UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
BIBLIOTECA
U. N. U.

RELACION ENTRE ABLACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

PUCALLPA - 1999

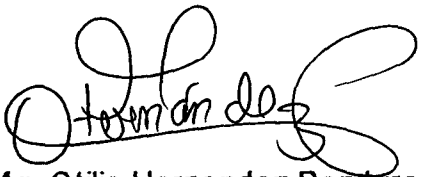
TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERIA
POR

Bach. Enfermeria SOFIA LUISA RENGIFO LASERNA
Bach. Enfermeria IRIS KARINA PINEDO VELA

- 14080

PUCALLPA - PERU
1999

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Mg. Otilia Hernandez Panduro

Presidenta

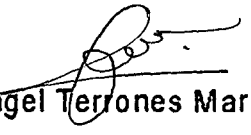


Lic. Enf. Nelly Tafur Flores

Miembro

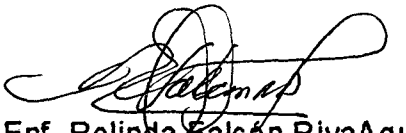
Enf. Dany Obando Solis

Miembro



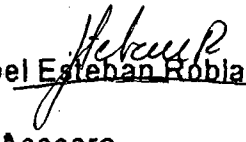
Méd. Angel Terrones Marreros

Miembro



Enf. Rolinda Falcón RivaAguero

Miembro



Enf. Mg. Isabel Esteban Robladillo

Asesora



Bach. Sofía Rengifo LaSerna

Graduanda



Bach. Iris Karina Pinedo Vela

Graduanda

A mi querida madre ZOILA LA SERNA ROJAS, con mucho amor, por su abnegada dedicación en mi formación profesional.

A mis hermanos, y al señor Edwin Vásquez López, por que apoyaron en todo momento.

SOFIA LUISA

A DIOS por ser mi fuerza espiritual y a mis queridos padres: OSWALDO Y ZOILA por su apoyo y comprensión incondicional durante mi formación profesional.

A mis hermanos y sobrinos por brindarme su apoyo permanente e incondicional durante mis años de estudio.

IRIS KARINA

AGRADECIMIENTO

A la Enf. Mg. Isabel Esteban Robladilo, asesora de la investigación, por su dedicación y orientaciones continuas.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud quienes con sus conocimientos nos guiaron e hicieron posible nuestra formación profesional.

A las autoridades del Hospital Regional de Pucallpa y al personal que labora en el programa de Crecimiento y Desarrollo en especial a la Lic. Enf. Ady Manzano Mejía y Téc. Enf. Sady Ruiz Ríos, por su apoyo durante la recolección de datos.

A las personas que de una u otra manera han contribuido en la ejecución de la investigación.

INDICE

N°	CONTENIDO	PAG
	Dedicatoria	iii
	Agradecimiento	v
	Indice de cuadros	viii
	Indice de gráficos	x
	Resumen	xii
	Introducción	xv
	CAPITULO I	
	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1	Formulación del problema	01
1.2	Antecedentes	01
1.3	Objetivos de la investigación	09
1.4	Justificación	09
1.5	Hipótesis, variables y operacionalización de variables	10
	CAPITULO II	
	MARCO TEORICO Y DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	
2.1	MARCO TEORICO	
	2.1.1. Lactancia materna.	15
	2.1.2. Valor biológico de la leche materna	15
	2.1.3. Ablactancia	17

2.1.4. Nutrición del lactante 19

2.1.5. La alimentación durante la ablactancia 21

2.1.6. Mensajes de ablactancia 32

2.1.7. Desnutrición 33

2.2 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS 48

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Método 49

3.2 Población y muestra 49

3.3 Técnica e instrumento de recolección de datos 50

3.4 Procedimiento de recolección de datos 51

3.5 Tratamiento de datos. 52

CAPITULO IV 51

RESULTADOS Y DISCUSION

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones 103

Recomendaciones 104

Bibliografía 105

Anexos 109

INDICE DE CUADROS

N°	TITULO	PAG
01	OCUPACION E INGRESOS ECONOMICOS DE LOS PADRES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	54
02	GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	57
03	DISTRIBUCION DE LACTANTES SEGÚN EDAD Y SEXO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	60
04	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	63
05	TIPO DE ALIMENTOS QUE PROPORCIONAN LAS MADRES A LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	67
06	FRECUENCIA DE COMIDAS QUE RECIBEN AL DIA LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	70
07	INICIO DE ABLACTANCIA DE LOS LACTANTES SEGÚN SEXO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	73
08	INICIO DE ABLACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	76
09	TIPO DE ABLACTANCIA QUE RECIBEN LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	79

10	ABLACTANCIA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	82
11	EDAD DEL LACTANTE SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL QUE PRESENTAN DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	85
12	ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN EL DESAYUNO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	88
13	ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN EL ALMUERZO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	91
14	ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN LA CENA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	94
15	PROMEDIOS ENCONTRADOS Y ESPERADOS DE PESO Y TALLA DE LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	97
16	PRACTICAS DE HABITOS ALIMENTICIOS DE LA FAMILIA SEGÚN TIPO DE ABLACTANCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	100

INDICE DE GRAFICOS

N°	TITULO	PAG
01	OCUPACION E INGRESOS ECONOMICOS DE LOS PADRES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	55
02	GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	58
03	DISTRIBUCION DE LACTANTES SEGÚN EDAD Y SEXO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	61
04	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	64
05	TIPO DE ALIMENTOS QUE PROPORCIONAN LAS MADRES A LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	68
06	FRECUENCIA DE COMIDAS QUE RECIBEN AL DIA LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	71
07	INICIO DE ABLACTANCIA DE LOS LACTANTES SEGÚN SEXO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	74
08	INICIO DE ABLACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.	77
09	TIPO DE ABLACTANCIA QUE RECIBEN LOS LACTANTES	80

DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.

10 ABLACTANCIA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. 83

11 EDAD DEL LACTANTE SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL QUE PRESENTAN DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. 86

12 ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN EL DESAYUNO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. 89

13 ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN EL ALMUERZO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 92

14 ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN LA CENA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 95

15 PROMEDIOS ENCONTRADOS Y ESPERADOS DE PESO Y TALLA DE LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 98

16 PRACTICAS DE HABITOS ALIMENTICIOS DE LA FAMILIA SEGÚN TIPO DE ABLACTANCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 101

RESUMEN

La investigación tiene como propósito conocer si existe relación entre ablactancia y el estado nutricional del lactante del Hospital Regional de Pucallpa, y por consiguiente mejorar la salud de la población infantil.

Es estudio se basó en el método analítico, prospectivo, transversal. La población estuvo constituida por 124 lactantes distribuidos por grupos etáreos.

La técnica aplicada fue la de entrevista a la madre y la observación y evaluación del estado nutricional del lactante y como instrumento una ficha de registro elaborado por las autoras, para la evaluación la tabla referencial de la NCHS. La medición de peso se hizo con una balanza pediátrica y la talla con un tallímetro.

Se recolectó los datos durante el mes de abril.

Para la prueba de hipótesis y para determinar la significancia de la observación en relación a la población se utilizó el chi cuadrado (X^2) teniendo como nivel de significancia 0,05.

El valor de los alimentos se determinó en base a la tabla de composición química de los alimentos, editado por la Universidad Mayor de San Marcos..

Los hallazgos de estudio evidencian:

De 124 lactantes que acuden al hospital regional de Pucallpa, 53 % se encuentran entre las edades de 9 a 11 meses, Iniciaron la

ablactancia precoz 38 % de los cuales el 24 % se encuentran desnutridos con predominio de desnutrición aguda.

53 % de familias presentan adecuados hábitos alimentarios de los cuales 35 % brindan ablactancia adecuada.

La ablactancia precoz y los hábitos alimenticios de la familia influyeron en forma negativa en el estado nutricional del lactante del hospital regional de Pucallpa.

La lactantes de menores de 8 meses de edad presentan en su mayoría desnutrición global.

Los lactantes alimentados con ablactancia inadecuada en su mayoría presentan desnutrición aguda.

INTRODUCCION

En el Perú, las comunidades urbano marginales se caracterizan porque el mayor porcentaje de la población es infantil y dentro de los variados problemas de salud que sufren éstos durante los primeros años de vida, se identifica la desnutrición lo cual no es más que el reflejo del estado de salud actual de nuestros niños.

La selección de nuestro tema fue motivado por los momentos actuales de crisis que vivimos, a esto se añade la economía precaria y la carencia de conocimiento sobre el valor nutritivo de los alimentos por parte de la población que no les permite ofrecer una alimentación adecuada, siendo los más afectados la población infantil, ya que dentro de las primeras causas de morbilidad se encuentran las enfermedades nutricionales que afecta aproximadamente al 25 % de los niños en las ciudades y al 50 % en las zonas rurales.

En la ciudad de Pucallpa según cifras extraídas de la oficina de estadística de la Dirección Regional de Salud consta que durante el año de 1998, se presentaron 1 468 casos de desnutrición para niños menores de un año y 7 932 para niños menores de 5 años.

Este elevado número de casos pueden disminuirse si el personal de salud logra una intervención oportuna, poniendo mayor énfasis en la parte preventivo promocional frente a este problema de salud que afecta a la población, más que en la parte recuperativa.

Nuestra principal obligación que tenemos que cumplir con la niñez peruana es mejorar sus condiciones de salud y nutrición.

En el proceso del desarrollo del proyecto no hubieron mayores limitaciones que las económicas pues se contó con la amplia colaboración del personal del programa de crecimiento y desarrollo y en particular de las madres de los lactantes quienes mostraron su interés en cada momento.

El estudio se divide en cinco capítulos que comprenden:

Capítulo I : Planteamiento del problema

Capítulo II : Marco teórico

Capítulo III : Metodología

Capítulo IV : Presentación y análisis de resultados

Capítulo V : Conclusiones y recomendaciones

Esperando que éste trabajo sirva de aporte fructuoso en las personas que trabajan promoviendo la salud y considerando la importancia del estudio, se sugiere realizar otros estudios.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿ Cuál es la relación entre ablactancia y estado nutricional del lactante en el Hospital Regional de Pucallpa?.

2.2. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

PRISMA (1 : l995) publica; en relación a talla para la edad, la deficiencia nutricional fue la prevalencia de retardo en el crecimiento o enanismo nutricional, esta deficiencia fue encontrada en el l6 por ciento de los niños en Costa, 49 por ciento en Sierra y 4l por ciento en Selva. La prevalencia de retardo en el crecimiento se incrementó conforme progresaba la edad, mas rápidamente en la Sierra y Selva que en la Costa.

Según el peso para la edad, se encontró desnutrición global (peso bajo para la edad); cuya prevalencia fue de 6 por ciento en Costa, 25 por ciento en Sierra y 23 por ciento en selva.

Finalmente, el déficit peso bajo para la talla fue el problema nutricional encontrado con menor frecuencia según indicadores antropométricos estimándose una prevalencia de 9, l2 y l7 por ciento en Costa, Sierra y Selva respectivamente.

Niños menores de 3 años se encontró una prevalencia de anemia, según hematocrito, de 33 por ciento en Costa y de 38 por ciento en Sierra.

En Costa, Sierra y Selva el consumo total de hierro fue bajo. La mediana de hierro total consumido estuvo entre 4 y 5 mg.

La mediana del porcentaje de adecuación a la norma de consumo de vitamina A fue de 56 por ciento en Costa, l9 por ciento en sierra y 32 por ciento en Selva".

GUERRA (2 : l990). "Sostiene que el índice de eficiencia proteica resulta ser igual al de la caseína del preparado de chicha de arroz. Se probó en l,080 niños escolares y se demostró 95 por ciento ser superior. (chicha de arroz) al de la leche y el costo es de 3/4 partes del costo total de la leche".

PACK (3 : l990). Manifiesta que la harina de frijol extraído es un alimento promisorio en la alimentación del lactante y preescolar, en especial cuando se incorporan a mezclas que mejoren su

potencialidad para satisfacer los requerimientos energéticos y proteínicos en este grupo de edad".

TOLENTINO,M. (4 : 1994). "Sostiene que el consumo proteico de los pobladores de la comunidad shipiba Callería es superior a lo recomendado por la OPS, así mismo el consumo calórico de los pobladores de la comunidad shipiba es inferior a lo recomendado por la OPS, existiendo desnutrición calórica".

SANCHEZ. E. (5 : 1994). Menciona que no se presentaron lesiones oculares compatibles con xeroftalmía, los valores de desnutrición en Moche fueron 40 por ciento, existe asociación entre desnutrición y CIC, deficiencia de Vitamina A es el 68 por ciento, 73 por ciento no consumen vitamina A".

JAIMOVICH, Sonia y otros. (6 : 1989), "publica que para ambos sexos el peso evolucionó cerca del percentil 75 en primeros seis meses y se acerca al percentil 50 durante el segundo semestre. En la talla de mujeres crecieron por el percentil 50 todo el año y los hombres a partir del cuarto mes se mantuvieron entre percentil 25 y 50.

En relación al desarrollo psicomotriz, las conductas de coordinación , lenguaje y social se encuentran en un 90 por ciento normales y un 10 por ciento en riesgo".

ARIAS, Gualberto. (7 : 1993), "manifiesta que las tablas estadísticas concretas de la correlación existente entre morbilidad y lactancia desde el nacimiento hasta el año de edad, encontrándose : que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses de vida presentaron retraso en el desarrollo psicomotriz a diferencia de los niños que recibieron de 4 a 6 meses, y los índices de morbi mortalidad disminuyeron".

MOLINA, Ramiro. (8 : 1988). "Sostienen, la madre adolescente, estuvo comprendida entre las edades de 15 a 17 años en mayor porcentaje procedente de zona rural, grado de instrucción primaria incompleta y pertenece al estrato social bajo, hijas de padres campesinos.

52 por ciento de niños obtuvieron menos de 2 Kg. Y talla un promedio de 45 al nacer.

68 por ciento presentaron desnutrición crónica y 32 por ciento estado nutricional normal o eutrófico".

ENDES (Encuesta Nacional de Demografía y salud) (9 : 1992) publica : "Casi todos los niños en todas las regiones del país , un promedio de 77,6 por ciento no son controlados en los centros asistenciales.

En zonas rurales (sierra y selva) todavía las creencias son un factor que limitan el control de crecimiento y desarrollo del niño , de

igual forma las inmunizaciones y lactancia materna exclusiva y alimentación del lactante".

LOLI (10 : 1991) , "menciona que las parejas no asumen el rol de padres.

Las madres no tienen conocimiento acerca de los aspectos básicos de salud infantil.

La mayoría de madres que poseen bajo grado de instrucción , desconocen la importancia del control del niño".

Las enfermedades de mayor incidencia en los niños son : Enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas".

RODRIGUEZ (11 : 1991), sostienen que el 28 por ciento de madres poseen alto nivel de conocimiento sobre la salud infantil . El 47 por ciento de madres acuden al centro de salud cuando sus niños se enferman.

Existe un alto porcentaje de niños que asisten a recibir inmunizacion y control de crecimiento.

Inician ablactancia en forma precoz, proporcionando plátanos, sopitas, causando diarreas y cólicos en el lactante".

MABULAY A. (12 : 1992), publicaron; la mortalidad infantil llegaba en 1989 a 51,5 por ciento por mil nacidos vivos. Las dos terceras partes de estas muertes pueden deberse a enfermedades infecciosas

(particularmente a neumonía, las enfermedades diarreicas y la malnutrición)".

ALVARADO (13 : 1997). Si analizamos el estado nutricional se observa que el 72.3 % se encuentran normal, el 7.8 % en desnutrición aguda, el 17.8 % en desnutrición crónica y el 2.1 % con desnutrición crónica reagudizada.

Y entre las causas más predisponentes sobre el estado nutricional figuran ablactancia inadecuada 39 %, infección respiratoria 24 %, parasitosis 23 %, y enfermedad diarreica aguda 12 %".

OPS (14 : 1992) manifiesta, la malnutrición se relaciona de manera primordial con la ingesta impropia o inadecuada de los alimentos.

LLANOS Gladis (15 : 1996) la inadecuada alimentación, el bajo nivel de instrucción, la pobreza, etc. tienen una estrecha relación con el alto porcentaje de desnutrición.

LOVEL DE GRATT (16 : 1981) opina, la leche materna y las prácticas adecuadas de ablactancia son de suma importancia para prevenir una desnutrición en niños pequeños....a medida que crece, es preciso suministrar otros alimentos para satisfacer las mayores demandas, y la época de la alimentación complementaria es esencial para la salud y nutrición del lactante.

EL INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL (17 : 1993), a partir de los 6 meses de edad, casi todos los niños precisan de otros alimentos que cubran los requerimientos adecuados para su crecimiento. La introducción de alimentos son influidos por costumbres, creencias y preferencias de la madre.

FERNANDEZ Y HAUSTEIN (18 : 1995) opinan: el peso es un indicador primordial para evaluar el estado nutricional en corto tiempo de manera global afirmando a su vez que el peso es muy sensible y varía significativamente ante cualquier estímulo, enfermedad o carencia de alimentos.

La talla refleja la historia nutricional del niño, basándose en que si se restringe la ingesta alimentaria por diferentes factores la velocidad de crecimiento del niño tanto en peso como en talla disminuyen o se encuentra latentes, sin embargo el peso se recupera rápidamente al reanudarse una adecuada alimentación, pero la recuperación de la talla es mucho más lenta y difícilmente se recupera en su totalidad.

MARTINI Doris (19 : 1997) considera:

Que la enfermera debe realizar una estrecha vigilancia nutricional a las familias con problemas de desnutrición, evaluándolas constantemente el estado nutricional, a través de las medidas antropométricas (peso/edad, talla/edad) todo ello tiene por finalidad lograr la recuperación nutricional de los niños.

La OPS (20 : 1994) publicó:

Es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a las clases sociales más favorecidas, el solo hecho de contar con pocos recursos económicos tienen implicancias sobre el crecimiento y desarrollo.

DELGADO Carlos (21 : 1996) reportó:

Que en el Perú existe 35 % de analfabetismo e instrucción incompleta, principalmente en población rural. Quienes poseen conocimientos muy sencillos, lo que origina la dificultad en la prescripción, recuperación y protección de la salud del niño. De igual forma es una manifestación importante de la pobreza y la falta de instrucción y cultura de la familia. De la primera porque no permite la adquisición de los alimentos en cantidades adecuadas y la segunda porque el mal manejo dietético conllevan a que sus hijos sufran de desnutrición.

VINONY, REDDY (22 : 1984) publicó:

En la mayoría de los estudios en las comunidades, se ha observado que la falta de alimentos sólidos adecuados a partir de los 6 meses de edad está relacionado con retardo en el crecimiento.

CARE Eva (23 : 1989) publicó: La desnutrición y el crecimiento y desarrollo del niño es posiblemente sub direccional afecta igualmente de acuerdo al indicador peso y talla.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general.

Determinar la relación que existe entre ablactancia y estado nutricional del lactante en el Hospital Regional de Pucallpa.

1.3.2. Objetivos específicos.

a. Identificar a lactantes que acuden al sub programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional de Pucallpa.

b. Describir el tipo de alimentación que proporcionan las madres al lactante.

c. Evaluar el estado nutricional del lactante en el sub programa de crecimiento y desarrollo.

