

# **SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO**

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO**

**ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**



**MONOGRAFÍA**

**“INCIDENCIA DE TALLA BAJA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL  
CENTRO DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRES, DURANTE EL PERIODOS DE  
ENERO A SEPTIEMBRE DEL 2022”**

**AUTOR: ADILSON DOS SANTOS FERNANDES**

**COBIJA – PANDO – BOLIVIA**

**2023**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, doy gracias a Dios todo poderoso, ante todo por estar presente en cada uno de mis momentos de estudios y de mi vida, brindándome esa luz necesaria para asumir los retos de la vida y amor para hacer las cosas bien, y tener el entendimiento de mis conocimientos, enseñándome que todo en esta vida se puede lograr con la dedicación, esfuerzo y amor, a pesar de los golpes y dificultades que se puedan presentar. Por la fuerza que me da cada día y por permitirme concluir con esta etapa más de mi vida.

A mis padres por el apoyo moral que me brindaron durante todo el proceso de mi formación profesional.

Gracias a los docentes por brindarme sus enseñanzas y darme más fuerzas no fue sencillo el camino pero fue de mucha importancia sus aportes para mi vida profesional

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo primero a mi esposa, por ser parte esencial en mi vida, motor de mis proyectos; guía, y ayuda presente en el momento de los problemas que se me presentaron.

Por el cariño, afecto, dedicación y cuidado que mi esposa me brindó, durante este proceso, haciéndome una persona de bien; con todo mi amor y afecto le dedico esta monografía. Con gran agradecimiento este trabajo es para usted.

## ÍNDICE GENERAL

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

2.1.3. Incidencia .....	6
2.1.4. Niños y niñas .....	6
2.1.5. centro de Salud .....	6
2.2. Marco Teórico.....	7
2.2.1. Desnutrición en niños menores de 5 años .....	7
2.2.2. Tipos de desnutrición .....	7
2.2.3. Evaluación del estado nutricional y salud en niños menores de 5 años .....	8
2.2.4. Evaluación del estado nutricional .....	8
2.2.5. Exploración antropométrica .....	9
2.2.6. Valoración de la desnutrición antropometría .....	9
2.2.7. Aspectos causantes de desnutrición infantil.....	11
2.2.8. Alimentación durante el período de la lactancia .....	12
2.2.9. Necesidades de energía y nutrientes.....	12
2.2.10. Minerales y Vitaminas .....	13
2.2.11. Lactancia materna .....	13
2.2.12. Ventajas y desventajas de la Lactancia materna .....	14
2.2.13. Lactancia complementada con fórmula.....	15
2.2.14. Alimentación complementaria .....	16
2.2.15. Características de alimentación.....	16
2.2.16. Objetivos nutricionales.....	16
2.2.17. Evaluación inicial del niño con talla baja.....	17
2.3. Marco Legal.....	22
2.3.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.....	22
CAPITULO III .....	24
MARCO METODOLÓGICO .....	24

3.1. Operacionalizacion de Varibales .....	24
3.2. Enfoque de Investigacion.....	24
3.2.1. Cuantitativas.....	24
3.3. Tipo de Investigacion.....	25
3.3.1. Descriptiva .....	25
3. 4. Metodos de Investigacion .....	25
3.4.1. Métodos Logísticos o teóricos .....	25
3.4.2. Métodos Empíricos .....	25
3.5. Poblacion y Muestra .....	26
3.5.1. Población.....	26
3.5.2. Muestra.....	26
3.5.3. Tipo de muestreo.....	26
3.6. Tecnica e Instrumento de recolección de datos .....	26
3.6.1. Técnicas de investigación.....	26
3.6.2. Instrumento de investigación .....	27
3.7. Criterios de Inclusión y exclusión .....	27
CAPITULO IV .....	28
RESULTADOS .....	28
4.1. Resultados de Trabajo de campo .....	28
CAPITULO V .....	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	35
5.1. Conclusiones .....	35
5.2. Recomendaciones .....	35
BIBLIOGRAFÍA .....	36
ANEXOS .....	38

## INDICE DE TABLA

	<b>Pág.</b>
Tabla 1 Edad de los niños con talla baja .....	28
Tabla 2 Genero de los niños con talla baja.....	29
Tabla 3 Ingreso económico mensual de las familias de las madres encuestadas .....	31
Tabla 4 Edad de inicio de la alimentación complementaria a su niño o niña.....	32
Tabla 5 Tipo de alimentos que le da a su niño o niña .....	33
Tabla 6 Cantidad de veces al día le da de comer a su bebe .....	34

## INDICE DE GRAFICOS

	<b>Pág.</b>
Grafico 1 Edad de los niños con talla baja .....	28
Grafico 2 Genero de los niños con talla baja.....	29
Grafico 3 Ingreso económico mensual de las familias de las madres encuestadas .....	31
Grafico 4 Edad de inicio de la alimentación complementaria a su niño o niña .....	32
Grafico 5 Tipo de alimentos que le da a su niño o niña .....	33
Grafico 6 Cantidad de veces al día le da de comer a su bebe.....	34

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1 Cuadernos de registro SNIS.....	39
Anexo 2 Centro de salud de San Martin de Porres.....	40

## RESUMEN

La talla baja se califica a aquel niño que es notablemente más bajo que otros niños de su misma edad, es importante acudir al pediatra si se observa una diferencia en la altura de los hijos, ya que puede ser consecuencia de algún problema en el crecimiento y desarrollo o en la absorción de nutrientes.

**El objetivo es:** determinar la incidencia de talla baja en niños menores de 2 años en el Centro de Salud San Martín de Porres, del 2022.

**Metodología:** el estudio se caracteriza del enfoque cuantitativo, del tipo de estudio descriptivo de corte trasversal, la población de estudio son las madres que tienen niños menores de 2 años, la muestra en el estudio está conformado por 4 niños que tienen el diagnóstico de talla baja en el centro de salud.

**Resultados:** Los casos de niños con talla baja, género el 75% son de sexo femenino y el 25% son de sexo masculino y grupo etario, el 75% son de 1 a 2 años de edad y el 25% son menores de 1 año, que acudieron al establecimiento de salud.

Los factores socioeconómicos relacionados a la madre de ellos niños menores a 2 años, el 75% tiene un ingreso promedio, menor a 1.000 bs y el 25% entre 1000 y 1500 Bs por mes.

El inicio de la alimentación complementaria de los niños de 2 años, el 50% les dio a los 6 meses, el 25% indican a los 5 meses e igual porcentaje a los 4 meses.

**En conclusión:** las madres de los niños de dos años desconocen las causas de sus niños que presentan la talla baja.

**PALABRAS CLAVES:** Incidencia, talla baja, niños menores 2 años

## **ABSTRACT**

Short stature is described as a child who is significantly shorter than other children of the same age. It is important to see a pediatrician if a difference in the height of the children is observed, since it may be the consequence of some problem in growth and growth or nutrient absorption.

The objective is: to determine the incidence of short stature in children under 2 years of age at the San Martín de Porres Health Center, in 2022.

Methodology: the study is characterized by the quantitative approach, the type of descriptive cross-sectional study, the study population is mothers who have children under 2 years of age, the sample in the study is made up of 4 children who have the diagnosis of height Get off at the health center.

Results: The cases of children with short stature, gender, 75% are female and 25% are male and age group, 75% are from 1 to 2 years of age and 25% are under 1 year of age. who attended the health facility.

The socioeconomic factors related to the mother of children under 2 years of age, 75% have an average income of less than 1,000 Bs and 25% between 1,000 and 1,500 Bs per month.

The start of complementary feeding of 2-year-old children, 50% gave them at 6 months, 25% indicated at 5 months and the same percentage at 4 months.

In conclusion: the mothers of two-year-old children are unaware of the causes of their children presenting short stature.

**Keyword:** Incidence, short stature, children under 2 years

## INTRODUCCIÓN

El crecimiento biológico es un aumento irreversible de tamaño en un organismo, como consecuencia de la proliferación celular, misma que conduce al desarrollo de estructuras más especializadas del organismo, comenzando por las propias células y, pasando por tejidos, hasta llegar a órganos y sistemas. (Lairus, 2014)

Desde hace mucho tiempo, se conoce que el crecimiento en peso y talla de niños bien alimentados, aun con distinto backgrounds genético, es similar, principalmente en los cinco primeros años. La evaluación del crecimiento es un indicador muy sensible del estado de salud de un niño o una población. Las tablas de crecimiento son herramientas esenciales en la práctica pediátrica corriente, al ayudar a determinar en qué medida se cumplen las necesidades fisiológicas para el crecimiento y desarrollo durante el crítico periodo de la infancia. (Estrada, 2011)

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, etc. (MSD 2012)

Según el informe del CT- CONAN en el informe realizado el 2010, indica que El Estado Plurinacional de Bolivia prioriza el desarrollo humano y sus derechos fundamentales, entre ellos el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA), que en primera instancia significa la prevención de la desnutrición y las muertes por esta causa preservando de esta manera el potencial humano, fisiológico y económico de la población boliviana, para lo cual se ha creado y puesto en marcha el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMD-C) en un marco de convergencia multisectorial y liderizado por la primera autoridad del país.

