

INTRODUCCION

El retraso del crecimiento constituye uno de los problemas más relevantes dentro de la actualidad, adquiriendo aún más relevancia en los países subdesarrollados donde se observa con mayor frecuencia.

Sabemos que la etapa del crecimiento de los niños constituye uno de los períodos más vulnerables de la vida, se ha podido demostrar que aquellos niños con una alimentación mala no tiene un crecimiento normal constituyen un grupo de elevado riesgo en términos de mortalidad y morbilidad tanto en su vida, con una tasa de bajo crecimiento del 23% a nivel de nuestro país.

Constituye un problema para los programas de salud del país ya que es la forma de reflejar la eficacia del sistema de salud y de valorar el grado de respuesta a las demandas de salud de los niños menores de 5 años.

El crecimiento es un fenómeno biológico complejo a través del cual los seres vivos, al mismo tiempo que incrementan su masa, maduran y adquieren progresivamente su plena capacidad funcional.

El ritmo de crecimiento esta determinado por aspectos hormonales y nutricionales los mismos que interactúan con las condiciones fisiológicas, biológicas y ambientales.

La forma en que interactúan y se interrelacionan estos factores define el patrón de crecimiento, que ha sufrido cambios adaptativos importantes a lo largo de la evolución y dentro de una misma especie durante el desarrollo de los niños.

Para determinar el crecimiento tenemos varios aspectos importantes, que se ha seleccionado un conjunto de parámetros o medidas denominados factores de crecimiento, cuyo análisis permite hacer una estimación aproximada de la forma en que se producen los cambios en el desarrollo de los niños.

Con el presente estudio se pretende conocer y analizar los factores de retardo del crecimiento de los niños menores de 5 años de la comunidad de San Pablo.

RESUMEN

Este estudio se realizó con la finalidad de conocer los factores que influyen en el retardo del crecimiento de los niños menores de 5 años que acuden al Sub Centro de Salud de "San Pablo de Lago", desde Abril a Septiembre del presente año. Utilizamos un diseño de investigación descriptivo y prospectivo de tipo cuantitativo, trabajamos con una muestra de 70 en niños y niñas menores de 5 años que acudieron al subcentro de San Pablo del Lago. Para lo cual se revisó una literatura sobre: crecimiento, alimentación y nutrición, micro nutriente, programas del Ministerio de Salud Pública entre otros temas de importancia. Se aplicó una encuesta socioeconómica a las madres de la población estudiada como también un cuestionario para obtener datos de la historia clínica única sobre medidas antropométricas e índice de masa corporal. Obteniéndose como resultados que el nivel social, cultural, económico que es un factor que influye notablemente el crecimiento de los menores de cinco años. Otro factor importante radica en que las madres de familia desconocen la importancia nutritiva de los alimentos producidos en la zona ya que los comercializan.

Referente a la lactancia materna esta es suspendida al año de edad sin tener conciencia de las ventajas y desventajas de esta alimentación natural.

Por estas razones creemos que es prioritario que la instrucción a la población en riesgo debe ser permanente. Fortaleciendo los programas sociales comunitarios que mejoren la calidad de vida y salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que en el mundo 30 millones de niños nacen cada año con un peso inferior al normal el cual influye en el retardo del crecimiento de los niños menores de 5 años.

A pesar de los avances de los últimos años, la desnutrición infantil crónica en América Latina y el Caribe aún afecta a 8,8 millones de niños menores de 5 años (16% de la población de esa edad).

La desnutrición definida como el retardo en el crecimiento del niño con relación a la edad está considerada como un indicador de la calidad de vida debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su periodo de gestación, nacimiento y crecimiento.

Así la prevalencia de desnutrición y el retardo de crecimiento puede atribuirse a una ingesta inadecuada y una mala utilización de alimentos como en episodios infecciosos frecuentes y prolongados, a igual que malos hábitos higiénicos aspectos que desencadenan el círculo vicioso de desnutrición y problemas en el crecimiento. Situación que pueden minimizarse con una seguridad alimentaria en el hogar y una adecuada información, educación y capacitación a la familia y población en general.

En el Ecuador tenemos que la desnutrición crónica y retardo en el crecimiento es del 23.2%, lo que indica que por cada 100 niños menores de cinco años, existen 23 niños que están sufriendo condiciones adversas en su crecimiento, condiciones que generalmente están asociadas a una situación precaria social y económica.