1.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

En muchos países, y Perú es uno de ellos, las prácticas de ablactancia son inadecuadas. Esto se traduce en desnutrición y alta incidencia de enfermedades infecciosas como la diarrea. Los estudios realizados en el Perú demuestran que los niños que nacen con un peso adecuado, mantienen su curva de crecimiento ponderal durante los primeros cuatro o cinco meses de vida en el 50 percentil de la población. A partir del quinto mes, sin embargo, la media del peso empieza a alejarse del 50 percentil.

En Ucayali, la mayoría de niños consumen otros alimentos a partir de los tres o cuatro meses, debido a costumbres de introducir preparaciones diluidas como caldos, sopas y jugos.

La investigación se justifica por las razones expuestas, cuyo propósito es analizar la influencia de la forma de ablactancia que administran las madres al lactante en el estado nutricional del niño, para poder sugerir alternativas de solución encaminadas a mejorar el estado nutricional de la población infantil.

1.5. HIPOTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

1. 5. 1. HIPOTESIS.

a. Hipótesis general.

Existe relación entre ablactancia y estado nutricional del lactante en el Hospital Regional de Pucallpa.

b. Hipótesis específicas.

b.1. Los lactantes que iniciaron ablactancia precoz presentan en mayor porcentaje desnutrición que aquellos niños que iniciaron oportunamente.

b.2. Las familias que practican hábitos alimenticios adecuados proporcionan adecuada ablactancia al lactante que aquellas familias que practican hábitos alimenticios inadecuados.

b.3. Los lactantes de seis a ocho meses presentan con mayor frecuencia desnutrición global que aquellos lactantes de 9 – 12 meses.

b.4. Los lactantes que son alimentados con ablactancia inadecuada presentan con mayor frecuencia desnutrición aguda que aquellos lactantes alimentados adecuadamente.

1.5.2. VARIABLES

Las variables de estudio de investigación son:

a. Variable independiente.

Ablactancia.

b. Variable dependiente

Estado nutricional.

c. Variable interviniente

Hábitos alimenticios de la familia.

1.5.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

a. Variable independiente

Ablactancia se considera como el suministro de alimentos complementarios aparte de la leche materna en el lactante.

- Adecuada

  Para los lactantes de 6 a 8 meses; se considera aquel alimento que administrado de 3 a más veces que proporcione los nutrientes necesarios y que el inicio de ablactancia sea a partir de los 6 meses.

  Para los lactantes de 9 – 11 meses; se considera aquel alimento que se administra de 4 a más veces proporcione los nutrientes necesarios y que el inicio de ablactancia sea a partir de los 6 meses.

- Inadecuada.

  Para los lactantes de 6 a 8 meses; se considera aquel alimento que administrado de 2 veces a menos y que no proporcione los nutrientes necesarios y que haya iniciado ablactancia precoz.

  Para los lactantes de 9 a 11 meses; se considera aquel alimento que administrado de 3 veces a menos y que no proporcione los nutrientes necesarios y que haya iniciado ablactancia precoz.

b. Variable dependiente

Estado nutricional, se refiere a la condición que presenta el lactante en su nutrición.

- Estado nutricional normal.

- Desnutrición según peso/edad o global.
- Desnutrición según peso/talla o aguda.
- Desnutrición según talla/edad o crónica
- Desnutrición según peso/talla y talla/edad o crónica reagudizada.

c. Variable interviniente.

Hábitos alimenticios; consiste en la ingesta continua de alimentos a horario y las veces recomendadas.

- Adecuados

  Se considera aquel alimento que proporcione los nutrientes con suficiente valor nutritivo, y que sea consumida las tres veces al día.

- Inadecuados

  Se considera aquel alimento que no contenga el suficiente valor nutritivo y que sea consumido menos de 3 veces al día.

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. Lactancia materna

Para PROCAME (24 : 1994) " la lactancia materna es un acto natural que se practica desde el origen del hombre. La leche materna es un fluido biológico complejo, que se ha adaptado completamente a las necesidades nutricionales del bebé para su óptimo crecimiento y desarrollo. Contiene : Proteínas, carbohidratos, grasas, minerales, vitaminas y agua".

2.1.2. Valor biológico de la leche materna.

Las inmunoglobulinas de la leche humana y de la leche de vaca son cuantitativamente y cualitativamente diferentes.

La leche de vacuno contiene principalmente Ig. G e Ig. M; la concentración de las Ig. A en el calostro bovino es inferior a la de los Ig. Séricas. La leche humana, en cambio, posee esencíalmente Ig. A - S, las que representan más de la mitad de las proteínas de la leche en el calostro inicial y que tiene actividad de anticuerpos contra la mayor parte de las bacterias y de los virus, especialmente contra las enterobacterias.

Las Ig. A - S no impiden la colonización del tubo digestivo por estas especies, pero son capaces, al igual que las Ig. A, producidas localmente, de inhibir la fijación de estas bacterias sobre las glicoproteinas de la membrana intestinal y proteger de este modo el huésped de sus efectos patógenos.

También ha sido demostrado que las Ig. A, pueden inactivar la enterotoxina producida por ciertas enterobacterias, previniendo así sus efectos sin eliminar las bacterias patógenas del huésped. Parece posible, finalmente, que ellas favorezcan la proliferación de cepas menos virulentas, Así pues, las Ig. A - S de la leche materna constituyen en cierta manera una suerte de inmunidad natural transmitida pasivamente al lactante, capaz de protegerlo frente a gérmenes pasados o futuros y contra los cuales su madre está inmunizada. La estrecha relación antigénica que existe entre las diversas enterotoxinas podría explicar asímismo que pueda observarse en efecto

protector contra gérmenes a los cuales las madres no han estado nunca expuestas. Junto con otros factores inmunológicos, las Ig. A - S pueden inhibir la absorción de diversos antígenos alimenticios lo que puede tener alguna implicación en la prevención de manifestaciones alérgicas de la leche de vaca en aquellos niños que son alimentados solo parcialmente al seno materno.

2.1.3. Ablactancia.

a. *Patrones inadecuados de ablactancia en el Perú.*

PROCAME (25 : 1994) "La ablactancia la cual es el proceso de introducir alimentos al niño además de la leche materna. El patrón de ablactancia en el Perú tienen dos aspectos inadecuados. Primero, hay una introducción precoz de complementos de la leche materna antes de los seis meses de edad, incluyendo otros líquidos, otras leches, e inclusive alimentos semi sólidos. En promedio, se introduce alimentos semi sólidos a los bebés a los tres o cuatro meses.

Segundo, el consumo de alimentos es inadecuado en cuanto a la densidad de energía y nutrientes. Los primeros alimentos que se dan a los bebés en nuestro medio suelen ser sopas, y jugos que contienen principalmente

agua. También la frecuencia de comidas durante el día es inadecuada. Muchas familias dan de comer a los bebés sólo cuando comen los adultos, y no toman en cuenta la necesidad de comidas pequeñas y frecuentes para los bebés. El resultado de estos patrones es crecimiento inadecuado de nuestros niños".

EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN NUTRICIONAL EN LIMA (26 : 1992), se ha hecho varios estudios nutricionales y análisis de las comidas de ablactancia que se dan a los bebés con mas frecuencia en los sectores populares del país. Se ha encontrado que las sopas mas comunes que se dan a los bebés tienen un promedio de 0,4 a 0,5 kilocalorías por gramo. Los consomés y jugos que se dan a los bebés tienen mucho menos de eso. Mientras, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Alimentos y Agricultura de las Naciones Unidas para comida de ablactancia es 0,8 a 1,0 kilocalorías por gramo.

- Curvas de crecimiento de niños peruanos.

  El crecimiento de nuestros niños, en promedio, sigue la misma curva del estándar internacional hasta los seis meses, pero a partir de los seis meses el peso promedio

empieza a caer la curva internacional y a los dos años llegar a nivelarse pero muy por debajo de la curva internacional.

En cuanto a la talla para la edad, los niños peruanos en promedio sufren una caída de la curva internacional y a los dos años llegar a nivelarse pero muy por debajo de la curva internacional cuando nacen. Es solamente después del nacimiento que las defensas nutricionales probablemente empiezan.

- Educación a madres.

  No darles aguitas a los bebés.

- No darles sopas a los bebés.

- Darle de lactar frecuentemente, día y noche.

  Así se puede evitar muchos problemas, se puede tener mucho éxito con la lactancia materna y el bebé puede recibir una ablactancia mas adecuada.

2.1.4. Nutrición del lactante.

Según WHALEY (27 : 1989), la orientación nutricional debe iniciarse en el periodo prenatal con la decisión de alimentar al niño con pecho o con biberón. Los adelantos en

el desarrollo y las necesidades de crecimiento preparan al niño para la introducción de los alimentos sólidos durante el año que sigue al nacimiento. Es frecuente que se pregunte a la enfermera cuando deben iniciarse los alimentos sólidos, como introducir nuevos alimentos y cuales son los mejores. La enfermera está preparada para responder a estas interrogantes con un conocimiento a fondo de cada una de estas áreas, a fin de que se satisfagan las necesidades nutricionales de cada niño.

El principal cambio en los hábitos alimentarios es la adición de alimentos sólidos a la dieta. El periodo que va de los cinco a los seis meses es de transición en los aspectos fisiológicos y de desarrollo. El aparato digestivo ha madurado lo suficiente para procesar nutrientes mas complejos y es menos sensible a los posibles alimentos alergenos. Se inicia la erupción de dientes, que facilita las acciones de morder y masticar. Ha desaparecido el reflejo de extrusión, al tiempo que la deglusión está mas coordinada y permite al niño aceptar sólidos con facilidad. El control de la posición está bien desarrollado, lo cual posibilita que el lactante se siente apoyando la espalda y gire la cabeza intencionalmente para comunicar su rechazo a los alimentos. La aprensión voluntaria y la coordinación oculomanual permiten poco a poco que el

lactante tome con los dedos los alimentos desmenuzados y se alimente por sí solo.

El orden de introducción de los alimentos sólidos es muy variable. Una norma generalmente aceptada es que los cereales para lactantes sean los primeros, en virtud de su elevado contenido de hierro. Se prefiere entre los cereales el arroz, ya que es el menos alergeno. Es imperativo mezclar los cereales con la fórmula láctea o la leche materna en tanto no se de al niño leche entera. Si ya comenzaron a darse jugos de fruta, estos se pueden mezclar con el cereal seco. El contenido de vitamina C de tales jugos facilita la absorción del hierro presente en los cereales. El consumo de cereales de los lactantes debe continuarse hasta los 18 meses de edad, debido a que son una fuente de hierro.

2.1.5. La alimentación durante la ablactancia.

Según PROCAME (28 : 1994) la ablactancia es el período de transición de la dieta de un bebé alimentado con leche materna exclusiva, a una dieta sin leche materna. Durante este período se van aumentando gradualmente líquidos, semi sólidos y sólidos mientras la leche materna va disminuyendo".

Durante los primeros cuatro a seis meses la leche materna es suficiente para mantener el adecuado crecimiento

del niño y la introducción de otros alimentos o líquidos puede aumentar el riesgo de diarrea e infecciones respiratorias.

A partir de los seis meses casi todos los niños precisan otros alimentos para cubrir los requerimientos necesarios para su adecuado crecimiento. Es importante que durante el proceso de la ablactancia, se continúe con leche materna, debido a su excelente calidad nutritiva. La cantidad de la leche materna producida se mantiene con una adecuada frecuencia de amamantamiento.

En muchos países, y Perú es uno de ellos, las prácticas de ablactancia son inadecuadas. Esto se traduce en desnutrición y alta incidencia de enfermedades infecciosas como la diarrea. Los estudios hechos en el Perú demuestran que los niños que nacen con un peso adecuado, mantienen su curva de crecimiento ponderal durante los primeros cuatro o cinco meses de vida en el percentil 50 de la población de referencia (NCHS). A partir del quinto mes, sin embargo, la media del peso empieza a alejarse del 50 percentil .

Este proceso de falta de crecimiento sigue hasta los 18 a 24 meses de edad, con el resultado de un alto porcentaje de niños desnutridos desde una edad temprana. Posteriormente se produce una recuperación con respecto a peso para la edad, no así en cuanto a la talla para la edad, resultando en desnutrición crónica en los niños. El momento

que el peso comienza a alejarse del 50 percentil coincide en la mayoría de los casos, con la etapa de introducción de alimentos complementarios a la leche materna.

2.1.5.1. Cantidad.

La mayoría de niños consumen otros alimentos a partir de los tres a cuatro meses. Esto en términos de calorías representa muy pequeñas cantidades, debido a la costumbre de introducir preparaciones diluidas como caldos, sopas y jugos. En la tabla 1 se puede apreciar cómo la introducción de los alimentos coincide con la disminución en la cobertura de los requerimientos de energía. Entre los 10 meses a un año de edad, el aporte de nutrientes en promedio cubre solamente 78 % de los requerimientos de energía de los niños.

TABLA 1

INGESTA DE ENERGÍA COMO PORCENTAJE DEL REQUERIMIENTO

(FAO/OMS)

GRUPO DE EDAD (MESES)	Promedio % del requerimiento
1 - 2,9	95
3 - 4,9	88
5 - 6,9	82
7 - 9,9	81
10 - 12,5	78

Fuente : Creed, 1989

Es necesario introducir una adecuada cantidad de nutrientes a los niños durante el período de ablactancia. La tabla 2 muestra las cantidades estimadas de leche materna y energía proveniente de ella en niños de diferentes edades en países en vías de desarrollo. La diferencia entre la energía obtenida de la leche materna y lo recomendado, debe ser aportada por otros alimentos. Haciendo ciertas estimaciones sobre el volumen que un niño puede consumir en una comida se puede calcular la densidad energética (Kcalorías, por gramo de comida) del alimento necesario en relación a la frecuencia de comida al día.

TABLA 2

INGESTA DE ENERGÍA RECOMENDADO PARA NIÑOS EN EDAD DE DESTETE Y CANTIDAD ESTIMADA PROVENIENTE DE LA LECHE MATERNA.

GRUPO DE EDAD (MESES)	7 - 8	9 - 12	13 - 18	19 - 24
Peso esperado (Kg)	8.8	9.8	11,4	12,96
Requerimiento de energía :				
• Kcal/kg/día	95	102	105	105
• Kcal/día	836	1010	1145	1270
Cantidad de leche materna				
• Consumida (g/día)	650	600	550	500
Energía de leche materna				
• Kcal/día	422	390	358	325
Energía requerida de alimentos complementarios.				
• Kcal/día	414	620	787	945

Fuente : PRITECH

Como ejemplo, un niño de 9 - 12 meses de edad necesita consumir 620 Kcal al día aparte de leche materna. Si estimamos que la capacidad gástrica del niño es de 294 mls (lo máximo que puede comer en una comida) y consume un alimento con una densidad energética de 1 Kcal/gr. (siendo los alimentos mas apropiados el puré y papilla), el niño necesitará comer 2.1 veces al día para poder cubrir sus requerimientos. Sin embargo, en nuestro medio las madres tienen a preparar alimentos con una densidad energética de 0,5 Kcal/g en promedio, de modo que el niño tendría que comer, un plato grande lleno, 4,3 veces al día para conseguir cubrir las necesidades de energía. Los caldos mas diluidos comúnmente utilizados tienen una densidad energética menor de 0,25 Kcal/g, de modo que el niño tendría que comer 8,5 veces al día, lo que pocas madres podrían hacer.

TABLA 3

NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA DE ACUERDO A LA DENSIDAD ENERGÉTICA Y LA EDAD DEL NIÑO

GRUPO DE EDAD (MESES)	7 - 8	9 - 12	13 - 18	19 - 24
Capacidad gástrica * (g)	264	294	327	363
Energía requerida de alimentos complementarios	414	620	787	945
Número de comidas necesarias por día de acuerdo a la densidad energética de :				
• 1.0 Kcal/g	1,6	2,1	2,4	2,6
• 0,5 Kcal/g	3,1	4,2	4,8	5,2
• 0.25 Kcal/g	6,3	8,4	9,6	10,4

2.1.5.2. Calidad

Cuando se recomienda alimentos adecuados para el destete hay que tomar en cuenta las creencias y percepciones de las madres con respecto a lo que consideran bueno para sus bebés.

La consistencia es muy importante, y en parte, por eso usan mucho las sopas; sin embargo, las mazamorras son aceptadas y tienen un mayor valor nutritivo. Los purés son aceptables a partir los seis meses de edad, pero también son considerados muy secos si no van acompañados de preparaciones líquidas. El agregar aceite a los purés (una cucharadita a la porción del bebé) los puede hacer mas suaves y al mismo tiempo se aumenta la densidad energética.

En todo caso las madres deben llegar a entender que las sopas no son tan nutritivas como las preparaciones espesas como los purés y papillas.

La recomendación de dar primero la preparación espesa y luego la sopa para que el niño no se llene con líquido sin tener espacio para lo mas nutritivo, es importante.

Una preparación para el destete se prepara normalmente en base a un cereal o tubérculo

(trigo, arroz, fideos, papas o camote). Es necesario tener un adecuado complemento de proteínas. Un alimento de origen animal como la leche o el pescado, contribuyen a una mejor calidad de proteína, debido a su composición de aminoácidos y su alta digestabilidad. Cuando se utilizan estos productos se necesita poca cantidad de proteína contribuyendo 6 a 8 % de las Kilocalorías.

En los lugares donde los productos animales no están tan disponibles se pueden complementar los cereales o tubérculos con productos vegetales de alta cantidad de proteínas como las leguminosas: frijoles, habas, arvejas en grano o, mas aceptable para el destete, en harinas, que, debido a su patrón de aminoácidos, complementan adecuadamente a los cereales. Cuando se utilizan estos productos, debido a su menor digestabilidad, es necesario que las proteínas aporten al menos un 10 % de la energía.

Los micronutrientes son necesarios para un adecuado crecimiento, y las deficiencias mas comunes en nuestros países son vitamina A,

hierro y posiblemente el Zinc. Por eso, es importante incluir verduras y frutas como complemento a la dieta, sobre todo zanahoria, como fuente de vitamina A, e hígado o sangre de pollo como fuente de hierro. La vitamina C, que se encuentra en las frutas cítricas, la col, etc. puede ayudar a la absorción del hierro.

En la formulación de una alimentación apropiada para destete hay que recomendar los alimentos más disponibles y de menor costo. El Instituto de Investigación Nutricional desarrolla el proyecto "la mejor compra" donde se consideran los alimentos que proporcionan la mayor cantidad de Kilocalorías y proteínas a menor costo, según los precios actuales del mercado.

La alimentación apropiada de destete, incluye leche materna con una cantidad cada vez mayor de alimentos complementarios. Es aconsejable que se continúe con la lactancia materna hasta los dos años de edad. La alimentación para el destete debería ser formulada con combinaciones de alimentos localmente disponibles y a bajo costo, con una adecuada densidad de nutrientes. Las preparaciones espesas como purés,

mazamorras espesa y papillas agregando una cucharita de aceite o azúcar, son las mas indicadas. Estos alimentos se deberían dar tres veces al día a partir de los seis meses de edad, ofreciéndolos antes de las sopas o preparaciones mas aguadas.

La costumbre de dar pan, galletas o alguna fruta (como plátano) entre comidas es buena. Los utensilios mas apropiados para alimentar a un niño de esta edad son plato, taza y cucharita. Se debe evitar biberón dado que aumenta el riesgo de diarrea en nuestro medio.