Las Encuestas de Demografía y Salud (ENDSA) de los años 1994 al 2003 han mostrado un ritmo de reducción de la desnutrición crónica de 0.32 puntos porcentuales por año en la población de 3 a 23 meses, en el año 2003 el porcentaje de niños y niñas de ese grupo etáreo con talla baja alcanzaba a 26,6% y con bajo peso a 7.3%. Hasta el año 2006, no se contaba con

un programa nacional enfocado a la reducción de la desnutrición crónica, siendo el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), un instrumento que media únicamente la desnutrición global (peso para la edad) y la normativa vigente se orientaba a la promoción del incremento de peso, con una variedad de propuestas aplicadas en terreno por diferentes organizaciones no gubernamentales.

Por lo que actualmente se ha visto de suma importancia la intervención en la lucha contra la desnutrición crónica en todo el territorio nacional.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA INVESTIGADO**

#### **1. 1. Planteamiento del Problema**

##### **1.1.1. Descripción de la situación del problema**

La desnutrición 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.

Deficiencias hormonales, que incluyen hipotiroidismo, deficiencia de la hormona del crecimiento, diabetes, la enfermedad de Cushing, en la que el cuerpo produce demasiado cortisol, (la hormona del estrés del cuerpo) o debido a un tratamiento prolongado con dosis altas de esteroides.

La mayoría de los problemas de salud se detectan cuando el niño parece más pequeño que sus compañeros de clase, o cuando el crecimiento se desacelera durante varios meses. Una señal principal de un problema de crecimiento es cuando un niño crece menos de 3,5 cm (1,4 pulgadas) al año después de su 3.er cumpleaños.

##### **1.1.2. Formulación del Problema**

¿Incidencia de talla baja en niños menores de 2 años en el centro de salud San Martín de Porres, durante los periodos de enero a septiembre, del 2022?

#### **1.2. Delimitación del Problema**

##### **1.2.1. Delimitación Temática**

Incidencia de talla baja en niños menores de 2 años

##### **1.2.2. Delimitación Espacial**

Centro de Salud San Martín de Porres Municipio de Porvenir

### **1.2.3. Delimitación Temporal**

El presente estudio tuvo lugar en el periodo de enero a septiembre de 2022

### **1.3. Objeto del estudio**

Incidencia de talla baja en niños menores de 2 años en el Centro de Salud San Martín de Porres, durante los periodos de enero a septiembre, del 2022.

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la incidencia de talla baja en niños menores de 2 años en el Centro de Salud San Martín de Porres, durante los periodos de enero a septiembre, del 2022.

#### **1.4.2. Objetivo Especifico**

- Identificar casos de niños con talla baja, género y grupo etario, que acudieron al establecimiento de salud
- Establecer los factores socioeconómicos relacionados a la madre d ellos niños menores a 2 años.
- Describir la alimentación complementaria que reciben los niños de 2 años.

### **1.5. Justificación**

#### **1.5.1. Justificación Teórica**

La talla baja familiar se caracteriza por una talla bajo el percentil 3, pero con un crecimiento y desarrollo a una velocidad normal, edad ósea dentro de límites normales y una estatura acorde a la talla parental. Recordar siempre medir a los padres y sus proporciones corporales, ya que un padre con talla baja severa, podría corresponder a una displasia esquelética, como la hipocondroplasia o un síndrome de Leri-Weill, que son de herencia autosómico dominante. (Mericq, 2016)

#### **1.5.2. Justificación Social**

La presente investigación se desarrolla, sobre la incidencia con talla baja en niños menores de 2 años en el Centro de Salud San Martín de Porres, durante los periodos de enero a septiembre,

en el Municipio de Porvenir de la gestión 2022, las infecciones en el bebé en desarrollo antes del nacimiento, desnutrición, crecimiento del bebé mientras está en el vientre (restricción del crecimiento intrauterino) o un bebé pequeño para la edad gestacional.

### **1.5.3. Justificación Practica**

Con el presente trabajo de investigación se propone implementar las estrategias educativas a las madres, que tienen niños menores de 2 años, sobre las consecuencias y los factores que inciden a la talla baja, esto para prevenir y así reducir la incidencia de niños con talla baja, en el municipio de Porvenir.

## **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. centro de Salud**

Un centro de salud es un edificio destinado a la atención sanitaria de la población, el tipo de actividad asistencial y la calificación del personal pueden variar según el centro y la región. Lo habitual es que el centro de salud cuente con la labor de médicos clínicos, pediatras, enfermeros y personal administrativo.

## **2.2. Marco Teórico**

### **2.2.1. Desnutrición en niños menores de 5 años**

La desnutrición es el estado patológico resultante de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Habitualmente, genera una pérdida de peso corporal. (Casanueva, 2008)

Según los investigadores y la OMS definen la desnutrición como un estado en el cual la carencia prolongada de uno o más nutrientes retrasa el desarrollo físico del niño, o bien da lugar a la aparición de condiciones clínicas específicas como anemia, bocio y raquitismo, lo cual afecta en especial a los niños menores de 5 años, donde se marca en el peso y talla en las diferentes edades, siendo este el mayor problema a nivel nacional, lo cual perjudica en el rendimiento escolar a largo plazo, provocando problemas físicos y clínicos. (OPS, 2010)

Los últimos datos de la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la Alimentación (FAO) muestran el fracaso de la lucha contra el hambre en el mundo. Según un informe publicado por la FAO, a nivel mundial hay 842 millones de desnutridos y las perspectivas de reducir, de manera relevante, esta cifra en el futuro son sombrías. (FAO, 2018)

### **2.2.2. Tipos de desnutrición**

La desnutrición proteica calórica es un estado clínico-patológico que se presenta, cuando una dieta no es capaz de satisfacer las necesidades corporales de proteínas y energía o ambas, que incluye una variedad amplia de manifestaciones clínicas, condicionadas por la intensidad relativa de la deficiencia de proteínas o de energía, la severidad y duración de las deficiencias, edad del paciente, causas de la deficiencia y asociación con otras enfermedades nutricionales o infecciosas. (Martín, 2018)

#### ***2.2.2.1. Desnutrición aguda***

Se manifiesta por bajo peso en relación a la talla del individuo, el cual se origina por una situación reciente de falta de alimentos o una enfermedad que haya producido una pérdida rápida

de peso. Este tipo de desnutrición es recuperable, sin embargo, de no ser atendida oportunamente pone en alto riesgo la vida del individuo. (Martin, 2018)

#### ***2.2.2.2. Desnutrición crónica o retardo del crecimiento***

Se manifiesta por una baja talla de acuerdo a la edad del individuo, a consecuencia de enfermedades recurrentes y/o una ingesta alimentaria deficiente y prolongada. Este tipo de desnutrición disminuye permanentemente las capacidades físicas, mentales y productivas del individuo, cuando ocurre entre la gestación y los treinta y seis (36) meses. (Mancilla, 2013)

#### ***2.2.2.3. Retardo en niños menores de 5 años***

La evaluación del crecimiento físico de los niños menores de 5 años, con edades comprendidas entre los 0 años a 4 años 11 meses, mediante el indicador talla para la edad ha permitido contar con información primaria sobre el estado nutricional de la población. Los censos de talla en niños y niñas menores de 5 años se convierten en instrumentos adicionales para dar respuesta a las necesidades de información a mediano plazo, respecto a la cuantificación de los logros en desarrollo humano como resultado de acciones sociales asociadas, sostenidas y de cambios económicos. (Mancilla, 2013)

#### **2.2.3. Evaluación del estado nutricional y salud en niños menores de 5 años**

El niño desde el punto de vista de su desarrollo psicobiológico, es la denominación utilizada a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad, como sinónimo de infantil o pueril, el término se aplica a quien no es considerado adulto, niñez es un período de muchos cambios en la vida de un niño. A esta edad, los niños ya pueden vestirse por sí solos, atrapar una pelota más fácilmente solo con las manos y amarrarse los zapatos. Lograr independizarse de la familia es ahora más importante. (Mericq, 2016)