Así mismo tenemos que en nuestro país la desnutrición crónica en el área rural es del 30.7% y en el área urbana es el 17.0%. En la región Sierra encontramos el 32. % de desnutridos en tanto que en la región Costa hay un 15.7% en la Amazonia presenta un 22.7% por talla baja, mientras la Insular presenta un 5.8% de desnutrición.

Un hallazgo sorprendente es que el porcentaje se encuentra en la ciudad de Quito, representado con un 30.2%.¹

Si considerando las provincias, los más altos porcentajes encontramos en Tungurahua, Bolívar, Cañar, y Chimborazo, en las cuales cerca del 40 por ciento de los niños(as) están clasificados con desnutrición crónica.

En el caso de Imbabura el 58.3% de niñas(os) menores de cinco años muestran indicios de desnutrición crónica o bajo talla para su edad. El cantón con mayor porcentaje de desnutrición es Cotacachi y el de menor porcentaje en Ibarra.

El problema para la desnutrición y retardo en el crecimiento de los niños que acuden al Centro de Salud de San Pablo puede estar relacionados con la mala o deficiente información respecto de los alimentos que se deben consumir y de las cantidades o variedades requeridas para proporcionar al organismo los nutrientes necesarios para el crecimiento y el desarrollo, que se generan por el abuso de la comida, Obesidad. La deficiencia de nutrientes por falta crítica de alimentos en la familia o la comunidad; en este caso se presenta un déficit de nutrientes en el organismo conocido como desnutrición, que puede llevara los niños a un retardo en el crecimiento, bajo peso, baja talla, aspecto débil, anemia y raquitismo, incluso hasta retrasos irreversibles en el desarrollo psicomotor.

Consideramos importante este estudio ya que muchos de estos problemas, si se diagnostican o identifican a tiempo pueden ser prevenidos, reducidos o atendidos, con una guía adecuada o procesos educativos a las familias, comunidades y equipos de salud por lo que nos planteamos el siguiente problema.²

(1)Hernández M. El patrón de crecimiento humano. Factores que regulan el crecimiento. An Esp Pediatr 1992; 36; Suppl 50: 9-18.

(2) Instituto Nacional de Estadística Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2005. Lima: INEI; 2006.1

JUSTIFICACIÓN

Con la realización de esta investigación, se pretende conocer mas a fondo la realidad intramural y extramural de las familias con niños menores de 5 años con retardo del crecimiento, puesto que según el servicio de estadística del sub centro de salud de san pablo del Lago atiende a 220 niños mensuales de los cuales un 45 % de los mismos presentan, retardo en el crecimiento sea en talla, peso. Además podemos captar un deficiente estado nutricional, de higiene tanto personal como alimentaría.

Nuestra investigación es factible puesto que esta casa de salud cuenta con una cobertura considerable de atención al usuario y se evidencia un gran número de niños con alteración en el crecimiento. Además tenemos la colaboración de los profesionales de la salud que laboran en dicha institución y de las madres de familia con hijos que presentan este problema. Nuestro propósito es lograr una prevención y disminución en el retardo del crecimiento a través de la educación en salud, concienciar en la importancia de controles médicos periódicos logrando una distribución, conservación y consumo correcto de los nutrientes.

La desnutrición continúa afectando a una fracción importante de la niñez. De igual forma, el país tiene estrategias de reducción de la desnutrición global del 17,2% en 1999, a 8,6% en el 2015, CEPAL.

Antecedentes que nos permitirán actuar en la consejería para disminuir este problema logrando niños sanos para una patria desarrollada.³

3 Feres JC, Mancero X. Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. Serie de estudios estadísticos y prospectivos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar los factores que influyen en el retardo de crecimiento en los niños menores de 5 años que acuden al sub centro de la salud de la parroquia de San Pablo del Lago en el periodo de Abril y Septiembre del 2008.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Determinar la talla, el peso según la edad para el crecimiento de los niños menores de cinco niños, que acuden al subcentro de Salud de la parroquia de San Pablo de Lago.
- Identificar los factores frecuentes que influyen en el retardo de crecimiento en los niños menores de cinco años de la parroquia de San Pablo de Lago.
- Realizar una guía sobre la importancia de los alimentos nutritivos que produce la comunidad de San Pablo de Lago.

2.- MARCO TEÓRICO

SUBCENTRO DE SALUD SAN PABLO

ANTECEDENTES.