2.1.6. Mensajes de ablactancia

- No ofrecer alimentos hasta los 6 meses de edad.
- Introducir primero mazamorras, luego también purés, preparaciones espesas.
- Agregar una cucharadita de aceite o mantequilla a la preparación del bebé.
- Dar preparaciones tres veces al día.

- Primero dar estas preparaciones espesa antes de dar líquido, sopas o caldos.

- Lo mejor para el bebé es la comida recién preparada.

- Dar entre comidas pan, plátano, papa.

2.1.7. Desnutrición.

2.1.7.1. Definición.

La OPS (29 : 1994) publica " la desnutrición es un estado patológico, inespecífico, sistemático y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente utilización por las células del organismo de nutrientes esenciales; que se acompaña de variadas manifestaciones clínicas ".

2.1.7.2. Etiología.

NELSON (30 : 1987) La desnutrición es el problema más frecuente en nuestra región y es, por lo tanto, la causa más importante de retardo del crecimiento. Para un correcto diagnóstico y tratamiento del paciente, es fundamental se encuadre en un marco

referencial. De acuerdo a la etiología se clasifican los tipos de desnutrición.

2.1.7.3. Tipos de desnutrición.

2.1.7.3.1. Desnutrición primaria y secundaria.

- Desnutrición primaria :

  Síndrome de déficit nutricional por falta de alimentos.

- Desnutrición secundaria :

  Debido a enfermedades que alteran el estado nutricional.

Ambos tipos de desnutrición pueden coexistir. Así, un niño con desnutrición primaria por falta de aporte puede agravar su desnutrición por haber contraído una enfermedad (infecciones, diarrea crónica, parasitosis intestinal,etc.) que repercute aún más sobre su estado nutricional.

La falta de aporte alimentario debida a la escasez de recursos económicos, así

como la falla en la distribución intrafamiliar de alimentos, son los determinantes de la desnutrición primaria, a los que se asocia otra serie de factores que hacen a la calidad de vida de las comunidades (marginación social, vivienda precaria, hacinamiento, malas condiciones de higiene, falta de educación, mayor morbilidad, escaso acceso a los servicios de salud, alto número de hijos, fracaso escolar), y que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza y de la desnutrición.

2.1.7.3.2. Según el grado de déficit.

Cuanto más grave sea el deterioro del estado nutricional, mayor será la deficiencia ponderal en comparación con los valores de referencia para la misma edad del niño. Es así que la desnutrición puede clasificarse en grados :

Escala de GOMEZ, según el porcentaje de déficit de peso o según los criterios normatizados.

GRADOS	% DE DEFICIT DE PESO (En relación P50)
I	11 - 24
II	25 - 40
III	Más de 40 (o edema)

Además, cuanto mayor es el déficit de peso, mayor es el riesgo de contraer nuevas enfermedades.

2.1.7.3.3. Según la composición corporal, pueden distinguirse :

- Emaciación.

  Son niños que tienen un déficit de peso significativamente mayor que de la talla. si bien tienen una reducción de su masa magra, el déficit de grasa subcutánea es muy notable, de mayor magnitud. Pueden haber sufrido desnutrición crónica, pero

tienen además desnutrición reciente o actual y presentan siempre retraso del crecimiento. La rehabilitación nutricional provoca en ellos un rápido crecimiento de peso en pocas semanas. Estos niños tienen alto riesgo de enfermar o morir, por lo que constituyen un grupo altamente prioritario en los programas de asistencia nutricional.

- Acortamiento.

  Si bien tiene un déficit de peso para su edad, tienen también un déficit equivalente de talla, de tal manera que su relación peso/talla es normal. En los gráficos de peso/edad y talla/edad el déficit de ambas mediciones es equivalente.

  Habitualmente, este tipo de desnutrición no se asocia a una mayor morbilidad ni riesgo de infección o muerte inminente. Sin embargo, puede haber niños con acortamiento, en los cuales se agregue un cuadro de emaciación.

La identificación del tipo de alteración nutricional condiciona la necesidad de tomar decisiones de mayor o menor urgencia en función del conocimiento previo a los riesgos asociados con cada trastorno nutricional. Por ejemplo, un desnutrido emaciado implica una demanda inmediata si se lo compara a un desnutrido crónico compensado. La forma de evaluar estas instancias parte del conocimiento de los distintos indicadores en forma integrada.

Independientemente del criterio utilizado para establecer el punto de corte, (desvío estándar o percentiles por debajo y encima de la mediana para sexo y edad) podemos inferir en forma didáctica que un individuo puede estar por encima del límite discriminante (alto), dentro de los límites (normal) o por debajo de los mismos (bajo).

El uso comparativo de distintos indicadores antropométricos

(P/E, T/E, P/T), permite realizar un diagnóstico aproximativo en cuanto al estado nutricional actual y tiempo de evolución de la alteración detectada.

2.1.7.3.4. Según el tipo de carencia (global o específica).

Las deficiencias nutricionales severas pueden tener carácter global o afectar en forma específica a un solo nutriente.

- Marasmo.

Debido a un déficit global de alimentos, hay una carencia de energía (calorías) y proteínas, además el resto de los nutrientes. Afecta a todas las edades, pero particularmente al menor de un año y es frecuente en el tipo de desnutrición urbana.

- Kwashiorkor.-

  Se debe fundamentalmente a un déficit de proteínas. Se observa después del primer año de vida generalmente.

TIPOS DE DESNUTRICION GLOBAL	TIPOS DE DESNUTRICION ESPECIFICA
Marasmo	Déficit de hierro
Kwashiorkor	déficir de vitamina D Déficit de vitamina A

2.1.7.3.5. Según el tiempo de evolución.

En la infancia, toda enfermedad aguda de cierta duración repercute en cierto grado sobre el estado nutricional del niño y por ende sobre su crecimiento. Este deterioro tiene carácter transitorio y de poca trascendencia en los casos de aquellos niños en que el estado de salud previo y las condiciones socio-ambientales durante y luego del padecimiento permiten una respuesta positiva en términos de crecimiento compensatorio. No ocurre lo mismo con aquellos niños sometidos a

injurias del medio ambiente sumadas a las de la enfermedad misma.

La desnutrición crónica compromete en mayor medida el proceso de crecimiento, restándole al organismo posibilidades de compensación del déficit. Las secuelas que presentan no sólo tienen manifestaciones sobre el proceso de crecimiento, sino también sobre el desarrollo. Los niños que padecieron desnutrición crónica durante los primeros años de vida tienen dificultades en el proceso de aprendizaje durante la edad escolar.

2.1.7.3.6. Según la etapa de la vida o el momento de aparición.

Se denomina desnutrición prenatal a la que aparece antes del nacimiento y que es consecuencia del déficit en la provisión de nutrientes para el crecimiento fetal.

La desnutrición postnatal es , sin duda, la más frecuente y su momento de aparición tiene franca relación con el

momento de abandono de la lactancia natural.

2.1.7.3.7. Según el medio en que vive el niño.

- Desnutrición rural.

  Característica de comunidades tradicionales, que viven en condiciones de extrema pobreza, alejadas de los centros de desarrollo. Generalmente afecta a niños mayores de un año porque hasta esa edad prevalece la lactancia natural que les garantiza un crecimiento normal.

- Desnutrición urbana.

  Características de comunidades de formación más o menos reciente, producto de migraciones, que se asientan en regiones marginales de las grandes ciudades y cinturones industriales en forma de conglomerados habitacionales precarios. Estos grupos poblacionales están además sometidos a fenómenos de transculturación (incorporación de nuevos

hábitos y costumbres que no les son propios). Dichos centros poblacionales reciben diferentes denominaciones según la región (callampa, cantegril, villa miseria, favela, tugurios,etc.) y afectan a niños de todas las edades, pero sobre todo a los menores de un año porque en estos medios se suspende tempranamente el pecho materno y la alimentación artificial es insuficiente.

2.1.7.3.8. Según el grado de expresión.

La desnutrición como enfermedad, tiene la característica de carecer de una sintomatología clara y llamativa en sus estadios iniciales. Esto hace que grandes grupos de niños afectados por deficiencias nutricionales sean "invisibles" a los ojos de su comunidad en cuanto al grado de deterioro del estado de salud. La existencia de la "desnutrición invisible" está condicionada por varios factores: el nivel de los padres, por falta de información y educación en cuanto al grado de salud

alcanzado por sus hijos; su patrón de referencia está dado por los otros niños de la misma comunidad que generalmente se encuentran en las mismas circunstancias de deterioro. A nivel del equipo de salud, por desconocimiento de la situación nutricional de la comunidad, falta de información en relación con la metodología que permita el diagnóstico temprano de esta entidad y falta de reconocimiento de la desnutrición como enfermedad. A nivel de las autoridades de salud, puede encontrarse ausencia de interés en reconocer y demostrar la existencia de problemas nutricionales en una determinada área o región.

Toda esta serie de eventos genera o condiciona una situación de encubrimiento de una realidad socio sanitaria que tarde o temprano se revela ante los ojos de la población.

Mucho tiempo antes de que el niño presente manifestaciones clínicas evidentes de desnutrición, aparecen cambios significativos, a saber :

- Retardo del crecimiento.

  Es el primer signo objetivo de desnutrición. La mejor forma de detectarlo es siguiendo periódicamente la curva de peso del niño en un gráfico adecuado.

- Cambios en la conducta.

  Al carecer de estímulo nutricional, el niño debe reorientar la utilización de los escasos alimentos que recibe en el mantenimiento de su organismo. Por este motivo deja de tener actividades que aparentemente no tienen trascendencia. El niño puede presentar falta de sonrisa, presencia de un llanto débil, disminución de la actividad física, mirada sin expresividad y falta de interés en el juego. En resumen, todo esto condiciona una ausencia de conexión y comunicación con el medio que lo rodea. En muchos casos, los padres perciben la apatía y tranquilidad del niño como un acontecimiento normal, siendo en realidad la manifestación de una respuesta adaptativa para poder vivir.

2.1.7.4. Criterios de atención del niño desnutrido.

MINISTERIO DE SALUD (31 : 1995) manifiesta que la detección del paciente desnutrido determina la necesidad de poner en marcha una serie de medidas operativas tendientes a revertir el cuadro. El lugar y el tipo de tratamiento a seguir estarán condicionados por la severidad y característica propias de cada caso en particular. No obstante y como elemento de orientación, se considera que los niños con desnutrición leve deben ser atendidos en el centro de salud; en cambio, aquellos con desnutrición moderada o grave necesitan atención más especializada.

Guía para la orientación de un niño desnutrido.

Niño bien nutrido, desnutrición leve = Centro de atención primaria.

Desnutrición moderada = Nivel de referencia normatizado.

Desnutrición grave = Hospitalización.

Efectuado el diagnóstico, la recuperación nutricional del niño se logra cuando se cubren lo siguientes aspectos :

a. Un aporte alimentario que asegure cantidad, calidad (hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales) adecuados a la edad, que le posibilite el crecimiento compensatorio.

b. El tratamiento de las infecciones intercurrentes.

c. La incorporación de la madre al equipo de salud como efectora real de la recuperación de su niño.

d. Controles antropométricos y clínicos según normas.

e. Educación alimentaria a la familia.

También la evaluación del crecimiento posibilita la detección de poblaciones en riesgo que deben recibir apoyo nutricional.

La rehabilitación nutricional no se refiere al simple proceso de entrega de alimentos, sino que implica una actitud de compromiso del equipo de salud tendiente al enfoque integral del niño para revertir el cuadro de desnutrición y evitar la reiteración del mismo.

El éxito de un programa de rehabilitación nutricional debe ser considerado en término del crecimiento compensatorio que presente el niño desnutrido y también la comunidad a la que pertenece.

La falta de crecimiento compensatorio condiciona, a nivel individual, el planteo de diagnósticos diferenciales que permitan aclarar la causa del crecimiento alterado".

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

a. Cultura.

Conocimiento que posee la familias respecto a la alimentación como resultado del medio en que vive.

b. Costumbres.

Hábitos que adquieren las familias respecto a la alimentación por la repetición de un acto de generación en generación.

c. Desnutrición.

Estado patológico, inespecífico, sistemático y potencialmente reversible que se origina como resultado de la deficiente utilización por las células del organismo de nutrientes esenciales.

d. Hábitos alimenticios.

Son patrones de alimentación de una familia que se adquiere de generación en generación y que algunas alteran el estado nutricional de los miembros.

e. Alimentación.

Es el proceso de consumo de alimentos los cuales van a satisfacer las necesidades nutricionales del organismo.

c. Lactancia materna.

Es la alimentación del niño a través de la administración de leche materna.

d. Lactante.

Grupo etareo comprendido entre 0 a 11 meses, 29 días de edad.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. METODO DE LA INVESTIGACION

Analítico porque se relaciona la variable independiente ablactancia y la variable dependiente estado nutricional, además de la variable interviniente hábitos alimenticios de la familia.

Prospectivo porque la ejecución se realizó a partir del diseño.

Transversal porque estudia las variables simultáneamente en un momento dado durante un mes.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. Población.

La población objeto de estudio esta constituido por un total de 124 lactantes de 6 a 11 meses 29 días inscritos en el subprograma de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional de Pucallpa.

3.2.2. Muestra.

Estuvo constituida por el 100 por ciento de lactantes que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.3.1. Técnica.

La técnica aplicada fue la entrevista a la madre, la observación y evaluación del estado nutricional al lactante.

2.3.2. Instrumento.

Para el proceso de recolección de datos se aplicó una ficha de registro (Anexo A) y la tabla de referencia de la NATIONAL CENTER FOR HEALTH STADISTIC (NCHS) Anexo B.

FICHA DE REGISTRO

En la primera parte se encuentra preguntas dirigidas a la madre y en la segunda parte se registra los datos relacionados al lactante como son edad, sexo, peso, talla, veces que alimentan al lactante, tipo de alimentación que brinda con más frecuencia y el resultado del estado nutricional, para lo cual se utilizó los siguientes materiales:

- Tallímetro de madera portatil.
- Balanza pediátrica con una capacidad para pesar 16 kilogramos.

- Tabla de referencia de la NATIONAL CENTER FOR HEALTH STADISTIC.

Este sirve para determinar el grado de nutrición del lactante, cuyo dato se registra en la ficha de registro.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitó autorización al director tanto del Hospital de Yarina Cocha para la aplicación de la prueba piloto, así como al director del Hospital Regional de Pucallpa mediante un oficio.

Se coordinó con el personal que labora en el sub programa de crecimiento y desarrollo.

Se aplicó la prueba piloto de la ficha de registro a las madres de los lactantes que acudieron al Hospital de Yarina Cocha, al cual se le agregó lo siguiente:

Edad que inicio de ablactancia.

El procedimiento de recolección de datos se realizó con la participación de los investigadores y con el apoyo del personal que labora en el sub programa de crecimiento y desarrollo.

Se aplicó la ficha de registro para obtener los datos generales sobre la madre y los datos referentes al lactante, el estado nutricional se determinó luego del examen antropométrico y físico.

3.5. TRATAMIENTO DE DATOS.

Recogidos los datos, se procedió a procesar, analizar e interpretar los resultados obtenidos mediante la estadística descriptiva, los resultados se presentan en cuadros y gráficos, la comprobación de hipótesis se realizó a través de la prueba chi cuadrado con nivel de significancia de 0,05.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO 01

OCUPACIÓN E INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS PADRES DEL

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

OCUPACIÓN	INGRESO ECONÓMICO EN SOLES						TOTAL	
	MENOR DE 300		300 - 600		600 A MÁS			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ESTUDIANTE	1	1	6	5	1	1	8	6
INDEPENDIENTE	40	32	59	47	5	4	104	84
DEPENDIENTE	2	2	1	1	9	7	12	10
TOTAL	43	35	66	53	15	12	124	100

Fuente :Encuesta.

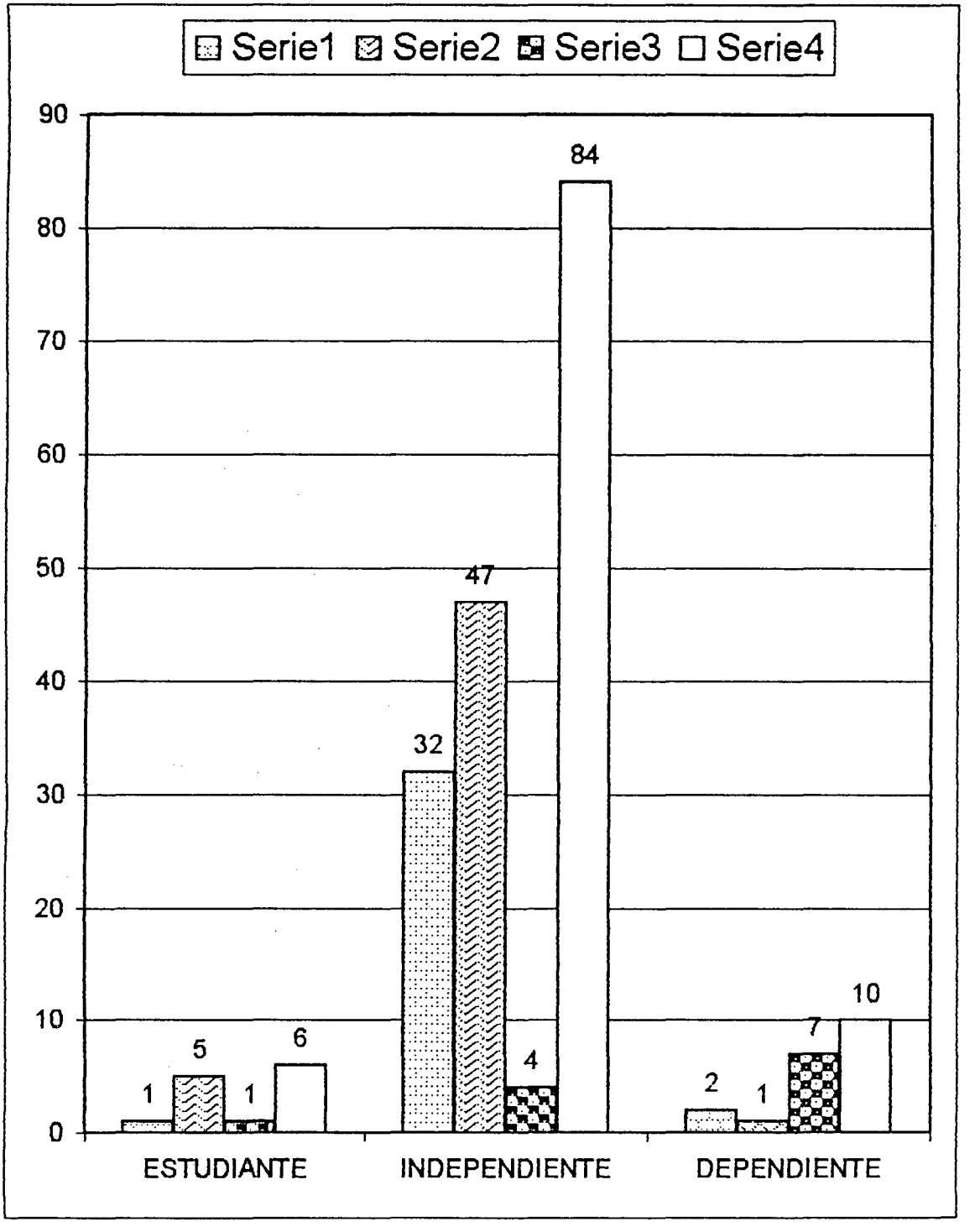


GRAFICO 01: OCUPACIÓN E INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS PADRES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 01 se observa la ocupación y el ingreso económico de los padres.