#### **2.2.4. Evaluación del estado nutricional**

La valoración del estado nutricional es una parte muy importante en la evaluación del crecimiento y el desarrollo de los niños, ya que permite identificar a aquellos que están de alguna manera en Situaciones de riesgo nutricional, ya sea por deficiencia o exceso de nutrientes y dar atención sanitaria oportuna. (Mancilla, 2013)

### **2.2.5. Exploración antropométrica**

**Peso:** Es un indicador útil en la determinación de la masa corporal total. Debe realizarse con el niño desnudo o con la menor cantidad de ropa posible y descalzo; es más conveniente determinarlo en ayunas. Para determinarlo se pueden usar balanzas o las básculas clínicas con precisión mínima de 500 g. Se debe relacionar con la edad y/o con la talla para que sea más sensible. Este proporciona informe sobre el estado nutricional actual. (Ravasco, 2010)

**Talla:** Junto con la talla sentada y la longitud de la extremidad superior constituyen indicadores del crecimiento lineal. Se utilizan estadiómetros con una precisión mínima de 0.5 cm. Técnica para medirla: Niño de pie, erecto, descalzo, con los pies unidos por los talones formando un ángulo de 45 grados y la cabeza con el plano de Frankfurt a escala horizontal; los talones, las nalgas y la parte media superior de la espalda y los talones, deben tomar contacto con la guía vertical de medición; luego se desliza la pieza superior del tallímetro hasta tocar la cabeza del niño.

**Perímetro craneal:** Índice fidedigno del crecimiento cerebral: Se mide colocando una cinta métrica inextensible alrededor de la cabeza, de manera que cruce la frente sobre la glabella y los arcos superciliares y en la parte posterior, sobre la parte más prominente del occipucio.

**Pliegues cutáneos:** Permiten medir la depleción o el exceso de los depósitos de grasa. Los más utilizados son: tricipital, bicipital, subescapular y supra iliaco. Reflejan estado nutricional actual y ayuda a detectar obesidad.

### **2.2.6. Valoración de la desnutrición antropométrica**

La valoración antropométrica consiste en la medición de las dimensiones y la composición global del cuerpo humano, las que indudablemente se ven afectadas por la nutrición durante el ciclo de vida. Los indicadores antropométricos miden, por un lado, el crecimiento físico del niño, a partir de la determinación de la masa corporal total ( peso y talla) y, por el otro, la composición corporal, es decir, la masa grasa libre de grasa ( pliegues y circunferencia) (Casanueva, 2008)

Es una de las técnicas más ampliamente utilizadas para valorar la composición corporal, pues su simplicidad la hace apropiada en grandes poblaciones. El objeto es cuantificar los principales

componentes del peso corporal e indirectamente valorar el estado nutricional mediante el empleo de medidas muy sencillas como peso, talla, longitud de extremidades, perímetro o circunferencia corporal medida de espesores de pliegues cutáneos, etc. A partir de ellas, calcular diferentes índices que permiten estimar la masa libre de grasa corporal.

### ***2.2.6.1. Crecimiento y desarrollo Según la organización mundial de la salud***

“Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez”.

**El crecimiento:** puede estudiarse también en otros planos más complejos de organización, a nivel de los tejidos y de los órganos; nivel de la masa corporal total, con mediciones antropométricas que tiene una gran aplicación clínica, tales como el peso y la estatura. (OPS, 2010)

**Desarrollo:** Es un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitar vital. Esto se traduce por aumento de la autonomía del niño que va siendo progresivamente más independiente, a la vez que se incrementa la capacidad de comunicación con su familia y la sociedad.

**Peso para la Edad (P/E):** Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo alcanzado por el niño.

**Talla para la Edad (T/E):** Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo.

**Peso para la Talla (P/T):** Refleja el estado nutricional actual. El peso bajo para la talla, es indica que la masa muscular y la grasa se encuentran disminuidas. Sin embargo este estado es recuperable en el niño puede superarse con un tratamiento dietético acorde a las necesidades del infante y puede lograr un peso para la talla normal.

### ***2.2.6.2. Ventajas de la Valoración Antropométrica***

- Procedimiento sencillo, seguro y no invasivo.

- El equipo es barato, portátil y duradero.
- Efectivo para realizar un buen trabajo.
- Los métodos son precisos y exentos, si se utiliza de acuerdo a normas estándar.
- Proporciona información sobre los hechos pasados. Las mediciones pueden ayudar en la identificación de caso de malnutrición ligera o moderada, así como en los graves.
- La metodología permite valorar cambios del estado nutricional en el tiempo, entre individuos y entre poblaciones, y de una generación a otra, finalmente.

### **2.2.7. Aspectos causantes de desnutrición infantil**

**Socioeconómicos:** Son los detonantes más resaltantes de la desnutrición infantil. El estado nutricional del niño es un aspecto que no se encuentra aislado. Existen factores socioeconómicos, tales como vivienda, estructura familiar, educación, salud e ingreso que influyen para bien o para mal.

**Alimentación:** Una insuficiente ingesta de alimentos tanto en cantidad como en calidad no es la única causa de la desnutrición infantil, existen otros fenómenos como: socioeconómicos, ambientales, culturales y educacionales que caracterizan al país y más específicamente a la familia de los niños, por la falta de cuidado de los padres o el cuidador y al desconocimiento del amor que éstos deben tenerle y transmitirle a este ser, son aspectos que también le dan origen a este mal.

**El Inadecuado Saneamiento Ambiental:** Las familias que no potabilizan el agua; ni protegen los alimentos, también las familias que no se lavan las manos antes de preparar y comer los alimentos y aquellas familias que crían animales dentro de su casa.

**Económicos:** Los componentes económicos como el desempleo y un presupuesto familiar menor a la canasta básica, nivel educativo bajo, niños en edad escolar que no acuden a ninguna institución educativa, familias numerosas, madres adolescentes o ausencia de uno de los padres.

**Familiares:** Cuando hay un intervalo corto entre el nacimiento un niño y otro niño, así como también las familias con varios hijos.

**Nutricionales:** Una dieta baja en proteínas, acompañada de una mala alimentación de la madre durante la gestación, no proporcionar alimentación con leche materna al recién nacido es un

factor importante para hablar de desnutrición infantil, teniendo en consideración que la formula jamás remplazara a la leche materna.

### **2.2.8. Alimentación durante el período de la lactancia**

Se ha observado que la nutrición de la madre determina la condición nutricional de su hijo. Asimismo, su estado nutricional está condicionado por la cantidad de reservas tisulares, es decir por el estado nutricional previo al embarazo, así como, por el nivel de ingesta durante el mismo y durante la lactancia.

Madres con estado nutricional normal pueden producir alrededor de 400ml de leche por día las primeras semanas después del parto, incrementándose hasta 800 ml. por día entre las 6 y 8 semanas. Mientras que madres con déficit nutricional o bajo nivel de vida, producen menor cantidad, aproximadamente 200 a 250 ml. menos. Esta diferencia puede deberse en parte a que hijos de madres con desnutrición presentan bajo peso de nacimiento y la menor capacidad de succión de estos niños se correlaciona con el volumen de leche materna. En cambio la desnutrición marginal no afecta claramente el volumen de la leche materna.

### **2.2.9. Necesidades de energía y nutrientes**

Durante la lactancia las necesidades nutricionales (energía, proteínas, vitaminas y minerales) de las madres están incrementadas. (FAO, 2018)

**Energía:** El costo energético de la lactancia en los seis primeros meses ha sido calculado en 135.000Kcal. Considerando: una producción diaria de leche en promedio de 850ml., un contenido energético por 1ml en promedio de 0.65 a 0.70 de Kcal de leche y una eficiencia de conversión de energía dietética en energía láctea de 80%., la mujer en período de lactancia necesita ingerir 500Kcal. adicionales por día. (FAO, 2018)

Madres con una ingesta adecuada de alimentos durante el embarazo acumulan aproximadamente 4Kg. de grasa, implicando esto una reserva de 36.000Kcal disponibles para la lactancia. Por tanto, las necesidades energéticas adicionales durante los seis primeros meses de lactancia son 100.000Kcal., o sea 550Kcal diarias. Las necesidades durante este periodo y los posteriores tendrán que reajustarse según las reservas maternas de grasa y los tipos de actividad. (FAO, 2018)

**Proteínas:** La cantidad de proteínas necesaria durante la lactancia se estima considerando 850 ml de leche producida (con un coeficiente de variación de 12.5%), el contenido de 1.2g. de proteína en 100ml de leche materna y la eficiencia de conversión de proteína dietética en proteína láctea de 70%. Por ello, se recomienda una dosis inocua de proteínas suplementarias de 16 g/día durante los seis primeros meses de lactancia, 12 g/día los segundos seis meses y 11g/día después del año de lactancia. (FAO, 2018)

#### **2.2.10. Minerales y Vitaminas**

Las necesidades adicionales son estimadas en base a:

- Las variaciones en el recambio de nutrientes debidas a alteraciones en el estado Endócrino.
- Las debidas a la transferencia de nutrientes a la leche materna y la eficiencia de transferencia. (FAO, 2018)

#### **2.2.11. Lactancia materna**

Es un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva. (Lozano, 2012)

**Composición de leche materna:** La Leche humana es un sistema que se estructura en tres fases: emulsión-glóbulos de grasa, suspensión-micelas de caseína y solución-constituyentes hidrosolubles.