Ubicada a 4 km (5 minutos) hacia el oeste de la ciudad de Otavalo y a 2.670 msnm, la laguna está rodeada por el volcán Imbabura.

Las comunidades indígenas locales lo conocen como Imbakucha, su nombre original, en la elaboración de artesanías, para la realización de esteras que son el sinónimo de alfombras o tapices de piso, y que son utilizadas por las familias indígenas.

EL Subcentro de Salud de “San pablo” se encuentra ubicado en la parte Sur de la parroquia de San Pablo de Lago perteneciente al cantón de Otavalo, en las calles Ibarra y Asca subí.

Población: 8.985 Habitantes

Actividad: Agricultura, Ganadería y Manufactura

LIMITES DEL AREA

Norte: Con el Barrio Central

Sur: Con las Plantaciones Florícolas pertenecientes al Barrio la Rinconada

Este: Barrio Colonial

Oeste: Escuela de Formación de Policías de “San Pablo de Lago”.

EL SUB CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

Gineco – Obstetricia

Pediatría

Odontología

Laboratorio

Farmacia

Estadística

Curaciones – Inyecciones

Preparación

Saneamiento Ambiental

RECURSOS HUMANOS:

Un Director de Área

Dos Médicos Rurales de Medicina General

Dos Obstétricas (una de contrato y una rural)

Dos Licenciado/a (una de planta y un rural)

Dos Odontólogos (una de planta y un rural)

Dos Auxiliares de Enfermería

Una Auxiliar de Odontología

Un Laboratorista

CAPITULO I

1. CRECIMIENTO

1.1. Generalidades

El crecimiento es un fenómeno biológico complejo a través del cual los seres vivos, al mismo tiempo que incrementan su masa, maduran morfológicamente y adquieren progresivamente su plena capacidad funcional.

Se trata de un proceso determinado genéticamente y modulado por un conjunto de factores extragenéticos. En consecuencia, tanto que el ritmo madurativo como el tamaño y forma finales del organismo son el resultado de una interacción compleja y continuada entre genes y ambiente, que se inicia en la vida intrauterina y se mantiene a lo largo de toda la infancia.

La forma en que interactúan y se interrelacionan estos factores define el patrón de crecimiento, que ha sufrido cambios adaptativos importantes a lo largo de la evolución filogenética y dentro de una misma especie durante el desarrollo ontogénico.

1.2. DEFINICIONES

Se define al crecimiento como el aumento irreversible de tamaño en un organismo, como consecuencia de la proliferación celular, misma que conduce al desarrollo de estructuras más especializadas del organismo, comenzando por las propias células y, pasando por tejidos hasta llegar a órganos. Estas estructuras, más desarrolladas, se hacen cargo de realizar el trabajo biológico más importante.

El crecimiento es el proceso mediante el cual los seres humanos aumentan su tamaño y se desarrollan hasta alcanzar la forma y la fisiología propias de su estado de madurez. Una muestra del desarrollo económico y social logrado por la revolución desde sus primeras décadas de vida se hizo evidente cuando se constató lo que en lenguaje técnico se denomina "tendencia secular positiva en la población cubana".

Para el Doctor en Ciencias Médicas Francisco Carvajal Martínez, existen dos ciclos de crecimiento rápido separados por uno menos activo pero más uniforme. El primero se inicia desde el momento de la concepción, y para la talla culmina al final del segundo trimestre del embarazo y en el peso poco antes del nacimiento (durante la última mitad de la gestación el feto aumenta su peso desde los 45 g hasta tres kilos y medio).

El crecimiento humano es un fenómeno biológico complejo, y representa una parte vital en el desarrollo normal de todos los seres humanos. Se refiere a los cambios cuantitativos en el tamaño y la masa corporal a partir de la transformación de una célula inicial en un organismo pluricelular. El crecimiento es especialmente rápido en la niñez, y especialmente durante el primer año de vida; en este tiempo puede triplicarse el peso en relación con el peso al nacer, y también se produce un aumento del 50% en longitud.

El crecimiento se consigue por una doble acción: un aumento en el tamaño de las células del cuerpo, y un aumento en su número real. Tanto el crecimiento como la división celular dependen de la capacidad de las mismas para asimilar los nutrientes que encuentran en el ambiente en que se desarrollan. Así, los alimentos son usados por el cuerpo para construir nuevas estructuras celulares. El crecimiento no puede seguir manteniendo los valores tan elevados del primer año de vida.