Un alto porcentaje (84 %) de padres se ocupan en labores independientes (comerciantes, carpinteros, etc) percibiendo en un 47 % de 300 a 600 nuevos soles mensuales.

La labor independiente del padre es consecuencia de la falta de empleo, donde no existe estabilidad laboral, optando estos a dedicarse a labores independientes percibiendo ingresos económicos que no satisfacen las necesidades básicas de la familia como de alimentación principalmente conllevando a la presencia de desnutrición en los niños, así mismo se asocia otros factores como marginación social, vivienda precaria, hacinamiento, escaso acceso a los servicios de salud, lo que contribuye a perpetuar el círculo de pobreza y desnutrición.

Los resultados corroboran a lo estudiado por MERA:

"Que el mayor porcentaje de padres 72 son independientes en su forma de trabajo y 54 % presentan más de 300 nuevos soles".

Así mismo MOLINA publica:

"La mayoría de madres cuyos hijos presentan desnutrición son jóvenes, proceden de zona rural y pertenecen al estrato social bajo".

Según LLANOS:

"La inadecuada alimentación, el bajo nivel de instrucción, la pobreza, etc, tienen estrecha relación con el alto porcentaje de desnutrición".

LA OPS afirma:

"Es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a las clases sociales más favorecidas, el solo hecho de contar con pocos recursos económicos tienen implicancias sobre el crecimiento y desarrollo.

CUADRO 02

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DEL

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

GRADO DE ESCOLARIDAD	N°	%
PRIMARIA INCOMPLETA	5	4
PRIMARIA COMPLETA	14	11
SECUNDARIA INCOMPLETA	40	32
SECUNDARIA COMPLETA	34	28
SUPERIOR INCOMPLETA	21	17
SUPERIOR COMPLETA	10	8
TOTAL	124	100

Fuente:Ficha de registro

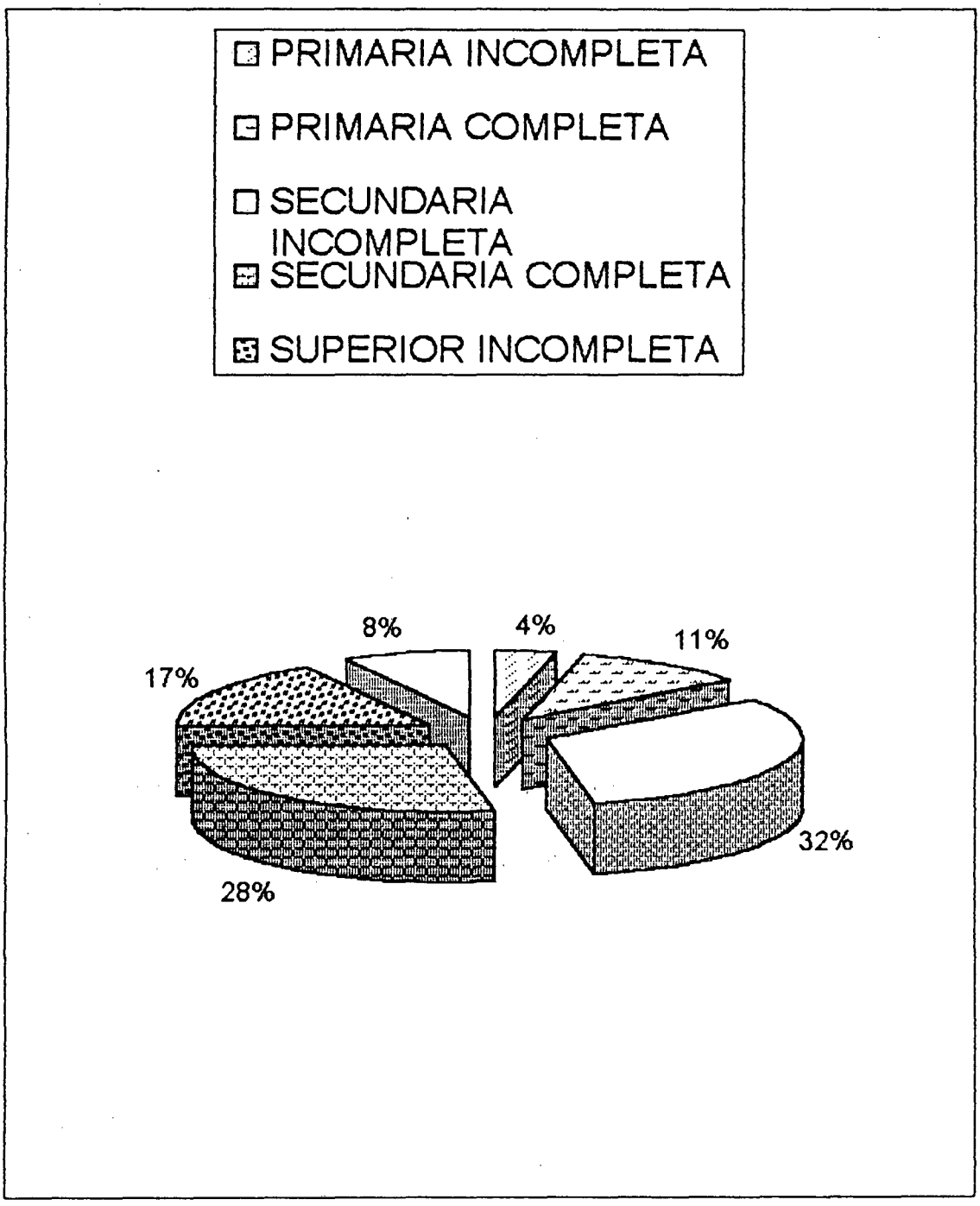


GRAFICO 02: GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 02 se observa el grado de escolaridad de las madres de familia.

32 % de madres poseen secundaria incompleta, 28 % secundaria completa, 17 % estudiaron el nivel superior incompleta y 11 por ciento de madres poseen estudio de nivel primario completa.

Se observa que en alto porcentaje las madres poseen grado de escolaridad alto, es decir estudiaron hasta el nivel secundario completo e incompleto.

Sin embargo el grado de escolaridad de las madres, no se considera un factor decisivo en el estado nutricional de niño ya que este síndrome puede coexistir cuando el niño puede haber contraído una enfermedad infecciosa o crónica, parasitosis intestinal, etc, además la falta de aporte alimentario debido a la escasez de recursos económicos, falla en la distribución intrafamiliar de alimentos

Los resultados son compatibles a lo investigado por LOLI:

" La mayoría de madres poseen bajo grado de instrucción, desconocen la importancia del control del niño y de su alimentación".

Así mismo DELGADO afirma:

"En el Perú existe 35 % de analfabetismo e instrucción incompleta, principalmente en población rural. Quienes poseen conocimientos muy sencillos, lo que origina la dificultad en la prescripción,

recuperación y protección de la salud del niño. De igual forma es una manifestación importante de la pobreza y la falta de instrucción y cultura de la familia".

CUADRO 03

DISTRIBUCIÓN DE LOS LACTANTES SEGÚN EDAD Y SEXO

EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
6 A 8 MESES	28	23	30	24	58	47
9 A 11 MESES	37	30	29	23	66	53
TOTAL	65	53	59	47	124	100

Fuente :Ficha de registro

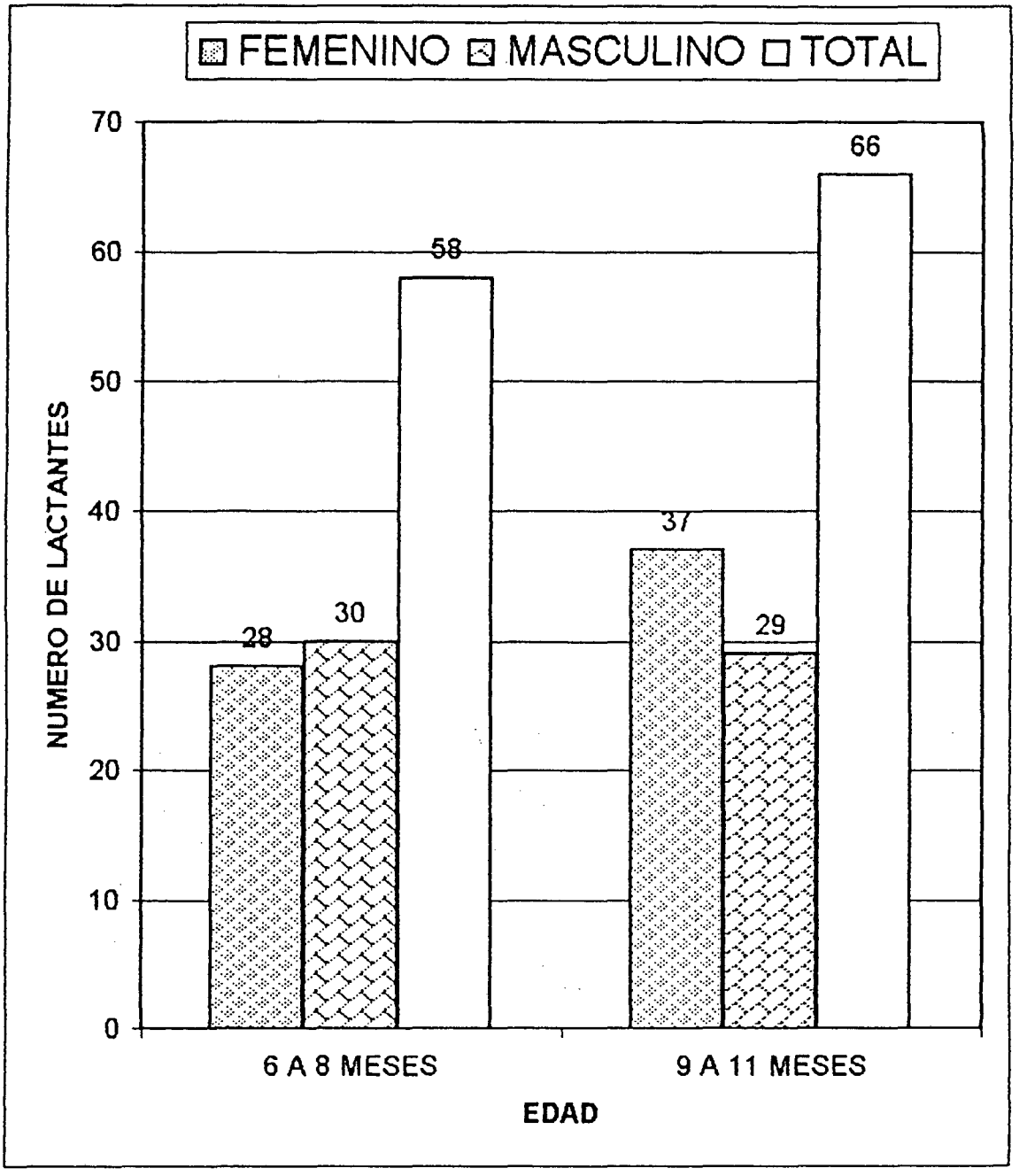


GRAFICO 03: DISTRIBUCIÓN DE LOS LACTANTES SEGÚN EDAD Y SEXO

EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 03 observamos la distribución de los lactantes que conforman la muestra según grupo etáreo y sexo.

De los 124 lactantes que constituyen el 100 % de la muestra, 53 % están comprendidos entre las edades de 9 a 11 meses, de los cuales el 30 % pertenecen al sexo femenino y 23 % al sexo masculino.

47 % son niños de 6 a 8 meses de edad, siendo el 23 % del sexo femenino y 24 % del sexo masculino.

Al observar los resultados se encuentra que no hay diferencia significativa entre la edad de los niños y el sexo.

PROCAME publica:

" El periodo que va de los 5 a los 6 meses es de transición en los aspectos fisiológicos y de desarrollo donde el aparato digestivo ha madurado lo suficiente para procesar alimentos y el niño es vulnerable de adquirir enfermedades propias de su edad los cuales repercuten en el crecimiento y desarrollo y por ende en el estado nutricional, es menester atender adecuadamente la alimentación del niño por estar en riesgo su salud"

En relación a la edad del niño, la enfermera tiene una responsabilidad por velar el buen estado nutricional del lactante, así lo afirma MARTINI:

"La enfermera debe realizar una estrecha vigilancia nutricional a las familias con problemas de desnutrición, evaluándolas constantemente el estado nutricional, a través de las medidas antropométricas".

CUADRO 04

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES DEL

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

ESTADO NUTRICIONAL	N°	%
NORMAL	80	65
DESNUTRICIÓN P/E	10	8
DESNUTRICIÓN T/E	11	9
DESNUTRICIÓN P/T	18	14
DESNUTRICIÓN P/E T/E P/T	5	4
TOTAL	124	100

Fuente:Evaluación aplicada a lactantes

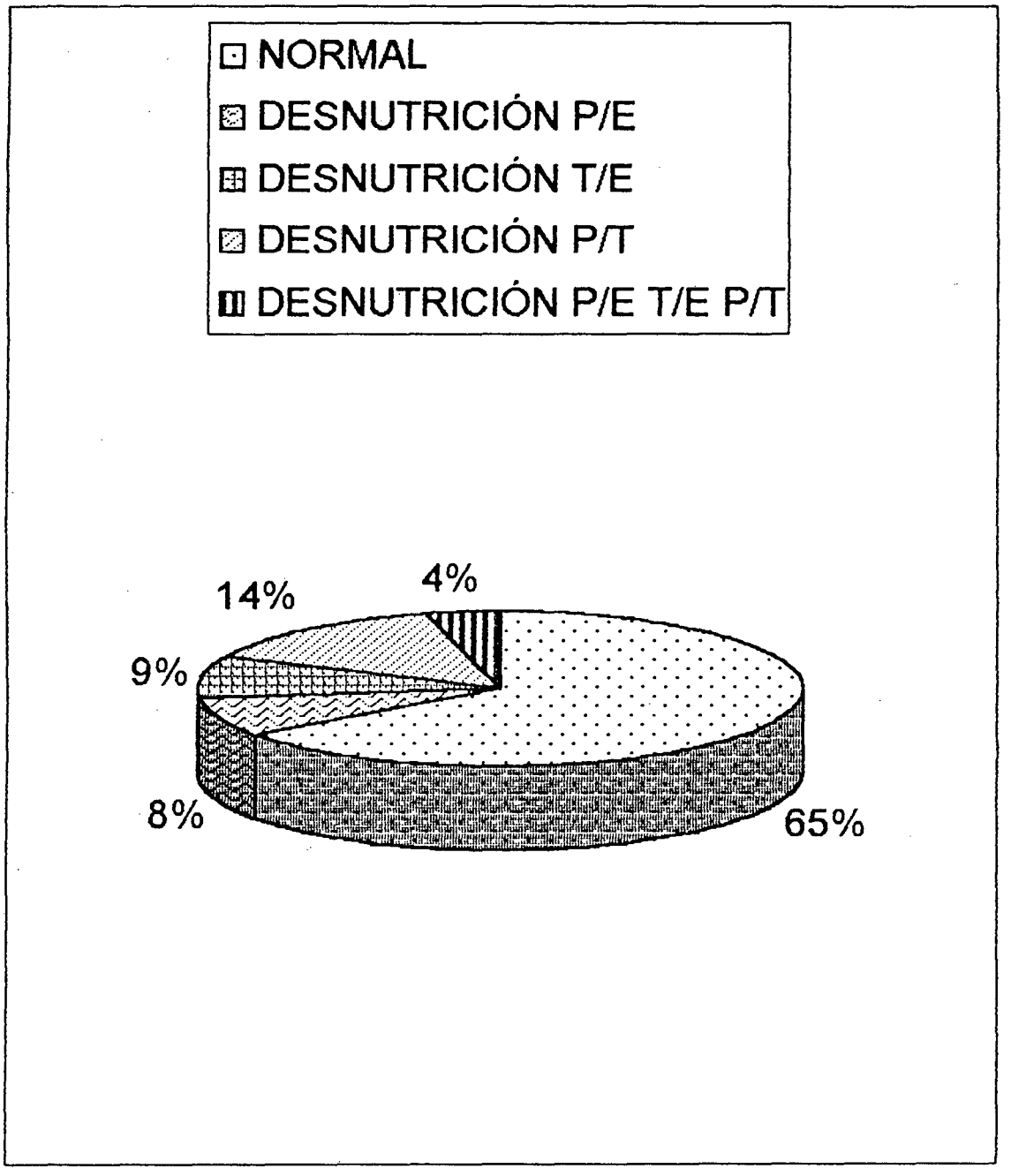


GRAFICO 04: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 4 observamos el total de lactantes que corresponde al 100 %.

El 65 % de lactantes presentan un estado nutricional normal.

35 % presentan desnutrición en sus diferentes grados, de los cuales el 8 % corresponde a los lactantes que presentan un peso bajo para la edad o desnutrición global. El 9 % de lactantes presentan un déficit de talla para la edad o desnutrición crónica. El 14 % de lactantes presentan peso bajo para la talla o desnutrición aguda. 4 % presentan desnutrición en todos los indicadores antropométricos de peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad o desnutrición crónica reagudizada.

Se concluye que el mayor porcentaje de lactantes presentan estado nutricional normal, sin embargo un significativo porcentaje presentan desnutrición.

Estos se justifica porque en la región , hay una introducción precoz de complementos de la leche materna antes de los 6 meses de edad, en promedio se introduce alimentos semisólidos a los 3 ó 4 meses, así mismo el consumo de alimentos es inadecuado en cuanto a la densidad de energía y nutrientes. Siendo necesario la orientación nutricional al inicio del periodo prenatal con la decisión de alimentar al niño con leche materna.

Los resultados son similares a lo publicado por PRISMA :

"En relación de talla para la edad, la deficiencia nutricional fue la prevalencia de retardo en el crecimiento, esta deficiencia fue encontrada en el 16 % de niños en costa, 49 % en sierra y 41 por ciento en selva.

Según el peso para la edad, se encontró desnutrición global, cuya prevalencia fue 6 por ciento en costa, 25 % en sierra y 25 % en selva.

Finalmente, el déficir de peso bajo para la talla, fue un problema con menor frecuencia según indicadores antropompétricos estimándose una prevalencia de 9, 12 y 17 por ciento en costa, sierra y selva respectivamente".

FERNANDEZ Y HAUSTEN opinan :

" El peso es un indicador primordial para evaluar el estado nutricional en corto tiempo de manera global afirmando a su vez que el peso es muy sensible y varía significativamente ante cualquier estímulo, enfermedad o carencia de alimentos.

La talla refleja la historia nutricional del niño, basándose en que si se restringe la ingesta alimentaria por diferentes factores la velocidad de crecimiento del niño tanto en peso como en talla disminuyen o se encuentran latentes, sin embargo el peso se recupera rápidamente al reanudarse una adecuada alimentación, pero la recuperación de la talla es mucho más lenta y difícilmente se recupera en su totalidad".

Según MABULAY, la mortalidad infantil en 1989 llegó a 51,5 % por mil nacidos vivos, siendo causado por malnutrición entre otros.