**Composición de la fracción emulsión:** Constituye la fase lipídica de la leche humana en la que se encuentran los aceites, las grasas, los ácidos grasos libres, las vitaminas y demás componentes liposolubles, se encuentra en forma de glóbulos envueltos por una membrana fosfolipoproteica que contribuye a minimizar las interacciones indeseables que podrían ocurrir entre los componentes de la leche como, por ejemplo, la saponificación, también a maximizar los procesos de digestión y absorción de los nutrientes y permitir la coexistencia de grasa y lipasa. Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche que el lactante recibe a través de la leche humana. (Lozano, 2012).

**Composición de la fracción suspensión:** Sus principales componentes son las proteínas, calcio y fósforo. Su primordial y exclusiva función es nutricional, proporcionando las necesidades de crecimiento estructural celular del lactante. (Lozano, 2012).

**Composición de la fracción solución:** Está constituida por las sustancias hidrosolubles como carbohidratos, proteínas, enzimas, hormonas y algunas vitaminas y minerales. Es lo que se considera el suero de la leche.

- Agua: Es el principal componente de esta fracción y cubre las necesidades del lactante si es amamantado exclusivamente y a demanda.
- Proteínas del suero: Son especialmente importantes por su actividad biológica: inmunoglobulinas, enzimas, algunas hormonas, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorios.
- Factores protectores: La fracción solución contiene la mayoría de los factores de protección presentes en la leche. Los principales son las inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgD e IgE).
- Carbohidratos: La lactosa constituye el carbohidrato predominante. Proporciona el 40% de la energía, aporta glucosa como fuente de energía y galactosa necesaria (fundamental para el desarrollo del sistema nervioso central).
- Minerales: Su concentración es suficiente para cubrir las necesidades del lactante. (Lozano, 2012)

## **2.2.12. Ventajas y desventajas de la Lactancia materna**

### **Ventajas Para el lactante**

- Favorece la liberación de la hormona de crecimiento
- Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias, tapiza el intestino protegiéndolo frente a los patógenos.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad.
- Es de fácil digestión y evita el estreñimiento

### **Para la madre**

- La lactancia materna llena la necesidad del niño o niña de estar cerca a su madre

- El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente, disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores al parto y mejora la posible anemia.
- Favorece la recuperación del peso y la silueta.
- Hay menor riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo cuando el niño es amamantado con leche materna exclusiva
- La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija.
- No se debe preocupar por la preparación, ni en gastos económicos.

Contribuye al cuidado del planeta disminuyendo la huella ecológica. (UNICEF, 2013).

### **Desventajas**

Las desventajas son prácticamente nulas, si se puede considerar son las relacionadas con la vida diaria de la madre, teniendo ciertas limitaciones especialmente en el ámbito laboral, como por ejemplo horarios exagerados, explotación laboral, lugares de trabajo muy distantes, malas técnicas de extracción y conservación de la leche materna para alimentar al niño cuando la madre está en trabajo y por ende está obligada a no trabajar, también implica falta de información. (Cilla, 2012).

### **2.2.13. Lactancia complementada con fórmula**

También se la conoce como lactancia mixta, cuando no sea posible la alimentación al pecho materno se realizará con las llamadas leches para lactantes o fórmulas de inicio. Son leches elaboradas a partir de la leche de vaca y sustituyen a la leche materna para los lactantes sanos durante los 6 primeros meses de vida y luego de estos además de la lactancia artificial se debe iniciar y alimentación complementaria. En ellas se han realizado modificaciones, para asemejarlas a la leche materna en cuanto a contenido proteico. Su uso en los niños luego del nacimiento del niño de cuyas madre en la cual hay producción menor de leche materna da la seguridad a la madre de seguir amamantando hasta la producción suficiente de leche materna, sin embargo el niño puede desarrollar preferencia por el biberón o tetinas, e incluso perder peso mayor de lo esperado. (Taylor, 2013)

#### **2.2.14. Alimentación complementaria**

Según la Organización Mundial de la Salud define como el proceso que comienza cuando la leche materna por sí solo ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos además de la leche materna. (OMS, 2014).

#### **2.2.15. Características de alimentación**

La alimentación del niño en la primera infancia debe reunir ciertas características.

- **Completa:** debe incluir alimentos de todos los grupos (variedad).
- **Equilibrada:** debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas. Combinación adecuada de alimentos de origen animal y vegetal
- **Suficiente:** debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.
- **Adecuada:** debe adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el niño, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas. (Hernandez, 2013).

**Tipo de alimentos:** La alimentación se tiene que basar en la ingesta de frutas y verduras que aportan vitaminas, minerales, fibra, agua, antioxidantes y se debe dar en porciones de 2 a 3 diarias y variadas. La leche y derivados es fuente importante de proteínas, vitaminas y sobretodo de calcio, para el crecimiento y mantenimiento de huesos y dientes sanos el cual consumirá 2 raciones diarias, utilizar leche descremada a partir de los 3 años. La carne también es fuente importante de proteínas siempre cuando sea carne sin grasa ya que esta es de tipo saturada. (Gajardo, 2014).

Los pescados y marisco ricos en proteínas, vitamina D y yodo, y en ácidos grasos Omega 3 y se debe consumir 3 porciones a la semana. Los carbohidratos como cereales deben consumirse también es la basa de la alimentación ya aportan mayor porcentaje de energía deberá consumir 3-4 raciones diarias. (Gajardo, 2014).

#### **2.2.16. Objetivos nutricionales**

Asegurar el crecimiento y el desarrollo del niño, adecuándose a su estado físico.

Prevención de enfermedades que se presentan en el adulto y con base nutricional desde la infancia: enfermedad isquémica coronaria, aterosclerosis, osteoporosis, ciertos tumores, accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial, obesidad, diabetes o trastornos del aprendizaje y del desarrollo mental (deficiencia de hierro).

- Promoción de hábitos dietéticos saludables
- Mantenimiento y promoción del consumo de frutas, verduras y pescado.
- Asegurar el consumo de lácteos
- Aumento de la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (pan, legumbres, pasta, gofio, patatas y cereales) y reducir el consumo de azúcar, dulces.
- El agua debe ser la bebida de elección, debiendo ingerir suficiente cantidad y evitando los refrescos los zumos industriales, las colas, el té y el café.
- Disminuir el consumo de sal, aperitivos y precocinados.
- Estimular el ejercicio físico. Realizar un mínimo de 60 minutos de ejercicio diario moderado-vigoroso al aire libre.
- Mantener un peso saludable. (Ros, González, & Ria, 2012).

#### **2.2.17. Evaluación inicial del niño con talla baja**

El enfrentamiento inicial de un niño con talla baja debe considerar la evaluación de una serie de indicadores de crecimiento, que nos permitirán hacer una estimación aproximada de los cambios somáticos que experimenta el paciente en el tiempo. Dentro de éstos cabe destacar:

**Curva de crecimiento:** es de vital importancia contar con curvas de referencia poblacional actualizadas y aplicables a la realidad local. El MINSAL ha sugerido que los niños chilenos se evalúen con las curvas de la OMS, que establecen al lactante alimentado con leche materna como patrón de referencia para determinar el crecimiento adecuado hasta los 5 años. (Mericq, 2016)

