	4	1	0	0	0	1
		Total	1	0	0	0	1
		Total	8	4	0	0	12
04. Desnutrición moderada (M)	02G: 1 a menor de 2 años	4	1	0	0	0	1
		Total	1	0	0	0	1
		Total	1	0	0	0	1
Total	Total	9	4	4	0	0	13
Total	Total	9	9	4	0	0	13



SOLICITUD

A : Lic. Kendyla Arauz Banegas.
Enc. Estadística. C.S.S.M.P.

VIA : Dr. Francisco Aguilera Cayer.
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES

DE : Srta. Emily Beatriz Yumaa Siqueira.
INTERNA DE MEDICINA DEL C.S.S.M.P.

REF : Solicitud de datos estadístico sobre estado nutricional de Niños menores de 5 años, por edad, sexo, (normal, Desnutrición leve, desnutrición moderada, desnutrición Severa, desnutrición crónica y obesidad).

FECHA : Porvenir 16 de junio de 2025.

Licenciada:

Por medio de la presente me dirijo a su autoridad para solicitarle los datos estadísticos del estado nutricional de niños menores de 5 años de los meses abril, mayo y junio de 2025 por edad y sexo.

La información solicitada será utilizada para fines de investigación y análisis epidemiológicos con el objeto de comprender la incidencia y prevalencia del estado nutricional de los niños menores de 5 años, los estados a ser medidos serán de (normal, desnutrición leve, desnutrición moderada, desnutrición severa, desnutrición crónica, obesidad).

Se le solicita la información detallada de cada mes para un mejor análisis y diagnóstico socioeconómico cultural.

Sin mas que solicitarle me despido de su autoridad deseándole éxitos en sus funciones.