CUADRO 05

TIPO DE ALIMENTOS QUE PROPORCIONAN LAS MADRES A LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

TIPO DE ALIMENTOS	N°	%
SOPA MIXTA	23	19
PURÉ DE PAPA CON HUEVO	19	16
PURÉ DE PAPA CON HIGADO	18	15
MAZAMORRA DE AVENA	15	12
MAZAMORRA DE PLÁTANO	13	10
ARROZ CON HUEVO	13	10
ARROZ CON PESCADO	13	10
PLATANO CON PESCADO	10	8
TOTAL	124	100

Fuente:Encuesta aplicada a las madres

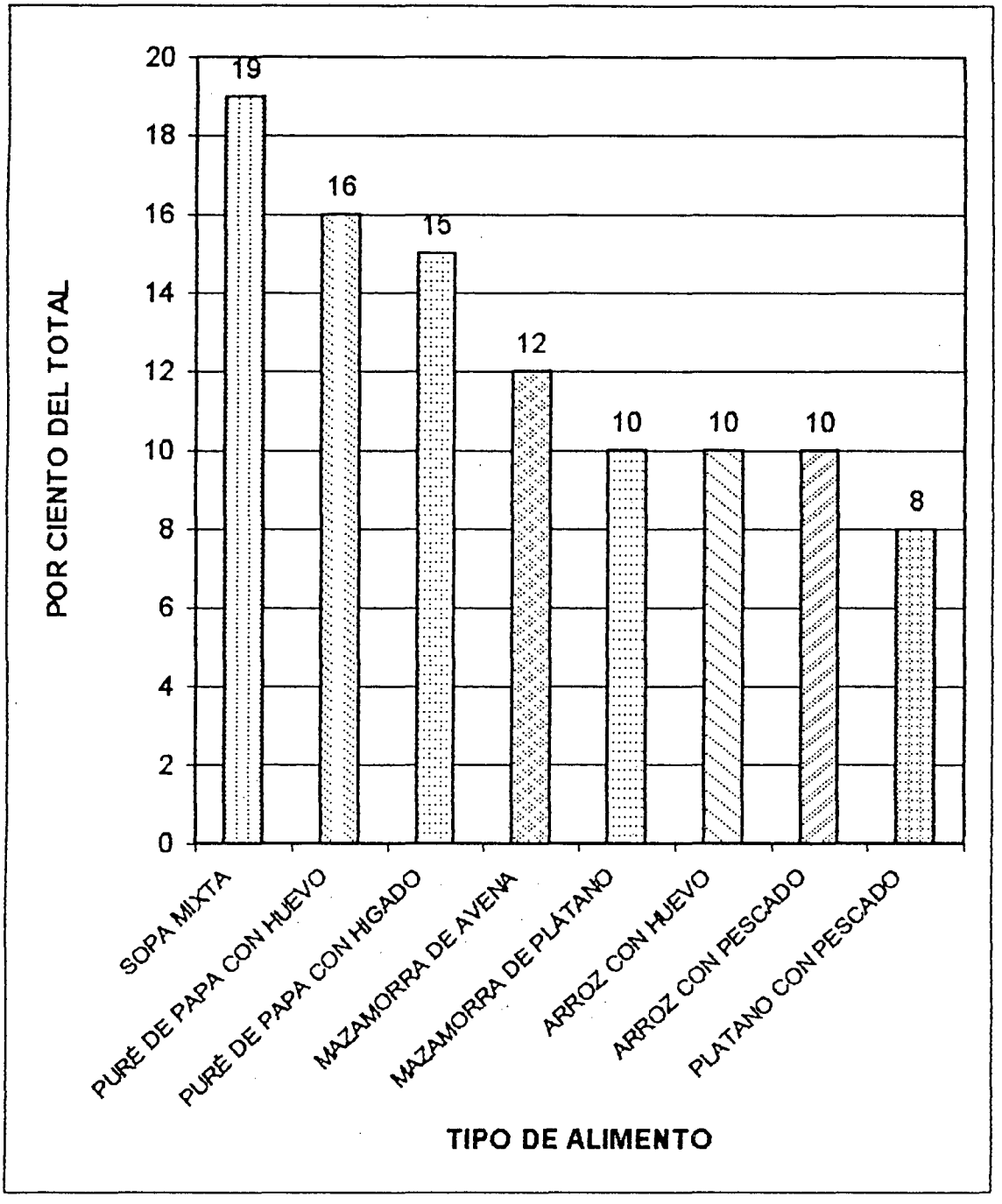


GRAFICO 05: TIPO DE ALIMENTOS QUE PROPORCIONAN LAS MADRES A LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 5 podemos observar el tipo de alimento que proporcionan las madres con más frecuencia.

Siendo los alimentos más consumidos por los lactantes las sopas con 19 %, puré de papa con huevo 16 %, seguido de puré de papa con hígado con 15 % y la mazamorra de avena con 12 %.

Por lo que podemos concluir, diciendo que en nuestro medio el alimento que más se proporcionan a nuestros niños son las sopas, alimento que no van a proporcionar los nutrientes necesarios que estos necesitan, por lo tanto este déficit de requerimiento se van a reflejar en su crecimiento y desarrollo.

Las familias desconocen el orden de introducción de los alimentos sólidos, la alimentación aumenta gradualmente líquidos, semisólidos y sólidos mientras que la leche materna va disminuyendo. Resulta que un alto porcentaje de niños se desnutren desde una temprana edad.

Los resultados son compatibles con lo estudiado por:

OPS:

"La malnutrición se relaciona de manera primordial con la ingesta impropia o inadecuada de los alimentos".

VINONY REDDY publicó:

"En la mayoría de los estudios en las comunidades, se ha observado que la falta de introducción de alimentos sólidos adecuados a partir de los 6 meses de edad está relacionado con retardo de crecimiento".

CUADRO 06

FRECUENCIA DE COMIDAS QUE RECIBEN AL DÍA LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

FRECUENCIA DE COMIDAS	N°	%
UNA VEZ	6	5
DOS VECES	30	24
TRES VECES	57	46
CUATRO VECES	26	21
CINCO VECES	5	4
TOTAL	124	100

Fuente:Ficha de registro

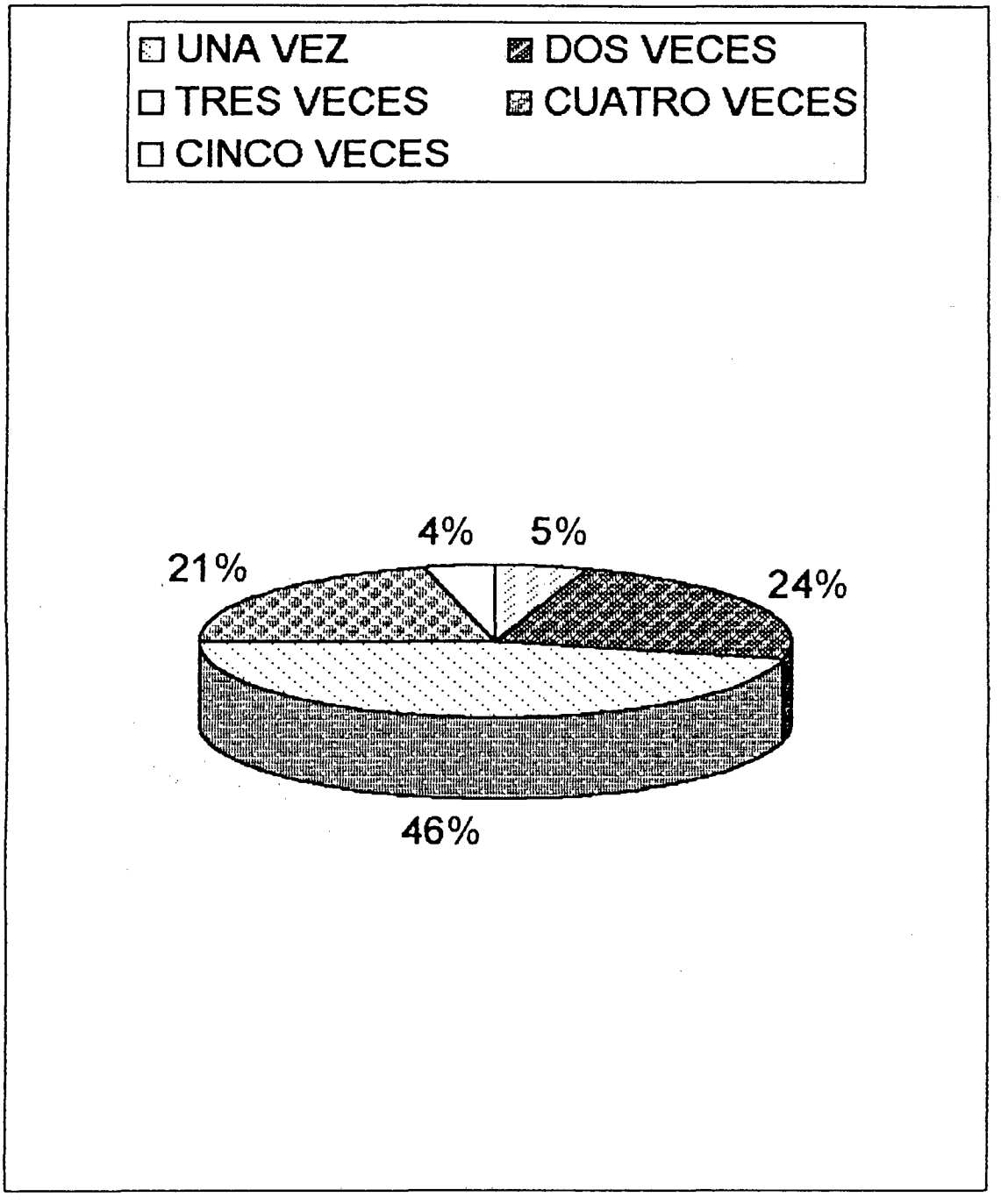


GRAFICO 06: FRECUENCIA DE COMIDAS QUE RECIBEN AL DÍA LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 06 se observa la frecuencia de comidas que reciben los lactantes durante el día.

El 24 % de lactantes son alimentados solo dos veces al día

El mayor porcentaje 46 % de lactantes son alimentados tres veces al día.

Y con 21 % de los lactantes son alimentados cuatro veces y solo 4 % son alimentados cinco veces.

En conclusión el mayor porcentaje de lactantes son alimentados en su mayoría 3 veces al día, motivado a que las familias son sometidas a proceso de transculturación tales como incorporación de nuevos hábitos y costumbres alimentarias que afectan la salud de los miembros sobre todo a los menores de un año, no recibiendo alimentación adecuada en relación a la cantidad y calidad.

Al respecto PROCAME afirma:

"Los primeros alimentos que se dan a los niños suelen ser sopas y jugos que contienen principalmente agua o también la frecuencia de comidas al día es inadecuada. Muchas familias dan de comer a los bebés solo cuando comen los adultos no toman en cuenta la necesidad de comidas pequeñas y frecuentes ".

Según ENDES :

"En zonas rurales de Selva y Sierra las creencias son un factor que limitan la alimentación del lactante".

CUADRO 07

INICIO DE ABLACTANCIA DE LOS LACTANTES SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

INICIO DE ABLACTANCIA	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
PRECOZ	20	16	27	22	47	38
OPORTUNA	45	36	32	26	77	62
TOTAL	65	52	59	48	124	100

Fuente :Ficha de registro

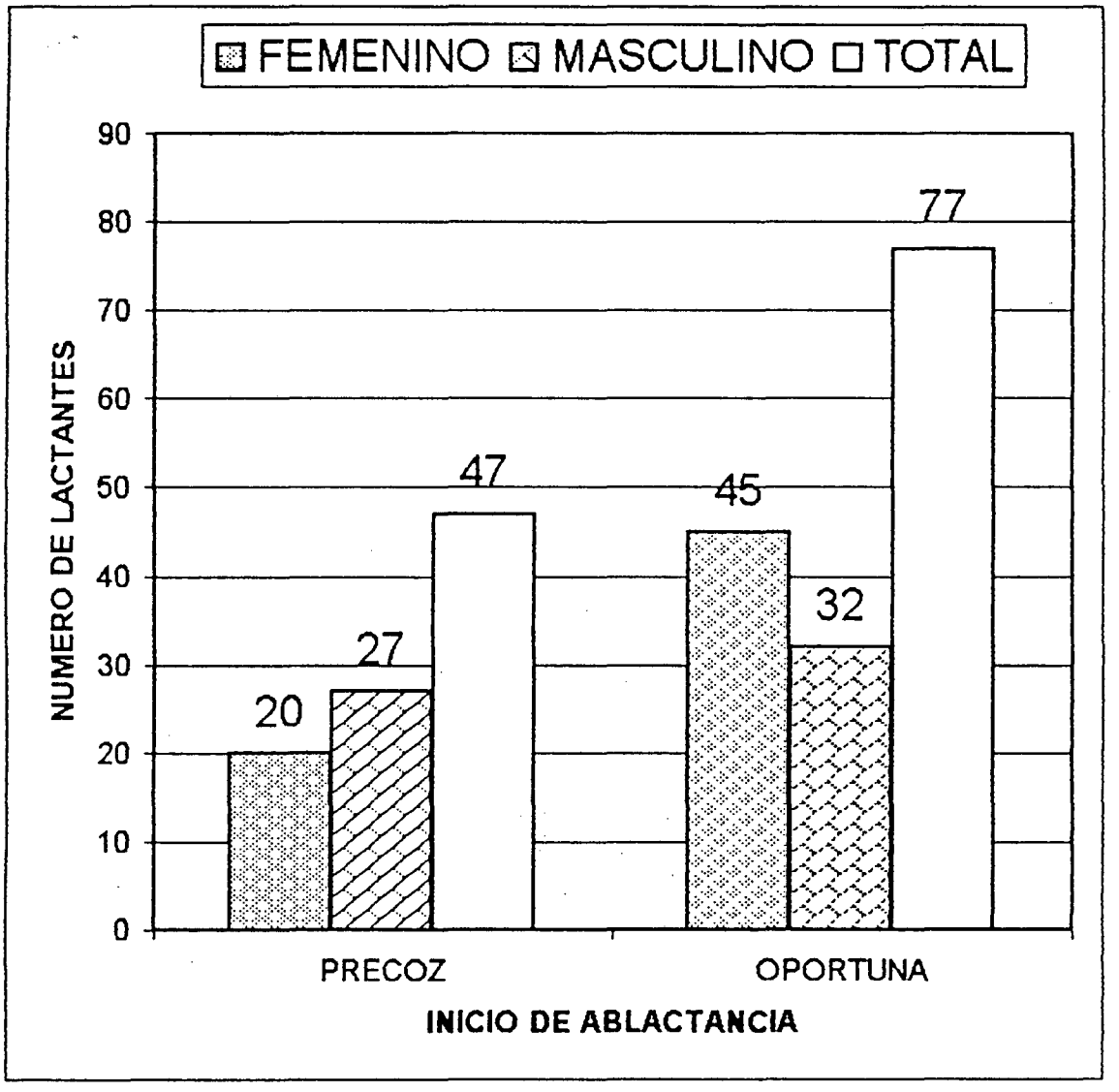


GRAFICO 07: INICIO DE ABLACTANCIA DE LOS LACTANTES SEGÚN SEXO

EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999.

En el cuadro 07 podemos observar el inicio de ablactancia según sexo en los lactantes sujetos de estudio.

62 % de lactantes reciben ablactancia oportuna de los cuales 36 % pertenecen al sexo femenino y 26 % son varones.

38 % de lactantes reciben ablactancia precoz, de los cuales 16 % son mujeres y 22 % son mujeres.

Un alto porcentaje de lactantes reciben ablactancia oportuna, sin embargo un significativo porcentaje (38 %) reciben ablactancia precoz, debido a que las madres desconocen el funcionamiento del aparato digestivo del lactante que no ha madurado lo suficiente para procesar nutrientes más complejos afectando el proceso fisiológico del sistema digestivo, produciendo trastornos alérgicos e infecciones repercutiendo en el estado nutricional del lactante.

Según RODRIGUEZ:

"Un alto porcentaje de lactante inician ablactancia en forma precoz, alimentándose de sopitas, causando diarreas y cólicos".

El INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL afirma:

"A partir de los 6 meses de edad casi todos los niños precisan de otros alimentos que cubran los requerimientos adecuados para su crecimiento. La introducción de alimentos son influidos por costumbres, creencias y preferencias de la madre".

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIBLIOTECA
— U. N. U. —

CUADRO 08

INICIO DE ABLACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES

EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

INICIO DE ABLACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL				TOTAL	
	NORMAL		DESNUTRIDO			
	N°	%	N°	%	N°	%
PRECOZ	17	14	30	24	47	38
OPORTUNA	63	51	14	11	77	62
TOTAL	80	65	44	35	124	100

Fuente :Ficha de registro

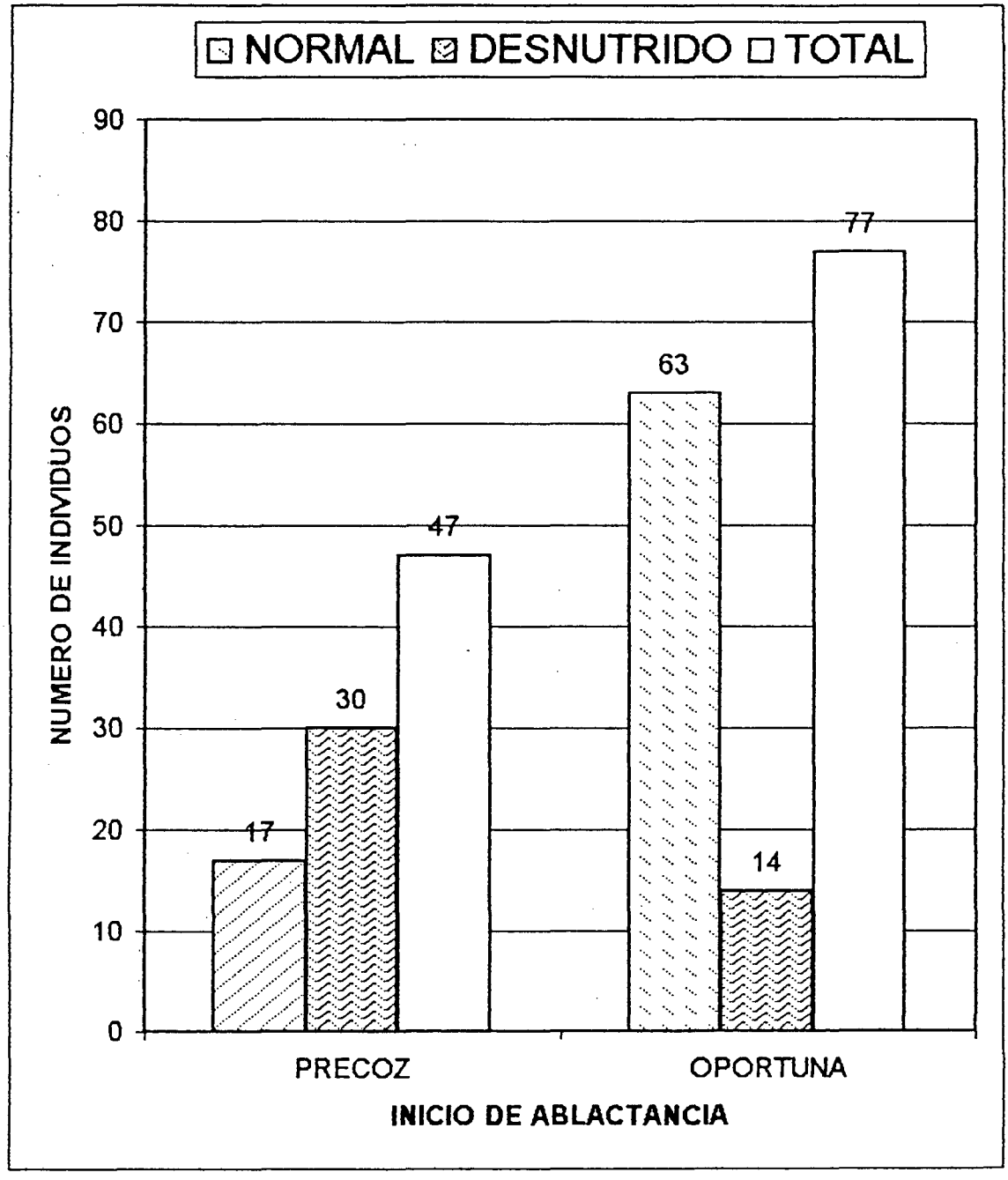


GRAFICO 08: INICIO DE ABLACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 08 podemos observar que del 100 % de 124 lactantes en estudio :

El 62 % de lactantes que iniciaron ablactancia oportunamente, 51 % presentan estado nutricional normal.