1.3. PERIODOS DE CRECIMIENTO

Periodo Perinatal

Es el comienzo de la vida humana, tiene lugar en una fracción de segundo cuando un solo espermatozoide se unió a un óvulo.

Desde la concepción cada persona es afectada por influencias hereditarias y ambientales, las cuales lo afectan de manera más directa durante el periodo prenatal, el cual ocurre de acuerdo con las instrucciones genéticas y va desde una simple célula hasta un organismo complejo.

Antes del nacimiento, a este desarrollo se le denomina gestación y tiene lugar en dos etapas:

1.- Etapa germinal (desde la fecundación hasta las dos semanas).

2.- Esta etapa dura entre 10 días y dos semanas. Durante esta etapa, el óvulo fecundado se divide y avanza por la trompa de Falopio hasta implantarse en la pared del útero.

En las 36 horas siguientes a la fecundación, el cigoto formado por una sola célula se divide con rapidez. Tras 72 horas se ha dividido en 32 células y un día después está formado por 70 células. A medida que se divide, avanza por la trompa de Falopio hacia el útero, llegando al cabo de tres o cuatro días.

El organismo se divide y se implanta en la pared del útero. El huevo fecundado desciende desde la trompa de Falopio hacia el útero y adquiere la forma de una esfera llena de líquido que se denomina

blastocito, algunas células se agrupan en sus bordes y forman el disco embrionario.

A partir de este momento es posible distinguir dos capas: el ectodermo (que formará las uñas, dientes, cabello, órganos sensoriales, la parte exterior de la piel y el sistema nervioso, que incluye el cerebro y la espina dorsal) y el endodermo (que formará el sistema digestivo, hígado, páncreas, glándulas salivales y sistema respiratorio).

Posteriormente se desarrolla una tercera capa que se llama mesodermo, que formará la parte interna de la piel, el esqueleto y los sistemas circulatorio y excretor.

En esta etapa se originan los órganos de nutrición y protección: la placenta, el cordón umbilical y el saco amniótico.

La placenta está conectada al embrión por medio del cordón umbilical a través del cual le envía oxígeno y alimento, así como elimina los desperdicios del cuerpo del embrión.

Etapa embrionaria (desde las dos hasta las ocho o las doce semanas):

La segunda fase dura 5 semanas y media, durante las cuales el ser humano por nacer es llamado "embrión". En esta etapa comienzan a aparecer, a partir de las distintas capas de células, los órganos y sistemas básicos del cuerpo.

En esta etapa se desarrollan los principales órganos y sistemas (respiratorio, digestivo y nervioso) del cuerpo humano.

El embrión es vulnerable a las influencias ambientales, ya que casi todos

los defectos congénitos ocurren durante los tres primeros meses de embarazo.

En esta etapa puede ocurrir un aborto espontáneo que es la expulsión del útero (organismo prenatal), que no sobrevive fuera de éste.

Etapa fetal (desde las ocho a las doce semanas hasta el nacimiento):

De aquí en adelante el embrión recibe el nombre de "feto". Esta fase comienza en la octava semana de gestación y se extiende hasta el momento del nacimiento. La característica distintiva de esta etapa es que el feto semeja ya un ser humano completo, con su cara, manos y pies. Aunque tiene sólo 3 cm de longitud todos sus órganos ya están manifiestos. Esta fase dura aproximadamente 30 semanas y el desarrollo continuo hasta la semana del alumbramiento.

A partir de ahora y hasta el nacimiento, se dan los últimos cambios al cuerpo, el cual adopta una forma diferente y crece cerca de 20 veces en longitud.

El feto no es pasivo, sino que tiene movimientos, responde a los sonidos y a las vibraciones, y el cerebro continúa su desarrollo.

PERIODO NEONATAL

Características físicas del recién nacido son:

El tamaño en el momento de nacer está relacionado con factores tales como, raza, sexo, nutrición y salud de la madre; los varones tienden a ser un poco más altos y pesados que las mujeres y es posible que un primogénito pese menos en el momento del nacimiento que los que

nazcan después. El tamaño en el momento del nacimiento se halla relacionado con el tamaño durante la infancia.

Durante los primeros días los neonatos pierden el 10% del peso del cuerpo, primordialmente debido a la pérdida de fluidos; cerca del quinto día, empiezan a recuperarlos y, generalmente, lo han logrado totalmente entre el décimo y decimocuarto día. Los bebés livianos pierden menos pesos que los pesados, y los primogénitos menos que los que nacen después.