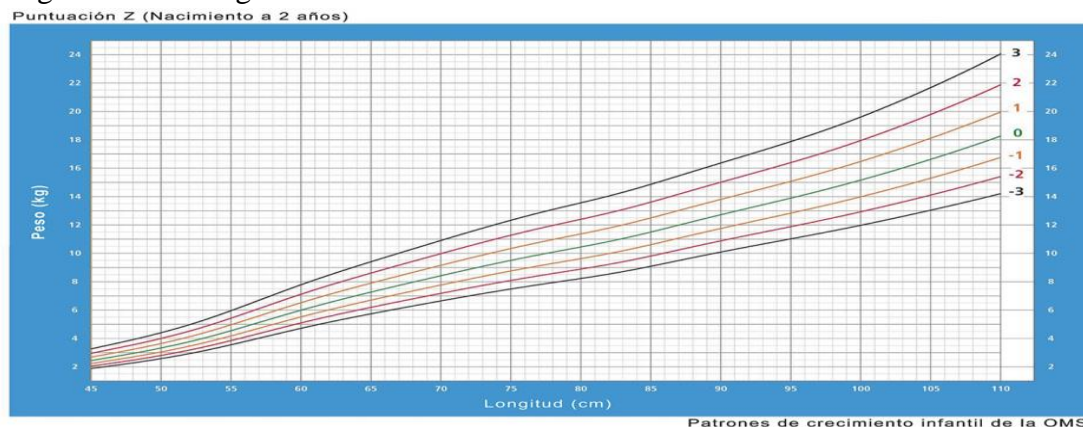
**Medición de la estatura:** respecto a la talla, las medidas deben ser obtenidas en forma correcta, con el paciente descalzo y con instrumentos adecuados, usando un estadiómetro fijo a la pared con barra móvil en 90° y escala métrica, desde los dos años y con infantómetro (podómetro) para medición de talla en decúbito en lactantes. Recordar que en la transición de medición en decúbito a evaluación de pie, no debiera existir una diferencia mayor a 2 cm.

talla absoluta. Una talla menor a -3 DE, debe considerarse siempre como patológica, mientras que la mayoría de los niños que crece entre percentil 3 y 5, en general no tiene patología y corresponden a variantes normales (talla baja familiar y/o retraso constitucional del desarrollo).

**Velocidad de crecimiento:** expresada en cm/año, constituye uno de los elementos críticos en la evaluación de un paciente con talla baja. Una velocidad de crecimiento normal, es un buen y precoz indicador de salud en un niño. Debe ser establecida en un período no menor a 3 meses en el lactante y a 6 meses en el niño mayor.

Hay que considerar que en los primeros dos años de vida un sujeto adquiere el carril de crecimiento que corresponde a su carga genética, por lo tanto, en ese período pueden ocurrir cambios en la curva de crecimiento (canalización). Posteriormente y hasta el inicio del desarrollo puberal, no es habitual cambiar de carril de crecimiento y siempre amerita evaluación. Cabe señalar que luego de los 2 años no debieran producirse cambios en la curva de crecimiento  $>0,25\text{DE/año}$ . (Mericq, 2016)

Figura 1 Peso longitud niños menores de 2 años

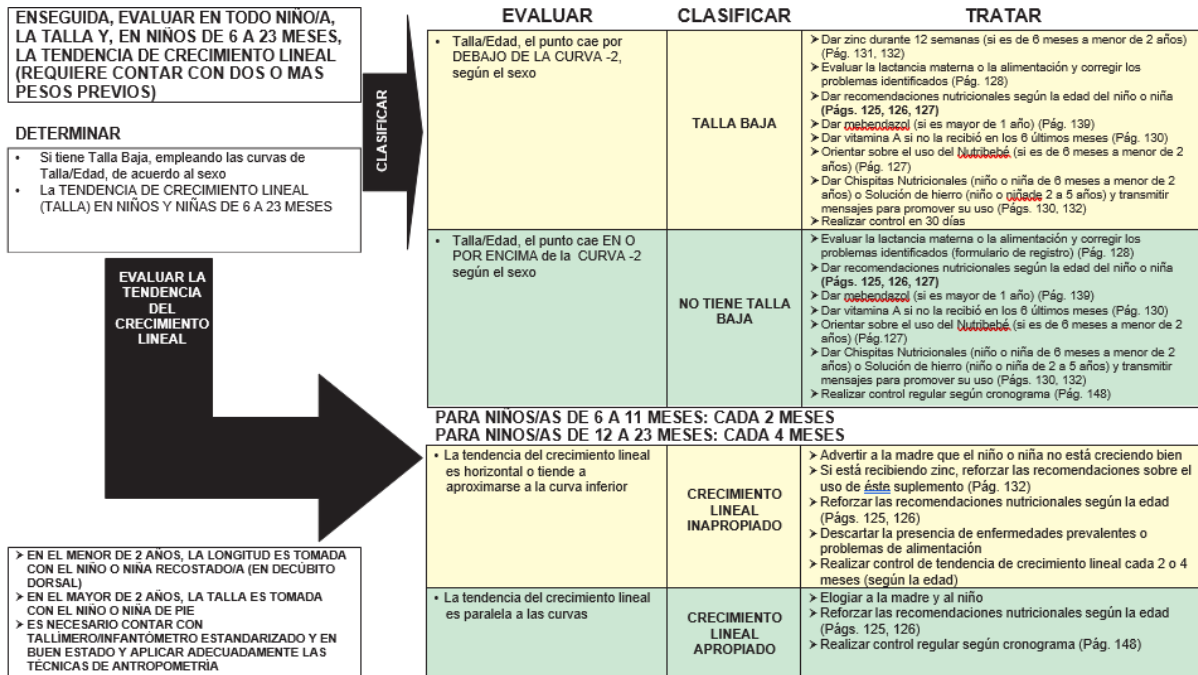


Fuente: OMS

**Relación Peso/talla:** es importante evaluar la talla de un niño en el contexto de su curva de peso. Así por ejemplo, aquel paciente en el cual se comprometió primero el peso y luego la talla, orienta a una enfermedad sistémica como causa del hipocrecimiento (enfermedades renales, cardíacas, pulmonares o malabsorción). Por el contrario, una talla baja asociada a un incremento de peso, hace necesario descartar una patología endocrina, como déficit de hormona de crecimiento, hipotiroidismo, hipercortisolismo, entre otras.

**Talla diana o carga genética:** la talla final de un niño tiene relación directa con la estatura de sus padres, la cual debe ser medida por el pediatra y no solo referida anamnesticamente. En el caso de evaluar una niña, la carga genética se determina:  $[(\text{talla padre} - 13 \text{ cm}) + \text{talla madre}] / 2$  y en el caso de los niños:  $[\text{talla padre} + (\text{talla madre} + 13 \text{ cm})] / 2$ . Luego se grafica en la curva de crecimiento y se dibuja el rango de 1 desviación estándar que para hombre corresponde a  $\pm 7 \text{ cm}$  y en el caso de las mujeres, a  $\pm 5 \text{ cm}$ .

**Cuadro de procedimientos 27: evaluar la talla/longitud del niño o niña**



Fuente: atención integrada al continuo del curso de la Vida, 2013

Causas de talla baja según (european society for paediatric endocrinology)

PRIMARIAS (alteración intrínsecas del cartílago de crecimiento)			
1. Síndromes definidos	2. Pequeño para la edad	3. Displasias esqueléticas	4. Displasias con defectos de la mineralización
- Sd. Turner	para la edad	- Acondroplasia	de la
- Sd. Noonan	gestacional sin	- Hipocondroplasia	mineralización
- Sd. Down	crecimiento	- Discondrosteosis	-
- Sd. de Digeorge	compensatorio.	- Osteogénesis	Raquitismo
- Sd. Cornelia de Lange			
- Sd. de Silver-Russell			

		imperfecta - Mucopolisacaridosis	
SECUNDARIAS (alteración de la fisiología del cartílago de crecimiento)			
1. Desnutrición 2. Enfermedades sistémicas: - Cardiopatía - Enfermedad pulmonar crónica - Enfermedad hepática - Enfermedad intestinal (malabsorción, enf. inflamatoria intestinal) - Sd. intestino corto - Enfermedad renal crónica - Anemia crónica	3. Desórdenes del eje gH/IgF-1 y resistencia a GH 4. Endocrinopatías - Sd. Cushing - Hipotiroidismo - Diabetes mellitus sin control metabólico 5. Enfermedades metabólicas: - Metabolismo Ca/P - Errores innatos del metabolismo (carbohidratos, lípidos, proteínas)	6. Psicosocial: - Deprivación emocional - Anorexia nerviosa - Depresión 7. Iatrogénicas: - Glucocorticoides (local o sistémico) - Radio/Quimioterapia	

### Síndrome clínicos asociados a talla baja

SÍNDROME	DISMORFIAS	GEN/LOCUS	HERENCIA
Deleción 18q	Microcefalia, hipertelorismo, ptosis, estrabismo, orejas grandes, retardo mental, micropene	18q	Esp