De 38 % de lactantes que recibieron ablactancia precoz, 14 % presentan estado nutricional normal y 24 por ciento muestran desnutrición en sus diferentes grados.

Con la finalidad de determinar si la tendencia observada en el grupo de estudio es también la tendencia esperada en toda la población se aplicó la prueba estadística del chi cuadrado obteniéndose un chi cuadrado calculado de 26.57 y un chi cuadrado tabulado de 3.84, con un nivel de significancia de 0,05, lo que nos permite aceptar la hipótesis "Los lactantes que iniciaron ablactancia precoz presentan en mayor porcentaje desnutrición que aquellos niños que iniciaron oportunamente".

Según ALVARADO:

"72.3 % de niños se encuentran normal, el 7,8 % en desnutrición aguda, el 17,8 % en desnutrición crónica y el 2,1 % con desnutrición crónica reagudizada".

OPS:

"La malnutrición se relaciona de manera primordial con la ingesta impropia o inadecuada de los alimentos".

CUADRO 09

TIPO DE ABLACTANCIA QUE RECIBEN LOS

LACTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

TIPO DE ABLACTANCIA	N°	%
ADECUADO	53	43
INADECUADO	71	57
TOTAL	124	100

Fuente:Ficha de registro

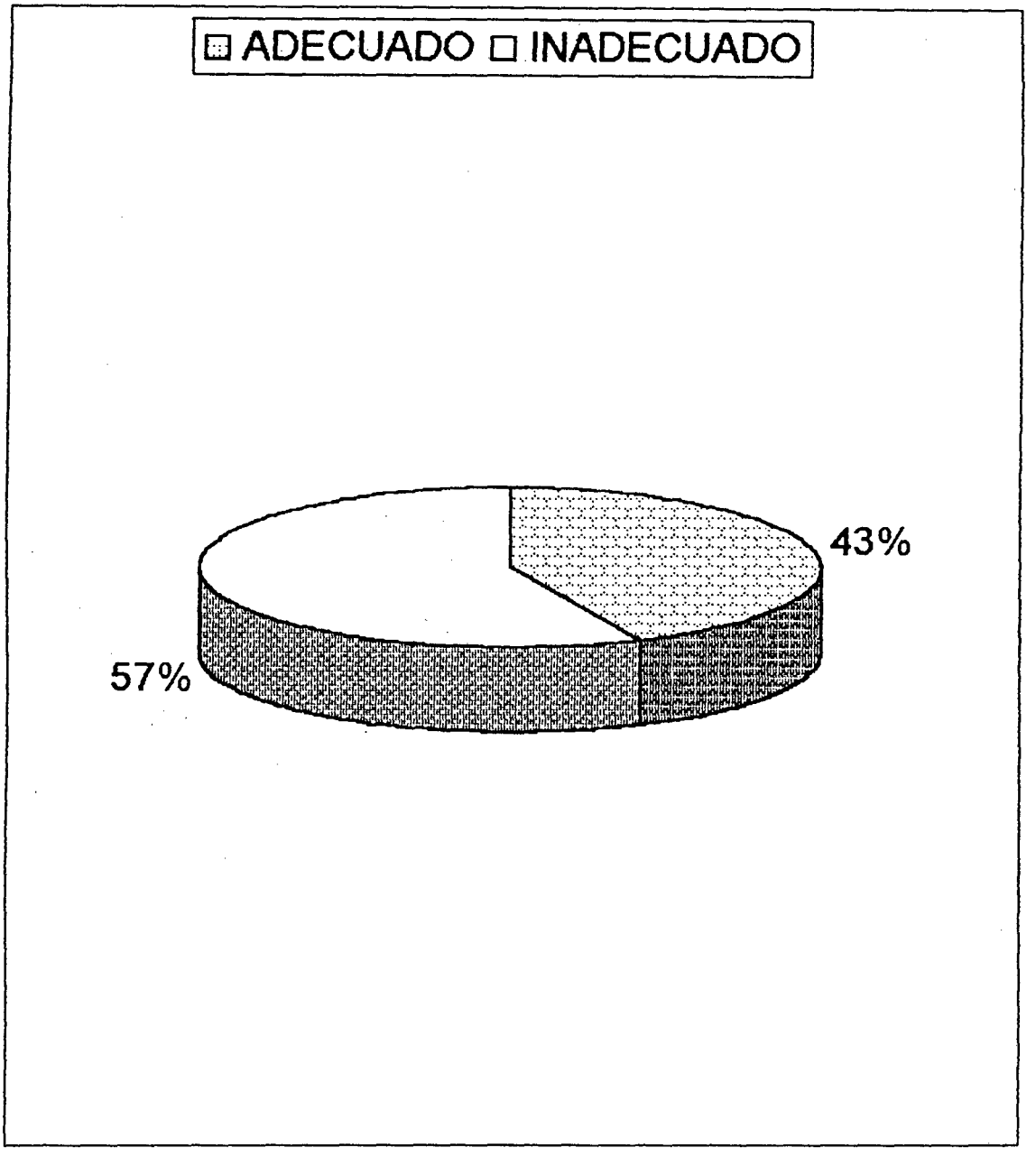


GRAFICO 09: TIPO DE ABLACTANCIA QUE RECIBEN LOS LACTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 09 podemos observar que de 124 lactantes que corresponde al 100 %.

El 43 % de lactantes son alimentados adecuadamente.

Y 57 % son alimentados inadecuadamente

En un 57 % se observa que el consumo de alimentos es inadecuado en cuando a la densidad de energía y nutrientes.

Al respecto el INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL afirma:

"A partir de los 6 meses de edad casi todos los niños precisan de otros alimentos que cubran los requerimientos adecuados para su crecimiento. La introducción de alimentos son influidos por costumbres, creencias y preferencias de la madre".

LOVEL DE GRATT sostiene:

"La leche materna y las prácticas adecuadas de ablactancia son de suma importancia para prevenir una desnutrición en niños pequeños a medida que crece, es preciso suministrar otros alimentos para satisfacer las mayores demandas".

CUADRO 10

ABLACTANCIA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa 1999

ABLACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL										TOTAL	
	NORMAL		D. GLOBAL		D. CRONICA		D. AGUDA		D. CRONICA AGUDIZADA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADECUADA	47	37	1	1	2	2	2	2	1	1	53	43
INADECUADA	33	27	9	7	9	7	16	13	4	3	71	57
TOTAL	80	64	10	8	11	9	18	15	5	4	124	100

Fuente: Ficha de registro

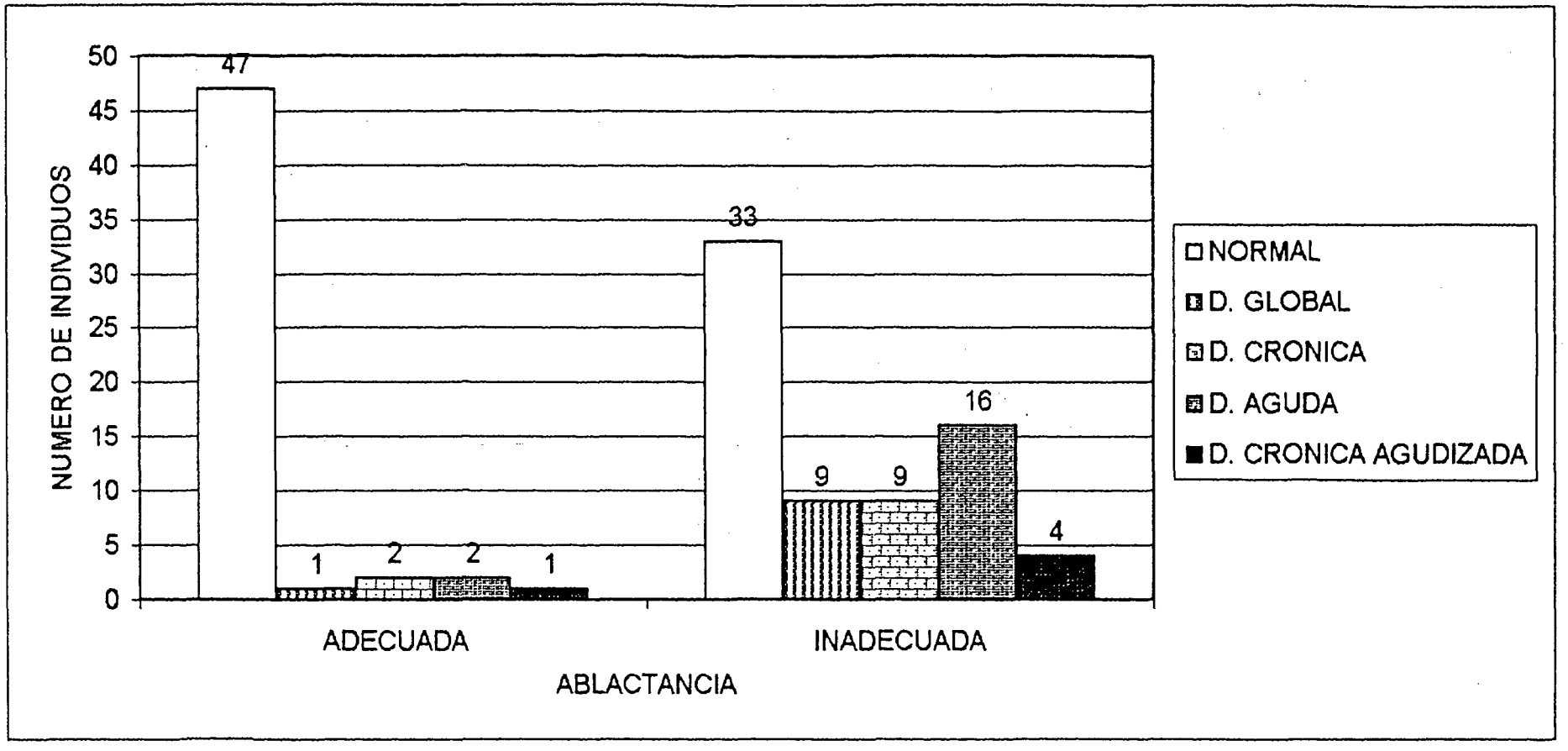


GRAFICO 10: ABLACTANCIA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa 1999

En el cuadro 10 se relaciona el tipo de ablactancia y el estado nutricional del lactante.

De 57 % de niños que reciben ablactancia inadecuada, 27 % presentan estado nutricional normal, 7 % desnutrición global, 13 % desnutrición aguda y 3 % desnutrición crónica reagudizada.

43 % de lactantes que reciben ablactancia adecuada, 37 % presentan estado nutricional normal, 1 % desnutrición global y crónica agudizada, 2 % desnutrición crónica y aguda.

Se observa que existe relación entre ablactancia inadecuada con la presencia de desnutrición en los lactantes.

Por lo que concluimos que los lactantes que se alimentan inadecuadamente el mayor porcentaje se encuentran con desnutrición aguda o desnutrición de peso bajo para la talla.

Y con la finalidad de determinar si la tendencia observada en el grupo de estudio, es también una tendencia exhibida en toda la población, se aplicó la prueba del chi cuadrado 23.89 y un chi cuadrado de 9.49, con un nivel de significancia de 0,05, lo que nos permite aceptar la hipótesis que dice "Los lactantes que se alimentan con ablactancia inadecuada presentan con mayor frecuencia desnutrición aguda que aquellos lactantes alimentados adecuadamente".

Los resultados son similares a lo estudiado por OPS:

"La malnutrición se relaciona de manera primordial con la ingesta impropia o inadecuada de los alimentos".

Según LLANOS:

"La inadecuada alimentación, el bajo nivel de instrucción, la pobreza, etc, tienen estrecha relación con el alto porcentaje de desnutrición".

CUADRO 11

EDAD DEL LACTANTE SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL QUE PRESENTAN . HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa 1999

EDAD	ESTADO NUTRICIONAL										TOTAL	
	NORMAL		D. GLOBAL		D. CRONICA		D. AGUDA		D. CRONICA AGUDIZADA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DE 6 A 8 MESES	42	34	7	6	5	4	3	2	1	1	58	47
DE 9 A 11 MESES	38	31	3	2	6	5	15	12	4	3	66	53
TOTAL	80	65	10	8	11	9	18	14	5	4	124	100

Fuente: Ficha de registro

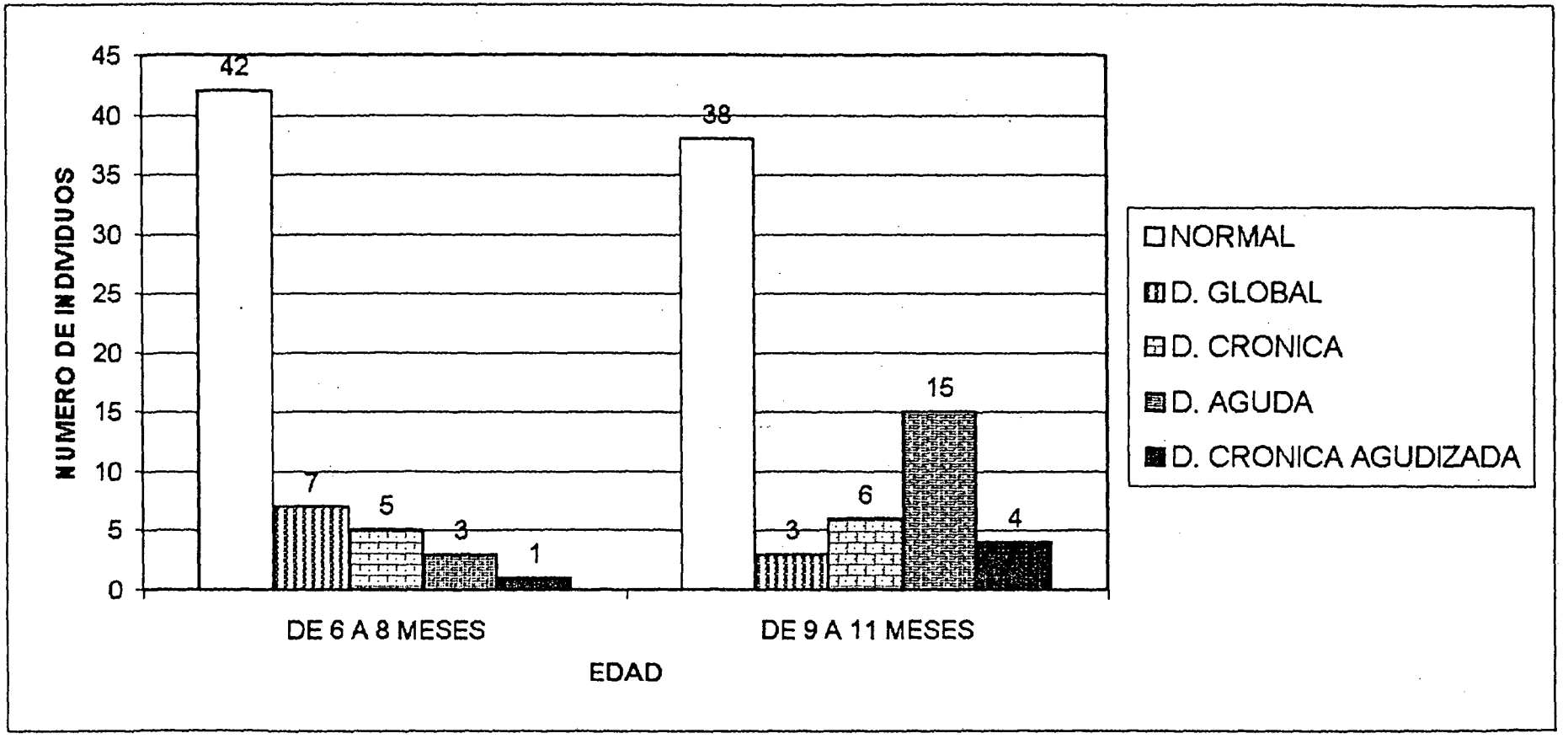


GRAFICO 11: EDAD DEL LACTANTE SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL QUE PRESENTAN . HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa 1999

En el cuadro 11 se observa la distribución de lactantes por edad y estado nutricional.

53 % de lactantes se encuentran comprendidos entre 9 – 11 meses 29 días, el 31 % se encuentran normales, el 2 % con desnutrición global, el 5 % con desnutrición crónica, el 12 % con desnutrición aguda y el 3 % con desnutrición crónica reagudizada.

47 % de lactantes tienen entre 6 – 8 meses 29 días, el 34 % se encuentran normales, el 6 % con desnutrición global, el 4 % con desnutrición crónica, el 2 % con desnutrición aguda y el 1 % con desnutrición crónica reagudizada.

Por lo que concluimos que los lactantes de 6 – 8 meses 29 días presentan con mayor frecuencia desnutrición global debido a que desde un inicio comenzaron con ablactacnia inadecuada y por lo mismo lo primero que empieza a perder el peso, que se agudiza más conforme avance la edad.

Y con la finalidad de determinar si la frecuencia observada en el grupo de estudio, es también la frecuencia esperada en toda la población, se aplicó la prueba estadística chi cuadrado, obteniéndose un chi cuadrado calculado 11,21 y un chi cuadrado tabulado 9,49, con un nivel de significancia de 0,05. Por lo que se acepta la hipótesis "Los lactantes de 6 –8 meses presentan con mayor frecuencia desnutrición global que los lactantes de 9 – 12 meses.

Los datos son compatibles con:

RODRIGUEZ:

"Un alto porcentaje de lactante inician ablactancia en forma precoz, alimentándose se sopitas, causando diarreas y cólicos".

El INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL afirma:

"A partir de los 6 meses de edad casi todos los niños precisan de otros alimentos que cubran los requerimientos adecuados para su crecimiento. La introducción de alimentos son influidos por costumbres, creencias y preferencias de la madre".