La cabeza del neonato puede ser alargada y deformada debido al moldeamiento que facilitó su paso por la pelvis de la madre. Este moldeamiento temporal fue posible debido a que los huesos del cráneo del bebé no están fundidos todavía y no estarán totalmente unidos durante 18 meses.

Los recién nacidos son bastantes pálidos, incluso los bebés de raza negra que más tarde serán más oscuros tienen un aspecto rosáceo debido a la delgada piel que escasamente les cubre la sangre que fluye a través de los diminutos capilares.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO

El crecimiento y desarrollo del niño empiezan desde el momento de la fecundación y no se detienen hasta completar la adolescencia, cuando se para el crecimiento, aunque continúa el proceso de desarrollo. Conocer este proceso es fundamental para toda aquella persona que trabaje con niños, sean ellos sanos o enfermos. Entender el momento de desarrollo que vive el niño nos permite acercarnos a él, comprenderlo y poderle dar un apoyo tanto a él como a su familia.

Crecimiento y desarrollo del lactante

Esta es la época de mayor dependencia y vulnerabilidad del niño. El crecimiento y desarrollo en esta etapa son acelerados en todos los campos. Se establecen los primeros vínculos afectivos, el desarrollo psicomotor es impresionante, pasando el niño de una dependencia absoluta a una independencia relativa respecto a sus padres y otros adultos.

El crecimiento es el mayor de toda la vida extrauterina; su talla se aumenta aproximadamente 25 cm en el primer año y 12 cm en el segundo año; el niño duplica su peso a los 4 o 5 meses, al año lo triplica y aumenta la mitad de su talla; llegando a los dos años a cuadruplicar su peso al nacimiento.

Es una etapa de maduración de todas las funciones vitales, donde el niño tiene una gran potencialidad de aprendizaje y donde la plasticidad cerebral tiene unas potencialidades que aún no se han terminado de descubrir. Su agudeza visual, por ejemplo, pasa de ser de 5/200 a ser de 20/40. Son años de vital importancia en lo que se refiere a la maduración y enriquecimiento de los sistemas enzimático, homeostático e inmunológico.

DE CERO A SEIS MESES.

Permanece la mayor parte del día durmiendo, se irritan con facilidad, son muy sensibles a los estímulos externos, a los cambios de temperatura, el llanto es su forma básica de manifestar necesidades y sentimientos.

Crecimiento físico.- La talla aumenta cerca a 3 cm en el primer mes en los niños y niñas a término. La mayor parte de los niños recién nacidos bajan su peso en los primeros días, pero lo recuperan aproximadamente

al décimo día para seguir aumentado 20 gr/día durante el resto del mes. El perímetro cefálico aumenta de 2 a 3 cm durante este mes.

Desarrollo psicomotor y psicosocial.-Su lenguaje básicamente es el llanto, el cual es fuerte y vigoroso, emite sonidos al chupar sus dedos o al succionar, como los cambios de frío-calor y húmedo-seco. Lo que más le agrada mirar el rostro de la madre durante la lactancia. Mira objetos a una distancia de 30 a 50 centímetros y los sigue brevemente con los ojos.

De 6 a 1 año

En esta edad generalmente inicia la aparición de la dentición, con los incisivos medios inferiores y posteriormente los superiores, comienza entonces a morder.

A los 7 meses aparece el equilibrio en supino ya los 9 meses en sedente; ambos estarán presentes de por vida al igual que los demás reflejos de equilibrio.

Crecimiento Físico.- Aumenta en peso entre 300 y 500 gr/mes, en talla aproximadamente 5cm en todo el trimestre y en perímetro cefálico 1,5 a 2 cm en todo el trimestre.

Desarrollo psicomotor y psicosocial.- Su juego se vuelve mucho más interactivo, manipula los objetos y el ambiente prediciendo las consecuencias. Primero se sostiene sentado y luego ya se sienta por sí solo. Se arrastra en posición prona y posteriormente gatea. Intenta pararse y permanece en pie sujetado.. Aprende a hacer palmas, a decir adiós con sus manos. Ayuda a sostener la taza para beber. Pronuncia tres o más sílabas (ma, pa, da) y empieza a repetir sílabas (mamá, papá, bebé), vocaliza diptongos (ie, ia), hace sonar la campana, dice una palabra clara.