Bloom	Telangiectasias, voz aguda, manchas café con leche, hipogonadismo, inmunodeficiencia	RECQL3	AR
Cockayne	Microcefalia, fotosensibilidad, retardo mental, lipoatrofia, microftalmia	ERCC6, ERCC8	AR
Coffin-Lowry	Sordera, deformidad esquelética progresiva, labios y glabella prominentes	RPS6KA3	RLX
Cornelia de Lange	Sinofris, hirsutismo, oligodactilia, narinas antevertidas, micrognatia	NIPBL, SMC1L1, SMC3	AD, RLX, Esp
Digeorge	Anomalías palatinas, cardiopatías conotruncales	22q11.2	Esp
Down	Epicanto prominente, hipotonía muscular, macroglosia	21	Esp
Dubowitz	Retardo mental, microcefalia, eczema, frente amplia	Desconocido	
Floating harbor	Cara triangular, nariz bulbosa y ancha, enoftalmo, pestañas largas, voz nasal, retraso del lenguaje++	Desconocido	Esp
Kabuki	Fisuras palpebrales grandes, eversión tercio lateral párpado inferior, puente nasal ancho, cejas arqueadas, orejas grandes y dismórficas	Desconocido	Esp, AD
Langer-geidion	Orejas en coliflor, cabello escaso, filtrum largo, nariz bulbosa, exostosis ósea	CUL7	AR

Noonan	Hipertelorismo, fisuras palpebrales de orientación antimongoloide, criptorquídea, cuello alado	PTPN11, RAF1, KRAS, SOS1	AD
Prader-Willi	Criptorquídea, micropene, hipotonía muscular, manos y pies pequeños	15q11-q13	Esp
Neurofibromatosis tipo 1	Manchas café con leche, neurofibromas cutáneos, nódulos de Lisch	NF1	AD
Rubinstein-taybi	Pulgares y ortijos anchos, criptorquídea	16p13.3, CREBBP, EP3000	AD, Esp
Silver-Rusell	Hemihipertrofia, compromiso de peso, circunferencia craneana normal, cara pequeña triangular, clinodactilia	DUP7	Esp
Seckel	Cara de pájaro, microcefalia severa	PCNT	AR
Leri-Weill (SHOx)	Deformidad de Madelung	Xp22.3	AD
Turner (45,x)	Aorta bicúspide, coartación aórtica, cúbito valgo, mamilas hipoplásicas, linfedema congénito, nevos múltiples, onicodisplasia, cuello alado	X	Esp

## 2.3. Marco Legal

### 2.3.1. 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.

## CAPITULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Operacionalizacion de Varibales

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Niño menor de 2 años	Genero	Masculino
		Femenino
	Edad	Menor 6 meses
		6 meses a 1 año
		1 a 2 años
	Talla Bajas	Factores socioeconómicos
Suplementos		Si consumen
Micronutrientes		No consumen
Hereditario familiar con talla baja		Tiene familiares
		No tiene familiares

#### 3.2. Enfoque de Investigacion

##### 3.2.1. Cuantitativas

“El enfoque cualitativo busca principalmente “dispersión o expansión” de los datos e información, mientras que el enfoque cuantitativo pretende intencionalmente “acotar” la información medir con precisión las variables del estudio” (Hernández, 2010)

La investigación es de enfoque cuantitativo, en el trabajo de campo, para realizar la recolección datos de la incidencia de talla baja en niños menores de 2 años del Centro de Salud San Martín de Porres, durante los periodos de enero a septiembre, del 2022.

### **3.3. Tipo de Investigacion**

#### **3.3.1. Descriptiva**

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, 2010)

**Descriptiva**, se realiza la descripción de las características encontradas en las madres de menores de 2 años, sobre los factores predisponentes de la desnutrición.

**Transversal**, ya que las encuestas para el presente estudio de enero a septiembre de 2022, considerándose este periodo como un corte en el tiempo.

### **3. 4. Metodos de Investigacion**

#### **3.4.1. Métodos Logísticos o teóricos**

Que se utiliza durante toda la investigación, a la hora de analizar, definir conceptos, variables y realizar interpretaciones de los términos utilizados durante la investigación, identificando así la esencia del problema (Osinaga, 2008).

En la investigación se realiza una exploración teórica de las fuentes secundarias, terciarias de la incidencia con talla baja en niños menores de 2 años.

#### **3.4.2. Métodos Empíricos**

Son aquellos que revelan y explican las características fenomenológicas del objeto se emplean en la etapa de acumulación de información empírica, es decir para la caracterización del objeto de estudio, para elaborar el diagnóstico y en la comprobación experimental de la Hipótesis (Martinez, 2013).

El método empírico en el estudio se aplicará para la recolección de datos, de la incidencia con talla baja en niños menores de 2 años en el Centro de Salud San Martín de Porres, durante los periodos de enero a septiembre, en el Municipio de Porvenir de la gestión 2022.

### **3.5. Poblacion y Muestra**

#### **3.5.1. Población**

“La población es el conjunto de personas o animales de la misma especie que se encuentran en un momento y lugar determinado”. (Westreicher, 2020)

La población de estudio se centra en la localidad de Porvenir, la misma que cuenta con una población de menores de 2 años de 634 niños y niñas para la gestión 2022 según datos estadísticos del SNIS.

#### **3.5.2. Muestra**

Es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. Hay procedimientos para obtener la cantidad de los componentes de la muestra como fórmulas, lógica. (Tamayo, 2007).

La muestra en el estudio esta con formado por 4 niños menores de 2 años que sus madres acudieron al establecimiento de salud, para realizar los controles y se tiene niños con talla baja.

#### **3.5.3. Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo en el estudio es no Probabilístico, es por conveniencia, es sobre el estudio de los niños de 2 años con talla baja, que fueron diagnosticados en el Centro de Salud San Martín de Porres.

### **3.6. Tecnica e Instrumento de recolección de datos**

#### **3.6.1. Técnicas de investigación**

Se procedió a la recolección de datos, primeramente, mediante la revisión de los cuadernos de control de crecimiento y desarrollo del establecimiento de salud, comparando con los reportes de los formularios del SNIS a fin de obtener datos de niños con talla baja que hayan asistido al establecimiento de salud entre enero y marzo de 2022.

### **3.6.2. Instrumento de investigación**

El instrumento que se aplicó la guía de observación de los cuadernos de registros del Centro de Salud San Martín de Porres, con talla baja en niños menores de 2 años durante los periodos de enero a septiembre del 2022.

### **3.7. Criterios de Inclusión y exclusión**

#### **Criterios inclusión**

Niños y niñas menores de 2 años con talla baja que consultaron en el establecimiento de salud.

#### **Criterios exclusión**

Madres que no pertenezcan a la comunidad o que se excusen de participar de la encuesta.

## CAPITULO IV

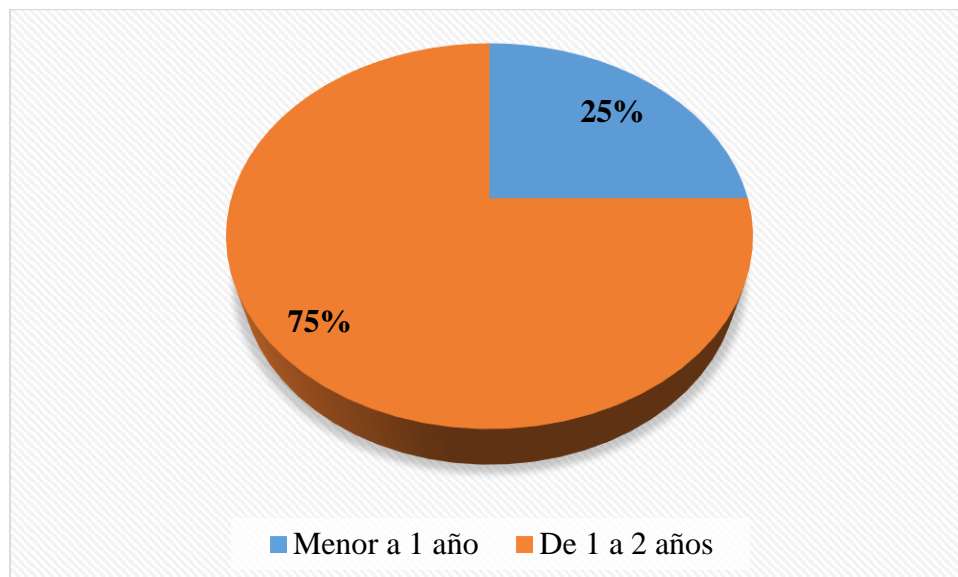
### RESULTADOS

#### 4.1. Resultados de Trabajo de campo

*Tabla 1 Edad de los niños con talla baja*

Edad de los niños con talla baja	Frecuencia	%
Menor a 1 año	1	25%
De 1 a 2 años	3	75%
Total	4	100