CUADRO 12

ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA

DE LOS LACTANTES EN EL DESAYUNO, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

ALIMENTOS	N°	%
PLÁTANO, PESCADO	19	15
MAZAMORRA DE AVENA , LECHE, PAN	19	15
CAFÉ, LECHE Y PAN	15	13
TE CON PAN	30	24
PLATANO, HUEVO Y TÉ	24	19
MAZAMORRA DE PLÁTANO, LECHE, PAN	17	14
TOTAL	124	100

Fuente:Ficha de registro

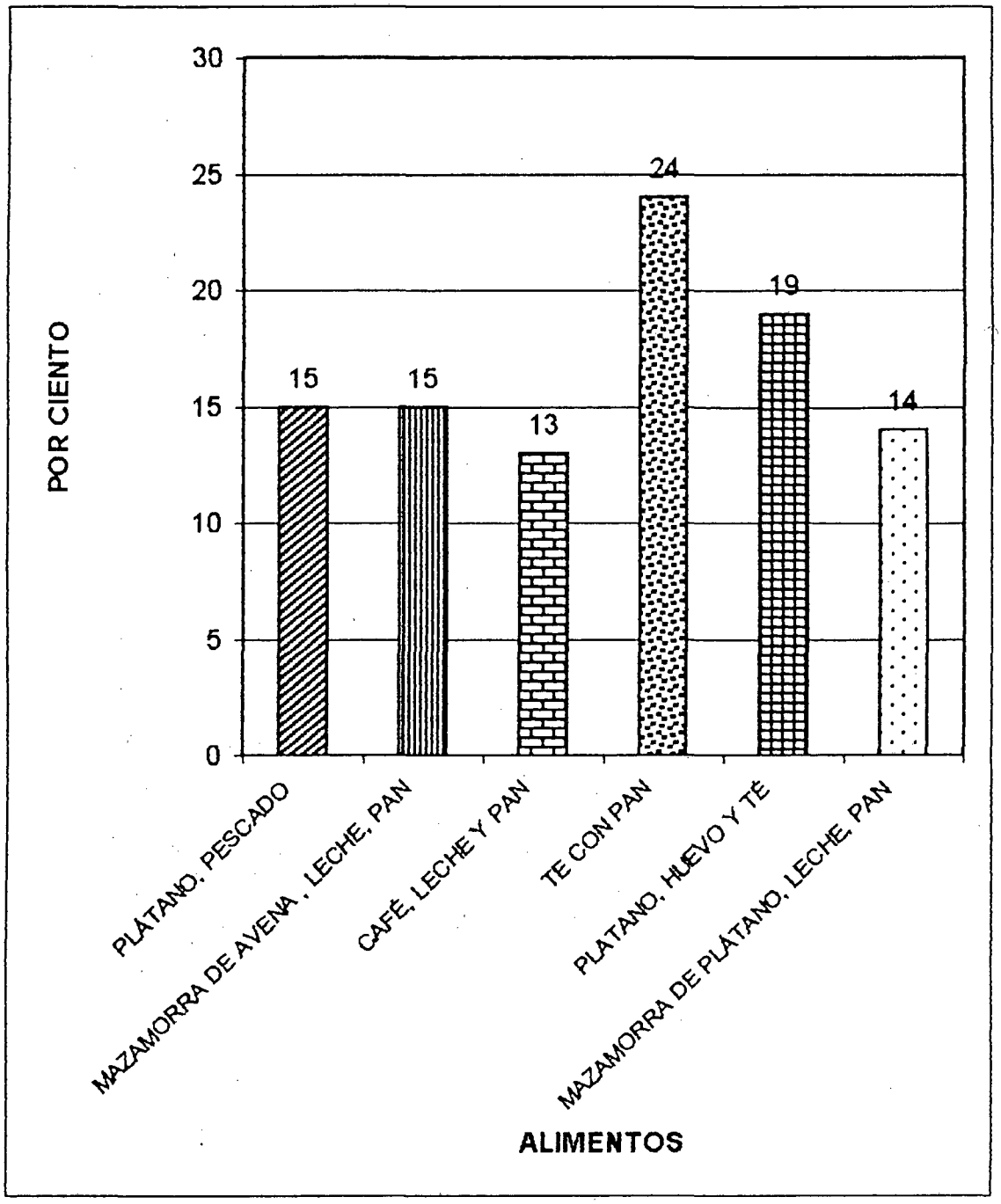


GRAFICO 12: ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN EL DESAYUNO, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

CUADRO 13

ALIMENTOS QUE CONSUMEN CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA

DE LOS LACTANTES EN EL ALMUERZO, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

ALIMENTOS	N°	%
ARROZ, PESCADO Y PLATANO	34	27
ARROZ, POLLO Y PLÁTANO	28	23
ARROZ, PESCADO Y YUCA	19	15
ARROZ, POLLO Y PAPA	12	10
ARROZ, HUEVO Y PLÁTANO	12	10
FIDEOS, POLLO Y PLÁTANO	8	6
PESCADO Y PLÁTANO	11	9
TOTAL	124	100

Fuente:Ficha de registro

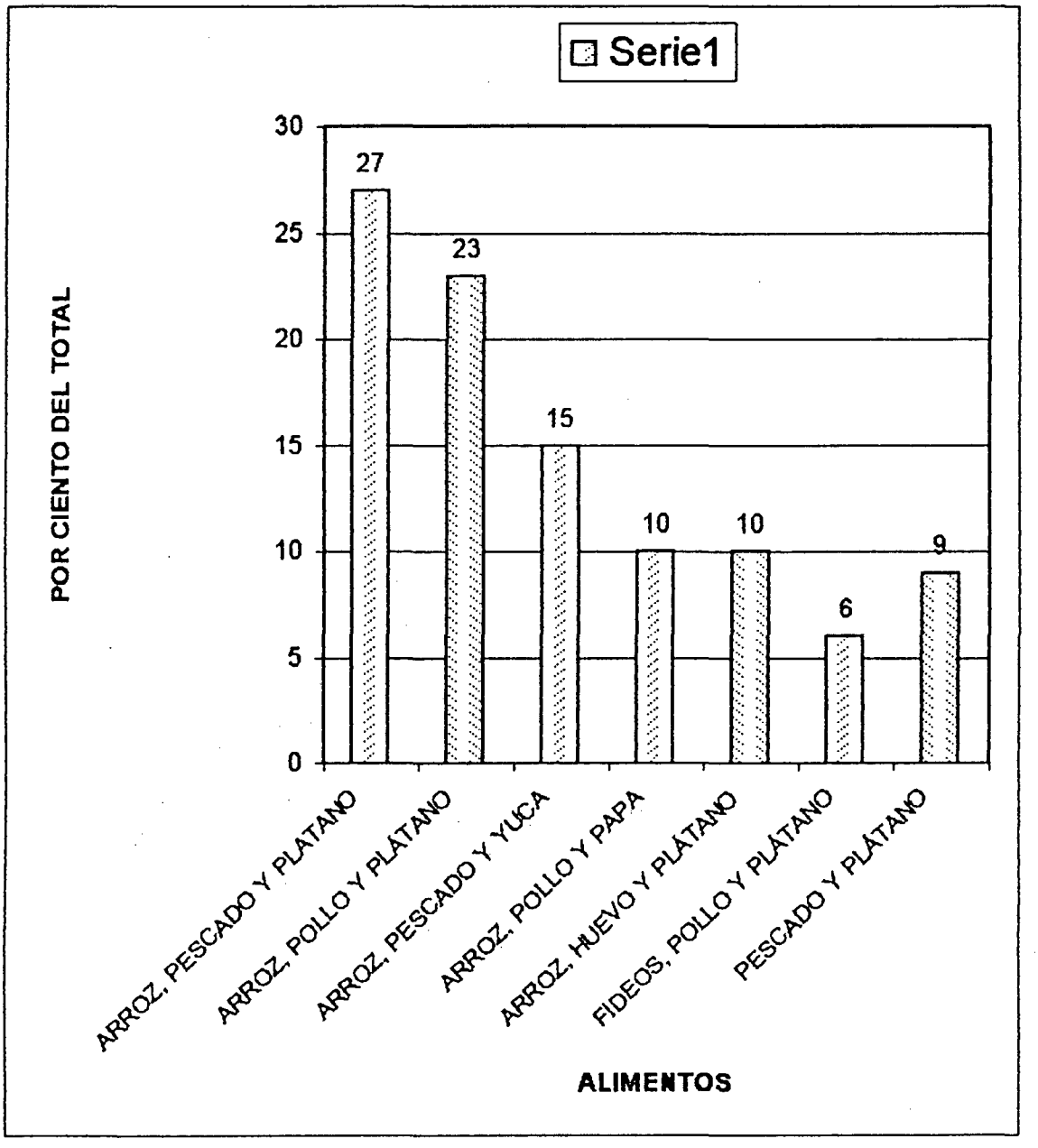


GRAFICO 13: ALIMENTOS QUE CONSUMEN CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN EL ALMUERZO, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

CUADRO 14

ALIMENTOS QUE CONSUMEN CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA

DE LOS LACTANTES EN LA CENA

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

ALIMENTOS	N°	%
TÉ CON PÁN	12	10,34
MAZAMORRA DE PLÁTANO, LECHE Y PÁN	15	12,93
PESCADO Y PLÁTANO	36	31,03
ARROZ, HUEVO Y TÉ	19	16,38
CAFÉ, LECHE, PÁN	13	11,21
HUEVO, PÁN, LECHE	13	11,21
MAZAMORRA DE AVENA Y PÁN	8	6,9
TOTAL	116	100

Fuente:Ficha de registro

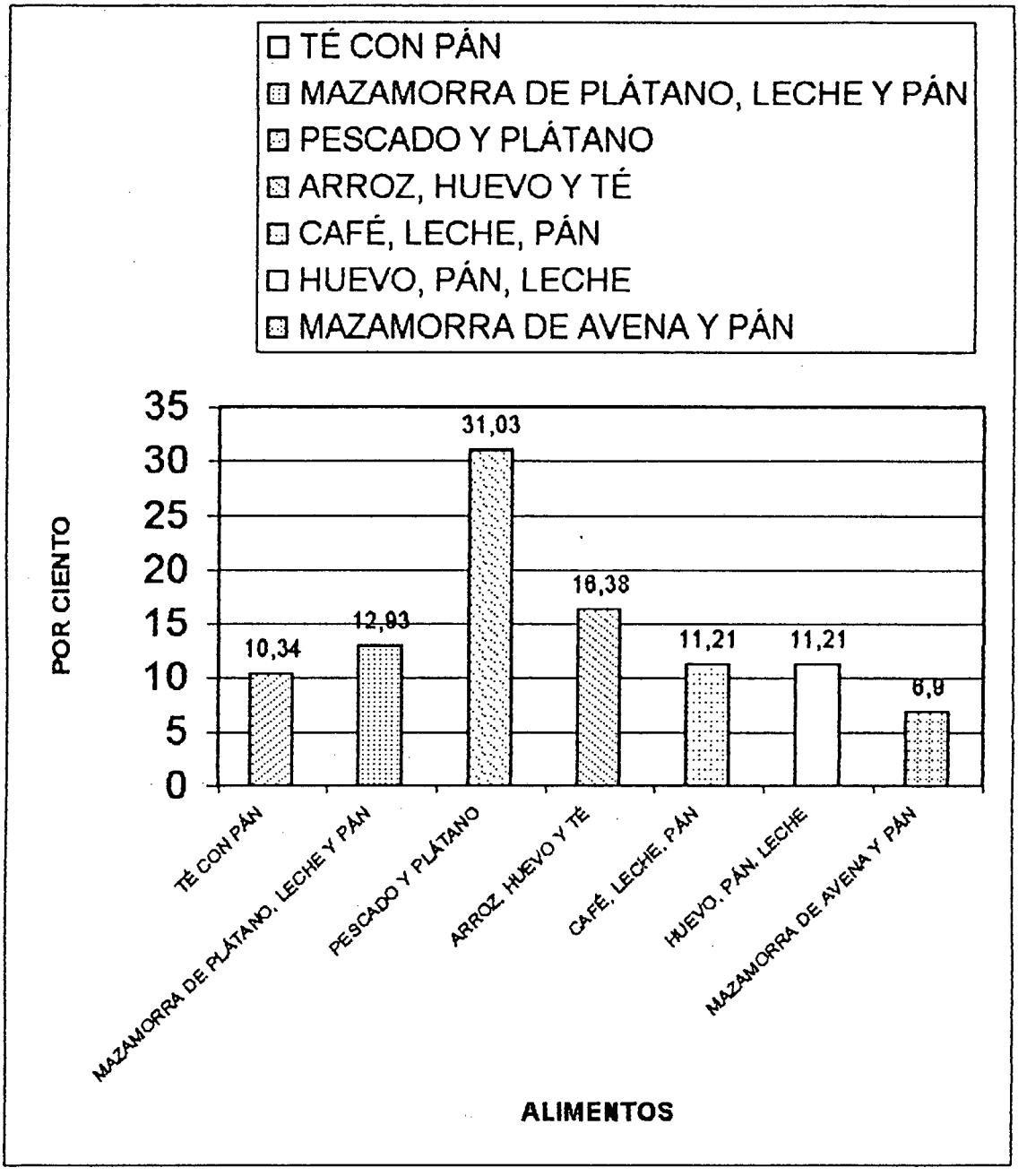


GRAFICO 14: ALIMENTOS QUE CONSUMEN CON MAS FRECUENCIA LA FAMILIA DE LOS LACTANTES EN LA CENA

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 12, 13 y 14 se presenta los alimentos que consumen con frecuencia las familias del lactante en el desayuno , almuerzo y cena.

En el desayuno.

El 19 % de familias consumen huevo, plátano, té y el mismo porcentaje 15 % consumen tanto pescado como mazamorra de avena con pan.

Y el mayor porcentaje 24 % de familias desayunan té con pan.

Por lo que podemos decir que el alimento más consumido durante el desayuno es el huevo con plátano y té con pan.

En el almuerzo.

El 23 % de familias consumen arroz, pollo, plátano y 15 % de familias consumen arroz, pescado, yuca.

Y el mayor porcentaje de familias 27 % consumen pescado, arroz, plátano.

Concluyendo que los alimentos que más consumen durante el almuerzo son arroz, pescado, plátano, pollo.

En la cena.

Se observa que de las 124 familias solo 116 cenan debido a que 8 familias comen 2 veces al día.

Presentándose que el 16.38 de familias consumen arroz, huevo, té y 12.93 % consumen mazamorra de plátano y pan.

Y el mayor porcentaje de familias 31.03 % consumen pescado y plátano.

Al analizar los resultados se concluye que las familias consumen con mayor frecuencia alimentos que contienen carbohidratos, dieta que también es administrada al lactante durante 3 veces al día y en algunas ocasiones 2 veces al día.

Las familias desconocen los alimentos adecuados para el destete, así como influye las creencias y percepciones de las madres con respecto a lo que consideran bueno para sus niños.

Al respecto PROCAME publica:

"En el Perú la práctica de ablactancia es inadecuada produciendo altos índices de desnutrición, el aporte de nutrientes en promedio cubre solamente el 78 por ciento de los requerimientos de energía de los niños".

RODRIGUEZ:

"Un alto porcentaje de lactante inician ablactancia en forma precoz, alimentándose de sopitas, causando diarreas y cólicos".

El INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL afirma:

"A partir de los 6 meses de edad casi todos los niños precisan de otros alimentos que cubran los requerimientos adecuados para su crecimiento. La introducción de alimentos son influidos por costumbres, creencias y preferencias de la madre".

Al respecto el INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL afirma:

"A partir de los 6 meses de edad casi todos los niños precisan de otros alimentos que cubran los requerimientos adecuados para su crecimiento. La introducción de alimentos son influidos por costumbres, creencias y preferencias de la madre".

CUADRO 15

PROMEDIOS ENCONTRADOS Y ESPERADOS DE PESO Y TALLA

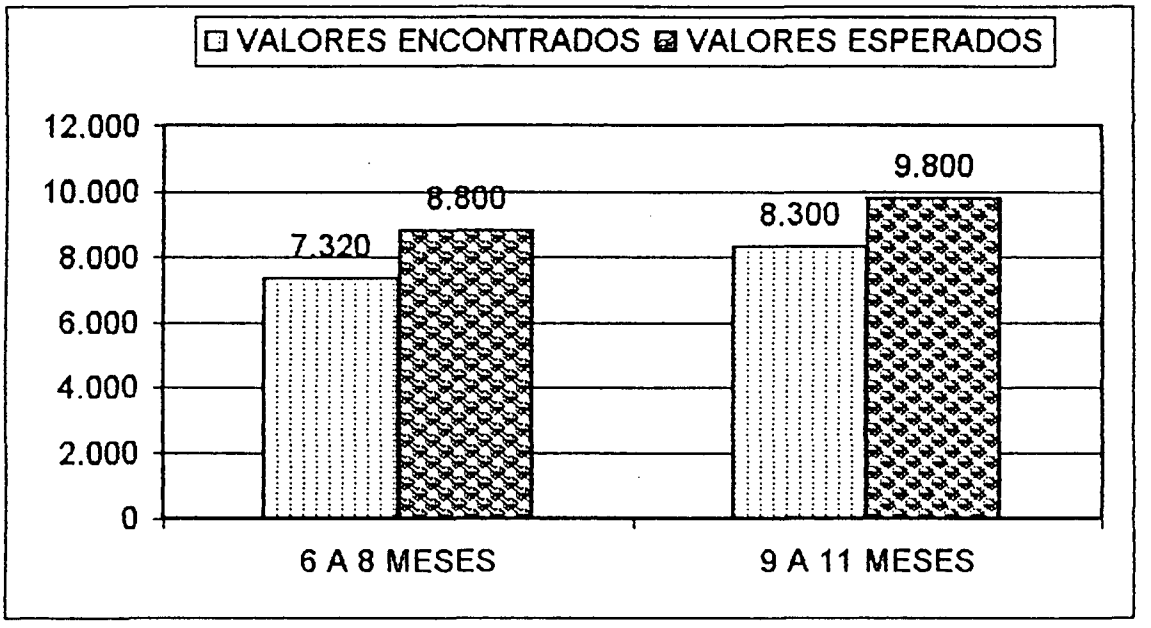
DE LOS LACTANTES DEL

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

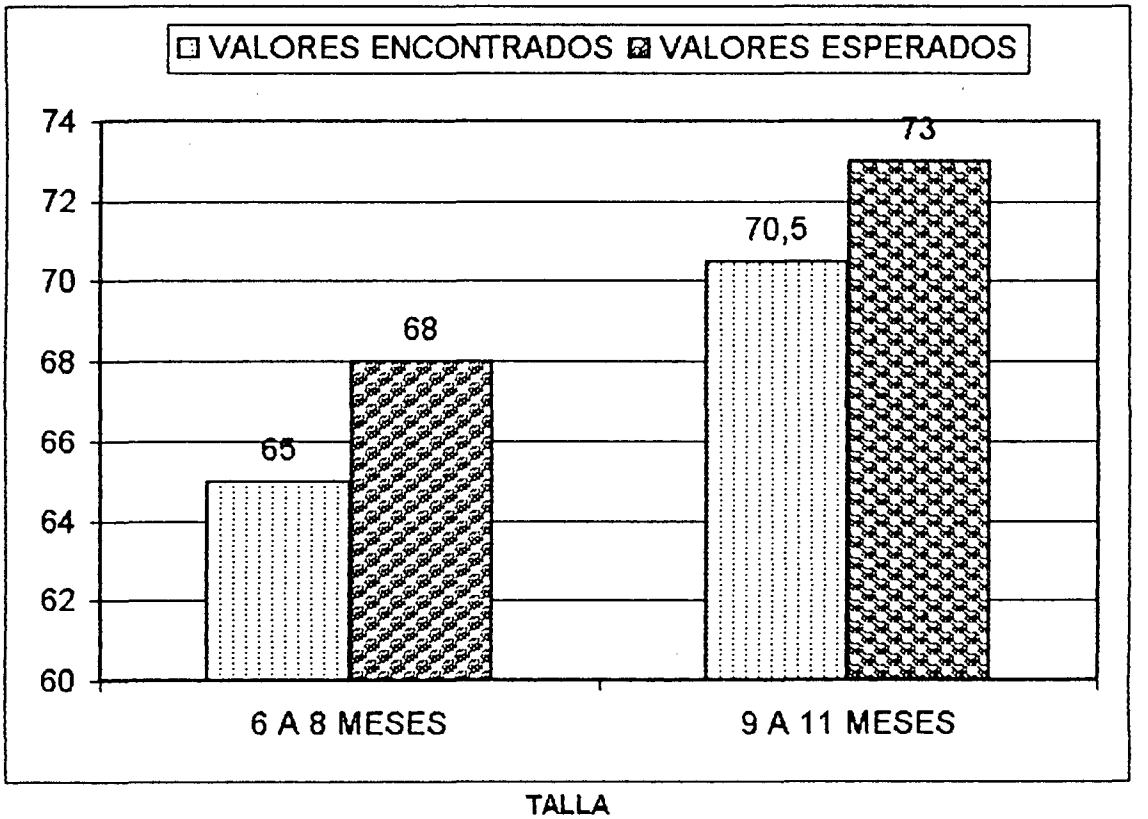
Pucallpa - 1999

EDAD	VALORES ENCONTRADOS		VALORES ESPERADOS	
	PESO (KG.)	TALLA (CM.)	PESO (KG.)	TALLA (CM.)
6 A 8 MESES	7.320	65	8.800	68
9 A 11 MESES	8.300	70,5	9.800	73

Fuente: Hoja de registro



PESO



TALLA

GRAFICO 15: PROMEDIOS ENCONTRADOS Y ESPERADOS DE PESO Y TALLA DE LOS LACTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

El cuadro 15 muestra los promedios de peso y talla por edad.