La cuchara a la boca. Niega con la cabeza, llama a la madre o acompañante, utiliza papá o mamá como nombres, entiende órdenes de una sola palabra ("ven", "muéstrame"). Puede imitar sonidos de animales. Responde a la música balanceándose. Señala algunas partes de su cuerpo. Responde órdenes sencillas. Entrega juguete al solicitársela. Pide un juguete u objeto, bebe en taza solo. Por momentos le agrada estar solo, jugando con los objetos que le son familiares.

De 1 año a 2 años

Empiezan a caminar con las piernas arqueadas y con los pies dirigidos hacia adentro. Su marcha es inestable, se caen con mucha frecuencia. La fontanela anterior. Debe estar cerrada. Se espera que tenga caninos superiores e inferiores y segundos molares inferiores.

Crecimiento Físico. Su velocidad de crecimiento va disminuyendo progresivamente, hay un aumento de peso de 200 g y un aumento de talla de cm entre los 13 y 15 meses y de 3 cm entre los 15 y 18 meses. Su perímetro cefálico aumenta un poco más de 1 centímetro.

Desarrollo psicomotor y psicosocial. Desarrolla más la memoria visual, por ejemplo, si llega a un lugar donde ya ha estado antes sabrá dónde buscar los juguetes, distingue bien objetos a 2 metros. Puede agacharse a recoger un objeto. Apila diferentes objetos, hace torre de más de dos cubos, pasa hojas de un libro, garabatea con un lápiz, toca el timbre, prende el radio, el televisor, descuelga el teléfono y se lo coloca en el oído, maneja la cuchara con alguna dificultad, abre y cierra cajones, recipientes. Explora los objetos, los pasa de uno a otro envase. Puede reconocer y expresar varias palabras, aunque el significado que le da a ellas depende del entorno que la rodea. Contesta al llamársele por su nombre.

Crecimiento y desarrollo del preescolar (2 a 5 años)

El preescolar disminuye la velocidad de crecimiento, continuando con un desarrollo acelerado en los aspectos cognoscitivo, motor, del lenguaje, psicosexual y psicosocial. Inicia la socialización secundaria en el jardín o institución de preescolar, adquiere definitivamente el control de los esfínteres.

Crecimiento Físico.- El peso aumenta 200 gramos por mes los primeros 6 meses y 170 gramos por mes en los 6 meses siguientes. La talla aumenta 0.8 cm por mes en el primer semestre y 0.7 cm por mes en el segundo semestre. El perímetro cefálico aumenta 1 cm en todo el año.

Desarrollo Psicomotor y Social.- El niño corre con mucha agilidad, trepa, salta en los dos pies. Se levanta sin utilizar las manos. Sube y baja escaleras alternado los pies. Dice su nombre completo. Conoce alto-bajo, grande-pequeño. Usa oraciones completas, de tres o más palabras, usa pronombres y verbos (aunque la conjugación no sea correcta), conoce partes finas del cuerpo y de las prendas de vestir, más completa, (Ojos, nariz, boca, tronco, brazos, piernas). Sus frases son completas y bien estructuradas, la articulación del lenguaje es correcta y tiene un componente muy importante que es su creatividad. Describe bien un dibujo, cuenta dedos de las manos, distingue adelante-atrás, arriba-abajo. Es bastante sociable, tiene un amigo especial. Puede vestirse y desvestirse solo, sabe cuántos años tiene.

1.4. FACTORES QUE REGULAN EL CRECIMIENTO

Factores nutricionales. Se refiere a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos por el propio organismo con el fin de asegurar el crecimiento.

Factores socio económicos. Es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorables, si bien este fenómeno responde a una condición Multi causal.

Factores psicosociales. Se relaciona con la importancia de un ambiente psico afectivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento. Los estados de carencia afectiva se traducen entre otras manifestaciones en la detención del crecimiento.

Factores genéticos. Ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y aun entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos.

Factores neuroendocrinos. Participa en el funcionamiento normal de un organismo. Los estados de desequilibrio en la regulación neuroendocrina pueden manifestarse a través de una aceleración o retraso del proceso de crecimiento y desarrollo.

Respecto al crecimiento del niño podemos decir que los periodos de mayor riesgo son, todo el periodo pre natal, los dos primeros años de vida y la adolescencia.