Gráfico Edad de los niños con talla baja



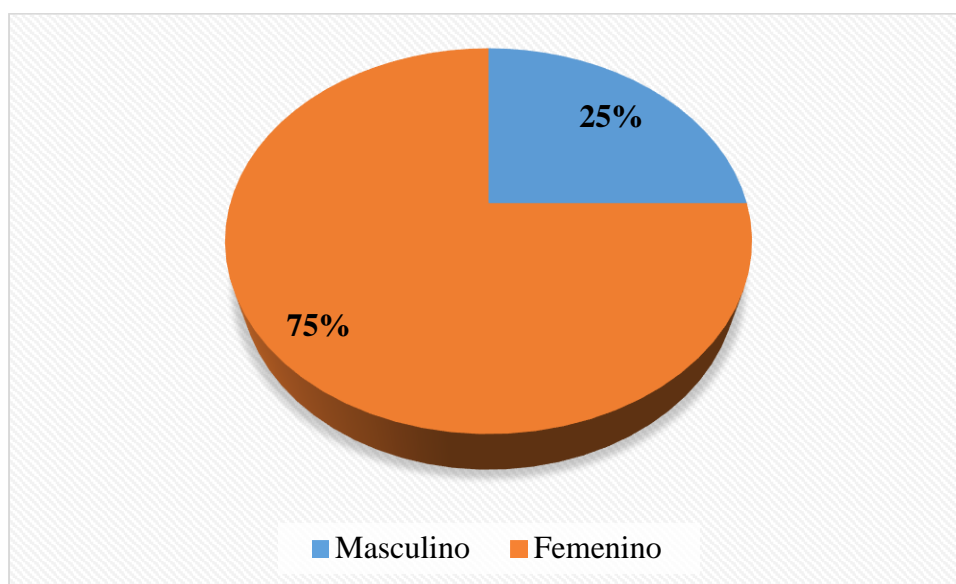
Fuente: SNIS establecimiento de Salud De Porvenir

**Análisis e interpretación:** La observación de cuadernos de registros en el establecimiento de salud de San Martín de Porres, sobre la edad de los niños, el 75% son de 1 a 2 años de edad y el 25% son menores de 1 año.

**Tabla 2 Genero de los niños con talla baja**

<b>Genero de los niños con talla baja</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	1	25%
<b>Femenino</b>	3	75%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

**Gráfico 2 Genero de los niños con talla baja**



Fuente: SNIS establecimiento de Salud De Porvenir

**Análisis e interpretación:** La observación de cuadernos de registros en el establecimiento de salud de San Martín de Porres, sobre el género de los niños (as) con talla baja, el 75% son de sexo femenino y el 25% son de sexo masculino.

**Definición:**

Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.

**Cálculo de la incidencia**

Incidencia = número de casos nuevos en un periodo de tiempo

Número de casos nuevos en un periodo de tiempo                      4 niños de 2 años de talla baja

Población Total    634 niños y niñas gestión 2022

$$\textit{Incidencia} = \frac{\textit{Casos nuevos}}{\textit{Total de la Poblacion}} * 100$$

$$\textit{Incidencia} = \frac{4}{634} * 100$$

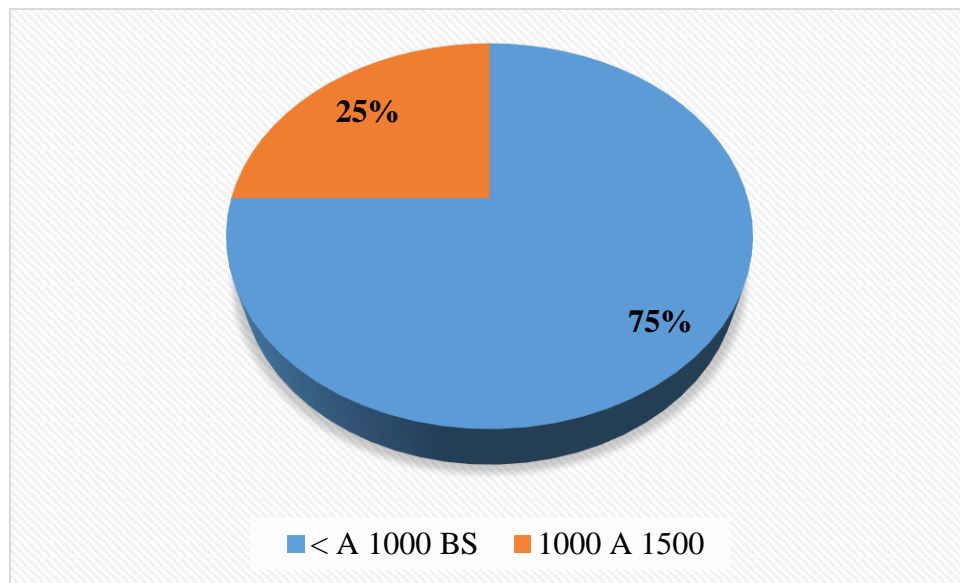
**Incidencia niños de 2 años de talla baja es de 0,063 por 100 niños y niñas en el municipio de Porvenir.**

En la interpretación de la incidencia de los meses de enero a septiembre del 2022 es de 0,63 casos por cada 100 niños en el municipio de Porvenir.

**Tabla 3 Ingreso económico mensual de las familias de las madres encuestadas**

Ingreso económico	Cantidad	%
< A 1000 BS	3	75
1000 A 1500	1	25
TOTAL	4	100

**Grafico 3 Ingreso económico mensual de las familias de las madres encuestadas**



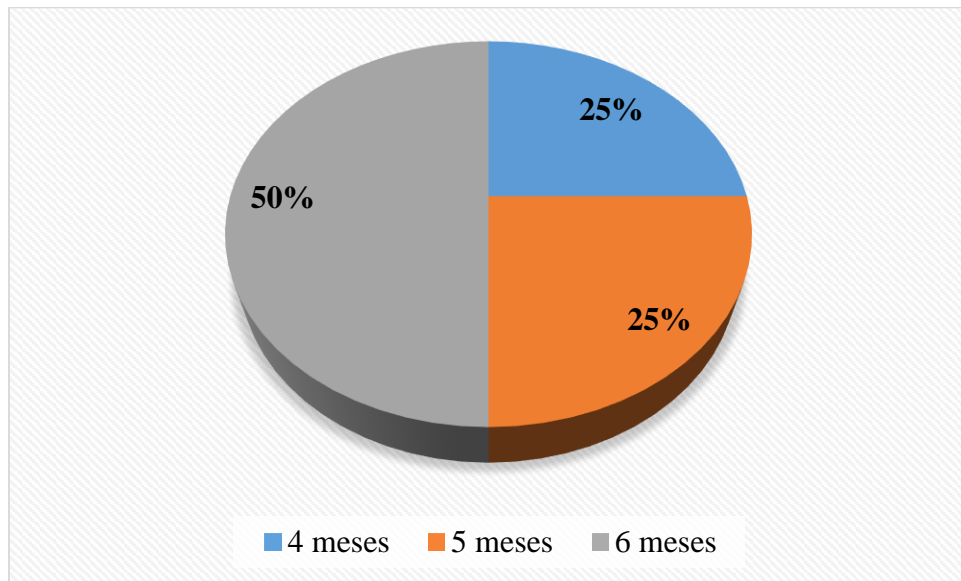
Fuente encuesta a las madres de niños de 2 años en el centro de salud

**Análisis e interpretación:** En este gráfico se indican los ingresos económicos de las familias encuestadas donde el 75% tiene un ingreso promedio, menor a 1.000 bs y el 25% entre 1000 y 1500 Bs por mes.

**Tabla 4** Edad de inicio de la alimentación complementaria a su niño o niña

Meses	Cantidad	%
4 meses	1	25%
5 meses	1	25%
6 meses	2	50%
TOTAL	4	100

**Gráfico 4** Edad de inicio de la alimentación complementaria a su niño o niña



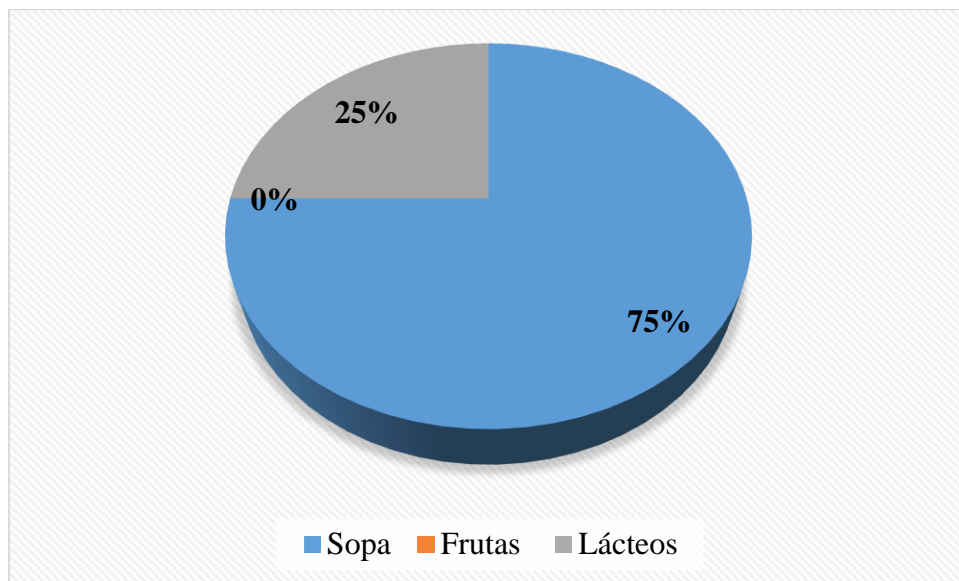
Fuente encuesta a las madres de niños de 2 años en el centro de salud

**Análisis e interpretación:** En el presente gráfico las madres indican que iniciaron la alimentación complementaria de su bebe a los 6 meses o después, el 50%, el 25% indican a los 5 meses e igual porcentaje a los 4 meses.