En relación al peso: los lactantes de 6 a 8 meses 29 días muestran promedios de 7 320 Kg, siendo lo normal 8 800 Kg.

Los lactantes de 9 a 11 meses 29 días muestran promedio de 8 300 Kg, siendo lo normal 9 800 Kg.

En relación a la talla: los lactantes de 6 a 8 meses 29 días se encontró como promedio 65 cm siendo lo normal 68 cm.

Los lactantes de 9 a 11 meses 29 días se encontró como promedio 70,5 cm siendo lo normal 73 cm.

Analizando estos resultados podemos observar que existe un déficit de peso y talla en relación con los valores normales ya que a empezado a caer de la curva internacional estandar.

CARE publicó:

"La desnutrición y el crecimiento y desarrollo del niño es posiblemente subdireccional afecta igualmente de acuerdo al indicador peso y talla".

QUISPE, Elizabeth opina:

"Que en estos casos es necesario un control adecuado y oportuno que va a permitir la recuperación nutricional de los niños con problemas de desnutrición".

CUADRO 16

PRÁCTICAS DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LA FAMILIA

SEGÚN TIPO DE ABLACTANCIA

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

ABLACTANCIA	HABITOS ALIMENTICIOS				TOTAL	
	ADECUADOS		INADECUADOS			
	N°	%	N°	%	N°	%
ADECUADA	44	35	9	7	53	42
INADECUADA	22	18	49	40	71	58
TOTAL	66	53	58	47	124	100

Fuente :Ficha de registro

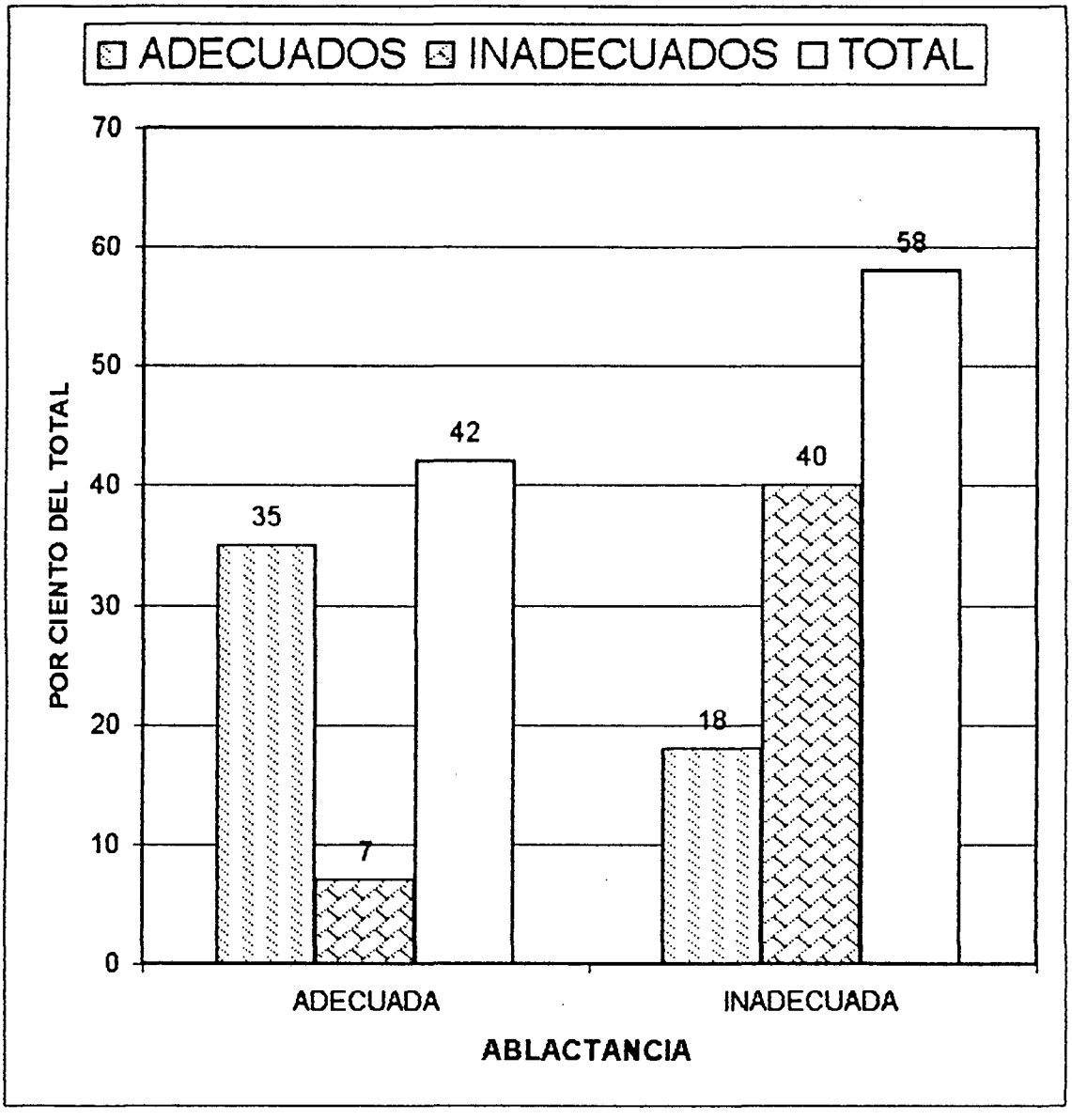


GRAFICO 16: PRÁCTICAS DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LA FAMILIA

SEGÚN TIPO DE ABLACTANCIA

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa - 1999

En el cuadro 16 se observa la práctica de hábitos alimenticios de la familia según el tipo de ablactancia que administran a sus hijos las 124 familias que corresponden al 100 %.

El 53 % practican correctos hábitos alimenticios de los cuales el 35 % brindan ablactancia adecuada y 18 % brindan ablactancia inadecuada.

El 47 % practican incorrectos hábitos alimenticios de los cuales el 7 % brindan ablactancia adecuada y 40 % ablactancia inadecuada.

Conclusión, que las familias que practican correctos hábitos alimenticios brindan con mayor frecuencia ablactancia adecuada.

Y con la finalidad de determinar si la frecuencia observada es también la frecuencia esperada se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado, obteniéndose un chi cuadrado calculado de 33 y un chi cuadrado tabulado de 3,84, con un nivel de significancia de 0,05, lo que nos permite aceptar la hipótesis "Las familias que practican hábitos alimenticios adecuados proporcionan adecuada ablactancia al lactante que aquellas familias que practican hábitos alimenticios inadecuados".

El INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL afirma:

"A partir de los 6 meses de edad casi todos los niños precisan de otros alimentos que cubran los requerimientos adecuados para su crecimiento. La introducción de alimentos son influidos por costumbres, creencias y preferencias de la madre".

Al respecto el INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL afirma:

"A partir de los 6 meses de edad casi todos los niños precisan de otros alimentos que cubran los requerimientos adecuados para su crecimiento. La introducción de alimentos son influidos por costumbres, creencias y preferencias de la madre".

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. De 124 lactantes que acuden al hospital regional de Pucallpa, 53 % se encuentran entre las edades de 9 a 11 meses, Iniciaron la ablactancia precoz 38 % de los cuales el 24 % se encuentran desnutridos con predominio de desnutrición aguda.

2. 53 % de familias presentan adecuados hábitos alimentarios de los cuales 35 % brindan ablactancia adecuada.

3. La ablactancia precoz y los hábitos alimenticios de la familia influyeron en forma negativa en el estado nutricional del lactante del hospital regional de Pucallpa.

4. La lactantes de menores de 8 meses de edad presentan en su mayoría desnutrición global.

5. Los lactantes alimentados con ablactancia adecuada en su mayoría presentan desnutrición aguda.

RECOMENDACIONES

1. A los investigadores, profundizar el estudio considerando variables condicionantes de la desnutrición, teniendo en cuenta lactantes, preescolares y escolares, así mismo estudios de corte longitudinal desarrollando programas educativos en grupos vulnerables.

2. Al programa de crecimiento y desarrollo, realizar seguimiento de niños desnutridos para verificar el tratamiento y la evaluación de los mismos.

3. Al sector salud, coordinar con otros sectores avocados a disminuir el índice de desnutrición en la región, desarrollando acciones de prevención de la desnutrición.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

01. PRISMA. "Vigilancia nutricional". Informe final Región Nor - Oriental Marañón. Pág. 12 –14.

02. GUERRA,M. y otros. "frijol extraído: potencialidad de su utilización en alimentación infantil". revista nutrición . pág. 33.

03. PACK, Luis. "Harina de frijol y estando nutricional del preescolar". Pág. 12.

04. TOLENTINO,M. LOPEZ, J. "Relación entre alimentación y estado nutricional de los pobladores de la comunidad shipiba Callería". Tesis para optar el título de licenciadas de enfermería. Universidad Nacional de Ucayali. Pucallpa, l994.

05. SANCHEZ, Elva. "Presencia de la deficiencia de vitamina A en el distrito de Moche". Revista OGP y desarrollo. Pág. 56.

06. JAIMOVICH, Sonia y otros. "Lactancia materna, crecimiento y desarrollo" EN : Revista chilena pediátrica.

07. ARIAS, Gualberto. "lactancia materna, crecimiento y desarrollo" EN : Revista Facultad de ciencias de la salud.

08. MOLINA, Ramiro. "Características socio económicas en adolescentes embarazadas en situación irregular." EN : Cuaderno médico. Pág. 63 – 65.

09. ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD . 1992.

10. LOLI, Estela. "Situación de salud infantil" EN : Revista sanitaria del Hospital de Apoyo. N°3. Pág. 28

11. RODRIGUEZ, Saida. "Conocimientos y actitudes que tienen las madres en niños lactantes y preescolares sobre salud en el pueblo joven Violeta Correa". Tesis para optar el grado de bachiller en enfermería. UPCH. 1991.

12. MABULAY A. Subing. "Prácticas de alimentación infantil". EN : Revista OMS. 1992. Pág. 28.

13. ALVARADO, Darina. Factores que influyen en el estado nutricional de niños menores de 6 años. Clínica itinerante del cono de independencia – IPSS. EN : Revista de los profesionales de la salud, ciencia y tecnología. Pág. 34 – 35.

14. OPS. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Pág. 48.

15. LLANOS , Gladis. "Boletín informativo de la salud científica". Cayetano Heredia, Pág. 5.

16. LOVEL DE GRATT. "Madres y niños". Boletín sobre nutrición y salud infantil y nutrición materna. Pág. 16.

17. INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL DE LIMA. "Nutrición y salud al día". 1993.

18. FERNANDEZ, Diego y HAUSTEIN, Delia. Módulo de capacitación: desnutrición, Pág. 35 .

19. MARTINI, Doris. "Boletín informativo de la red científica" Cayetano Heredia. Pág. 6.

20. OPS. Manual de crecimiento y desarrollo del niño EN: serie paltex. Pág. 18.

21. DELGADO, Carlos. "Problemas sociales en el Perú contemporáneo. Pág. 263.

22. VINONY REDDY. "Epoca de alimentación complementaria". Boletín sobre nutrición infantil y nutrición materna. Pág. 4.

23. CARE, Eva. "Letalidad y vigilancia epidemiológica". Fasciculo 2 Pág. 58.

24. PROCAME II. "Lecturas sobre lactancia materna, ablactancia y vacunación antitetánica." Pág. 1.

25. PROCAME II. Ob. Cit. Pág. 7.

26. INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL EN LIMA. 1992,

27. WHALEY. Enfermería pediátrica. México, 2da edición. Pág. 89 – 95.

28. PROCAME II. Ob. Cit. Pág. 73.

29. OPS. Ob. Cit. Pág. 111.

30. NELSON. Tratado de pediatría. México, 3ra edición. Pág. 103 – 106.

31. MINISTERIO DE SALUD. "Sub programa de crecimiento y desarrollo". Pág. 50.

BIBLIOGRAFIA

01. ALVARADO, Darina. Factores que influyen en el estado nutricional de niños menores de 6 años. Clínica itinerante del cono de independencia – IPSS. EN : Revista de los profesionales de la salud, ciencia y teconología. Vol 7 NR 1, Lima Abril 1998.

02. ARIAS, Gualberto. "lactancia materna, crecimiento y desarrollo" EN : Revista Facultad de ciencias de la salud. Quito. 1993, Nr. 11. 125 p.

03. CARE, Eva. Letalidad y vigilancia epidemiológica. Fasciculo 2 PRONACED, Lima, 1989. 78 p.

04. DELGADO, Carlos. Problemas sociales en el Perú contemporáneo. Edición compodómico. Lima, 1996. 320 p.

05. ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD FAMILIAR. Lima, 1992.

06. FERNANDEZ, Diego y HAUSTEIN, Delia. Módulo de capacitación: desnutrición, 2da edición, PRISMA – MINSA. 1995, 35 p.

08. GUERRA,M. y otros. frijol extraído: potencialidad de su utilización en alimentación infantil. revista nutrición . Chile, 1990. 42 p.

09. INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL DE LIMA, 1992.

10. INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL DE LIMA. Nutrición y salud al día. N° 2, diciembre 1993.

11. JAIMOVICH, Sonia. "Lactancia materna, crecimiento y desarrollo" EN : Revista chilena pediátrica. Chile, 1989. Nr. 58 (3), 214 p.

12. LOLI, Estela. Situación de salud infantil EN : Revista sanitaria del Hospital de Apoyo. N°3. Cajamarca - Perú. 1991.

13. LOVEL DE GRATT. Madres de salud infantil. EN : Revista sanitaria del hospital de apoyo N° 3. Cajamarca – Perú, 1991.

14. LLANOS , Gladis. Boletín informativo de la salud científica. Cayetano Heredia, Lima, 1996.

15. MABULAY A. Subing. Prácticas de alimentación infantil EN : Revista OMS. 1992.

16. MARTINI, Doris. Boletín informativo de la red científica Cayetano Heredia. Lima UPCH, 1997. 18 p.

17. MERA MARIN, Clara. Relación entre tipo de desnutrición y crecimiento y desarrollo psicomotor en niños de 6 meses a 2 años en el caserío San Isidro. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Universidad Nacional de Ucayali . 1997.

18. MINISTERIO DE SALUD. Sub programa de crecimiento y desarrollo.

19. MOLINA, Ramiro. "Características socio económicas en adolescentes embarazadas en situación irregular." EN : Cuaderno médico Nr. 25. Setiembre, 1985. Santiago de Chile. 68 p.

20. NELSON. Tratado de pediatría. Editorial Interamericana 3ra edición. México, 1990.

21. OPS. Manual para la atención de la madre y el niño. Lima, Perú, 1992.

22. OPS. Manual de crecimiento y desarrollo del niño EN: serie paltex N° 33, Washington, 1994. 110 p.

23. PACK, Luis. Harina de frijol y estando nutricional del preescolar. Colombia. 1995.

24. PRISMA. Vigilancia nutricional. Informe final Región Nor - Oriental Marañón. 1993 -1994 Lima, l995. 36 p.

25. PROCAME. "Lecturas sobre lactancia materna, ablactancia y vacunación antitetánica." Lima, 1994.

26. QUISPE, Elizabeth. Boletín informativo de la red científica. Cayetano Heredia, Lima, UPCH. 1996.

27. RODRIGUEZ, Saida. Conocimientos y actitudes que tienen las madres en niños lactantes y preescolares sobre salud en el pueblo joven Violeta Correa. Tesis para optar el grado de bachiller en enfermería. UPCH. 1991.

28. SANCHEZ, Elva. Prevalencia de la deficiencia de vitamina A en el distrito de Moche. Revista OGP y desarrollo. Moche - Trujillo. 39 p.

29. TOLENTINO,M. Relación entre alimentación y estado nutricional de los pobladores de la comunidad shipiba Callería. Pucallpa, l994.

30. WHALEY enfermería pediátrica. 2da. Edición, México 1989. editorial interamericana.

ANEXOS

31. VINONY REDDY. Epoca de alimentación complementaria. Boletín sobre nutrición infantil y nutrición materna, 1984.

ANEXO A

FICHA DE REGISTRO

INTRODUCCION

El presente documento tiene como finalidad recopilar información referente al tipo de alimentación que recibe el lactante y poder relacionar con el estado nutricional.

I. DATOS GENERALES.

a. Edad de la madre.....

b. Estado civil.....

c. N° de hijos.....

d. Ocupación.....

e. Grado de instrucción.....

f. Ingreso económico familiar.....

a. Menos de 300 ( ) b. 300 a 600 ( ) c. Más de 600 ( )

g. Lugar de trabajo.....

h. Hora de tomar sus alimentos la familia.....

i. Veces al día que consumen sus alimentos.....

j. Alimentos que consume la familia con más frecuencia.

II. DATOS RELACIONADOS AL NIÑO

a. Edad.....

b. Sexo.....

c. Peso.....

d. Talla.....

e. Tipo de alimentación.....

f. Forma de alimentación.....

g. N° de veces de alimentación al niño.....

h. Tipo de alimentos que consumen con más frecuencia:

Sopas

Mazamorras

Puré de papa

Otros

i. Edad que inició su ablactancia

Un mes ( ) 2 meses ( ) 3 meses ( )

4 meses ( ) 5 meses ( )

III. ESTADO NUTRICIONAL

a. Normal ( )

b. Desnutrición Peso / edad ( )

c. Desnutrición Talla / edad ( ).

d. Desnutrición Peso / talla ( )

Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIBLIOTECA
U. N. U.
14680

Fecha :