CAPITULO II

2. ANTROPOMETRÍA

La antropometría provee la técnica más portátil, de aplicación universal, de bajo costo y no invasiva para evaluar el tamaño, proporciones y composición del cuerpo humano. Refleja tanto la salud como el estado nutricional y predice el rendimiento, salud y supervivencia. Esta medida, sin lugar a dudas la más empleada, se obtiene en los menores de dos años en decúbito y después de esta edad en la posición de pie. Ocasionalmente se requiere, entre los 2 y 3 años, que el niño sea cargado por un colaborador cuyo peso se resta del total encontrado. Permite vigilar el estado de nutrición del niño pero el significado de sus variaciones puede ser confuso en pacientes con edema, deshidratación u otras manifestaciones de cambios en el agua corporal ya que representa una mezcla de varios componentes del cuerpo.

Comparada con el peso ideal para la edad, se continúa usando para el diagnóstico de desnutrición cuando existe un déficit mayor al 10% y obesidad cuando hay exceso de 20%, a pesar de que estos valores no siempre significan cambios en la grasa corporal. Se recomienda mejorar su sensibilidad asociándola a la talla para encontrar indicadores como el peso para talla (P/T), índice de masa corporal (IMC).Formula: peso en kilos dividido para la talla al cuadrado.³

CAPITULO III

3. Alteraciones del crecimiento en los niños.

La alteración del crecimiento en los niños preocupa a los padres de familia,

Porque es un problema que afecta el autoestima y personalidad de sus hijos en su entorno donde se desarrollan.

Dentro de los factores que determinan el crecimiento son: nutricionales, ambientales, económicos.

3.1 Crecimiento bajo para la edad

La talla y el peso de los niños durante los primeros años de vida marcan el crecimiento para la adultez.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acaba de actualizar las tablas de crecimiento y peso y ha creado un nuevo patrón de referencia para los niños entre los 0 y los 5 años de edad.

Las nuevas tablas ofrecen una referencia mundial y tienen coherencia con las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil, que recomiendan la lactancia materna como fuente óptima de nutrición sobre todo en el primer año.

La iniciativa de cambiar el patrón de referencia de crecimiento surgió porque se evidenció que los niños alimentados según las recomendaciones de la organización mundial de la salud en cuanto a la lactancia materna exclusiva por seis meses y continuada hasta el segundo año, tenían una trayectoria de crecimiento. El desarrollo de la estatura y el peso es fundamental en los primeros años de vida, pues a

partir de esta etapa se configuran la talla y la contextura cuando se alcance la mayoría de edad.

Por eso, es importante ofrecer al niño unos adecuados factores ambientales, nutricionales y saludables para propiciar un correcto crecimiento. Para tal fin existen unas gráficas que permiten calcular y comparar el crecimiento con respecto a un rango estándar.

La velocidad de desarrollo hasta los 4 años es vertiginosa. Este periodo es cuando más crece el ser humano durante la vida. El primer año, sobre todo, es el que más cambios representa y un pequeño llega a triplicar su peso y a duplicar su altura. Por ejemplo, puede pasar de tres a 10 kilos y de 50 a 75 centímetros.

Luego del primer cumpleaños del pequeño, su ritmo de crecimiento se vuelve más pausado. Generalmente, solo gana uno o dos kilos por año y su altura se incrementa entre 5 y 10 centímetros.

En vista del promedio de desarrollo que ocurre en el primer año, algunos padres se preocupan porque su hijo no crece al ritmo de antes. Sin embargo, esto es normal si se mantiene en la misma curva, según las tablas de crecimiento.

Normalmente, los bebés nacen pesando entre 3.000 y 3.500 gramos. Si están por debajo de los 2.500 gramos, pueden ser considerados de bajo peso. Si sobrepasan los 4.000 gramos, tienen riesgos de obesidad. Es importante tener en cuenta que después del nacimiento, los niños pierden un poco de peso y vuelven a ganarlo rápidamente después de la tercera semana.⁴

4. R. YTURRIAGA MARTARRANZ

3.2. Malnutrición

La malnutrición infantil, es más frecuente en países en vías de desarrollo, como es el nuestro el cual genera un problema de salud que va aumentando.

La malnutrición, es el resultado del desequilibrio de la mala ingesta de nutrientes, que ingieren alimentos pobres en vitaminas, proteínas, minerales las cuales son básicas para los procesos metabólicos y buen funcionamiento del organismo.