*Tabla 5 Tipo de alimentos que le da a su niño o niña*

Tipo de alimentos que le da a su niño o niña	Cantidad	%
Sopa	3	75
Frutas	0	0
Lácteos	1	25
TOTAL	4	100

Grafico 5 Tipo de alimentos que le da a su niño o niña



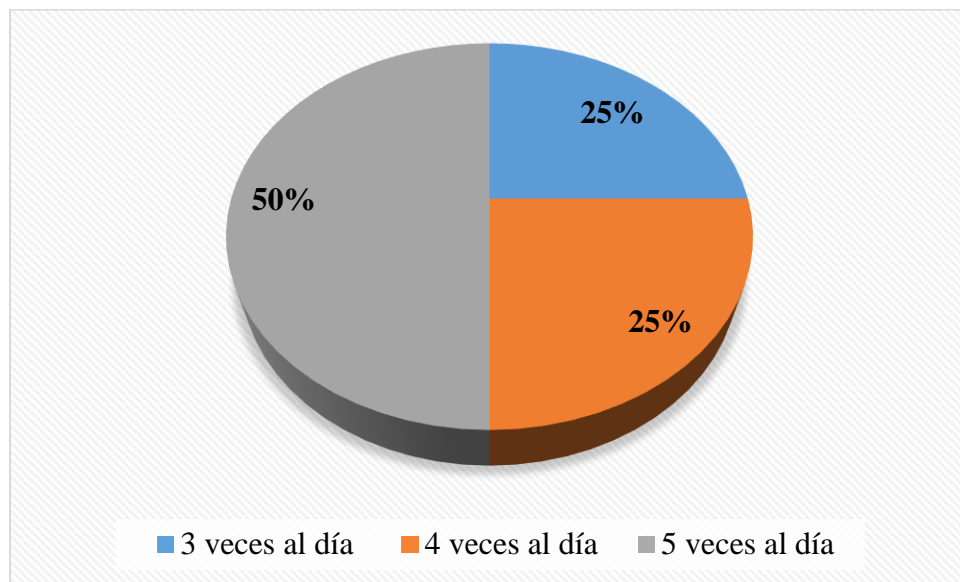
Fuente encuesta a las madres de niños de 2 años en el centro de salud

**Análisis e interpretación:** Sobre la pregunta del tipo de alimentación que recibe su niño o niña, el 75 % indica que le da sopas, y el 25% de dan la fruta a sus niños, como papilla.

**Tabla 6 Cantidad de veces al día le da de comer a su bebe**

Cantidad de veces al día le da de comer a su bebe	Cantidad	%
3 veces al día	1	25
4 veces al día	1	25
5 veces al día	2	50
TOTAL	4	100

Grafico 6 Cantidad de veces al día le da de comer a su bebe



Fuente encuesta a las madres de niños de 2 años en el centro de salud

**Análisis e interpretación:** Sobre la pregunta de cuantas veces da de comer a su bebe, el 50% le da 5 veces al día, un 25% 4 veces y otro 25% 3 veces al día.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Los casos de niños con talla baja, género el 75% son de sexo femenino y el 25% son de sexo masculino y grupo etario, el 75% son de 1 a 2 años de edad y el 25% son menores de 1 año, que acudieron al establecimiento de salud.

Los factores socioeconómicos relacionados a la madre de ellos niños menores a 2 años, el 75% tiene un ingreso promedio, menor a 1.000 bs y el 25% entre 1000 y 1500 Bs por mes.

El inicio de la alimentación complementaria de los niños de 2 años, el 50% les dio a los 6 meses, el 25% indican a los 5 meses e igual porcentaje a los 4 meses.

#### 5.2. Recomendaciones

Las recomendaciones están enfocadas al tema de prevención de la desnutrición y reducir el índice de talla baja en la comunidad para que pueda llevar a sus niños y niñas a su control de forma regular.

El personal de salud debe salir a la comunidad a hacer averiguas 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.

Si bien no hay muchos casos de desnutrición, también existe 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 son considerados como factores modificables de riesgo para la presencia de ENT.

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.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Casanueva, E. (2008). *Nutrición Médica*. México: Medica Panamericana.
- CPE. (2013). *Nueva Contitucion Política del Estado*. La Paz : U.P.S.
- 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 acricultura : <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s05.htm>
- Hernández, R. (2010). *metodología de la investigacion* (5ta ed.). Mexico: Mc Graw Hill educacion.
- Mancilla, E. P. (2013). *Pediatria 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](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/>
- Martinez, I. F. (2013). *Apuntes de Metodologia de la Investigacion un enfoque Critico*. Sucre-Bolivia: Prisma.
- Mericq, V. (2016). Talla baja: enfoque diagnóstico y bases terapéuticas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, páginas 847-856 .
- Merino, J. P. (2009). *Definicion de Niño y niña* . Obtenido de <https://definicion.de/nino/>
- Ministerio de Salud . (2012). *Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición. Nutrición y embarazo*.
- 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.
- Osinaga, R. A. (2008). *Metodologia de la Investigacion* . Cochabamba : Educacion y Cultura.
- Ravasco, P. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr. Hosp. vol.25 supl.3 Madrid*.
- Tamayo, M. (2007). *Proceso de la Investigacion Cientifica* . Mexico : Editorial Limusa.
- UNICEF. (2011). *La desnutricion infantil*. España : punto & coma. Obtenido de  
[https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe\\_La\\_desnutricion\\_infantil.pdf](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>
- Westreicher, G. (2020). *Poblacion* . Obtenido de  
<https://economipedia.com/definiciones/poblacion.html>

# **ANEXOS**

**Anexo 1 Cuadernos de registro SNIS**

Prescriptor	Dispensador	Paciente	Código	Prestación	Nro.	Nº Doc.	Fecha
REBECA VILLANUEVA BECERRA	JENNIFER CARVAJAL BAUTISTA	CASTALIA PESSO VIRGUEZ	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19237	20/09/2022
REBECA VILLANUEVA BECERRA	JENNIFER CARVAJAL BAUTISTA	DORIS RIVAS DE FERREIRA	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19242	20/09/2022
ZENON GOMEZ HERRERA	JENNIFER CARVAJAL BAUTISTA	MIRZA ALVARADO PASEMA	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19333	21/09/2022
REBECA VILLANUEVA BECERRA	JENNIFER CARVAJAL BAUTISTA	MARTHA MELGAR ISITA	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19304	21/09/2022
ANGELA VACA MELGAR	JENNIFER CARVAJAL BAUTISTA	JUAN DE DIOS TUESTA HURTADO	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19328	21/09/2022
REBECA VILLANUEVA BECERRA	VERENICE ESCOBAR ALVEZ	ERIKA CARRILLO VACA	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19623	26/09/2022
REBECA VILLANUEVA BECERRA	VERENICE ESCOBAR ALVEZ	BILFREDO GONGORA CACHQUI	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19622	26/09/2022
REBECA VILLANUEVA BECERRA	VERENICE ESCOBAR ALVEZ	JOSE RODRIGUEZ DA SILVA	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19620	26/09/2022
REBECA VILLANUEVA BECERRA	VERENICE ESCOBAR ALVEZ	SEBASTIAN RODRIGUEZ SILVA	E46	Desnutrición en el adulto mayor	1	19615	26/09/2022

Observaciones:

Elaborado por: VERENICE ESCOBAR ALVEZ

Fecha: 27 de septiembre de 2022

*Anexo 2 Centro de salud de San Martin de Porres*



## Atención de parto en el centro de salud



## Visita a las madres que tienen niños menores de 2 años