El 30% de la población a nivel mundial sufre alguna alteración de malnutrición, provocando que muchos seres humanos no tengan la energía, capacidad intelectual, problemas de salud necesaria para realizar las actividades, esto provoca un aumento de las morbilidades y mortalidad que afectan a los niños y a las personas de edad avanzada, estos problemas de malnutrición, pueden solucionarse siempre y cuando se atiendan oportunamente.⁵

3.3. Desnutrición Infantil

La desnutrición infantil es por déficit en el aporte de nutrientes en cantidad y calidad necesarias, la causa es muchas veces es socio genética el niño nace sano pero de alguna manera por influencia de un medio adverso familiar y social, no recibe la alimentación y la estimulación sensorial motriz que requiere para su normal crecimiento y desarrollo.

⁵ CRUZ M. Tratado de Pediatría (2 volúmenes). 8ª Edición. Ediciones Ergon, S.A. Madrid, 2005.

CAPITULO IV

4. PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El Programa Prioritario de Nutrición tiene un fuerte componente orientado hacia la promoción del estado nutricional adecuado y a la protección específica de la malnutrición. A los efectos de estimular la promoción de una alimentación saludable en el contexto de la promoción de estilos de vida saludable, se viene instrumentando la realización de actividades educativas en el sector salud, educación, alimentación y comunidad basadas en el uso del nuevo instrumento educativo: las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la población Ecuador.

El Programa de Nutrición, además enfatiza la asistencia nutricional de los grupos de mayor riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los casos de malnutrición tanto por déficit (desnutrición energético-proteica) como por exceso (sobrepeso y obesidad).

Los lactantes y niños del segundo año de vida. La promoción, protección y apoyo a la lactancia materna surge claramente como la intervención más efectiva para mejorar el estado de salud y nutrición de los lactantes. Pero al mismo tiempo, los programas específicos de nutrición en el marco del sector salud, con intervenciones bien seleccionadas, bien planeadas, aplicadas con continuidad y con financiamiento adecuado han demostrado lograr impacto duradero en el estado nutricional de madres y niños. La Estrategia de la Atención Primaria de la Salud desempeña un rol muy importante para la implantación de un Programa de Asistencia Nutricional, a través del desarrollo de un nuevo modelo en el que participe el equipo de área de salud que se coordinará con otros sectores de manera de asegurar la más amplia participación interinstitucional y

fomentar en todo momento la participación de la comunidad en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La prevención de la deficiencia de micronutrientes, con énfasis en hierro y ácido fólico a través de la fortificación de alimentos, la suplementación medicamentosa (con hierro y otros micronutrientes como la vitamina D) y la diversificación de la alimentación, se ha constituido en otro de los componentes fundamentales del Programa.

4.1. PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONUTRIENTES

Las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta constituyen un problema de salud pública en todo el mundo. Los Micronutrientes son sustancias que el organismo humano no puede elaborar por si mismo y que necesita en pequeñas cantidades para regular varias funciones fisiológicas, los micronutrientes son: las vitaminas: A, C,B,E,D, y minerales: hierro, yodo, zic, magnesio y el agua Los grupos más susceptibles de sufrir deficiencias de micronutrientes son las mujeres en edad fértil, los niños pequeños y las personas de la tercera edad.

MACRONUTRIENTES.- Que pertenecen a los carbohidratos, proteínas.

Los carbohidratos son sustancias orgánicas que contienen carbono, hidrógeno y oxígeno el cual provee al cuerpo de energía a través de las moléculas llamadas glucosa.

Los carbohidratos de tipo simple: como las azúcares, y de tipo complejo como los almidones y harinas, que el organismo lo metaboliza para convertirse en glucosa.

El organismo también emplea los carbohidratos para la elaboración de glucógeno, sustancia que es almacenada en el hígado y sus músculos para su uso futuro.

Reforzar el Programa PANN 2000 para la entrega de alimentos complementarios “Mi papilla” y “Mi bebida” y micronutrientes como hierro, ácido fólico y vitamina A.

Desde más de 10 años el PNUD ha venido apoyando la implementación del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición-PANN-2000 del Ministerio de Salud Pública a través de distintos componentes como, capacitación, asistencia técnica, soporte administrativo, reestructuración y fortalecimiento institucional.

El proyecto quiere prevenir el retraso en el crecimiento y los daños de malnutrición por carencia de micronutrientes de los infantes (vitamina A, hierro y zinc) y mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y en lactancia. La estrategia consiste en dar a las niñas y niños de 6 a 24 meses, a las mujeres embarazadas y en lactancia un alimento complementario fortificado con micronutrientes en forma de papilla o bebida; sustentar el uso óptimo de este complemento a través de educación nutricional, fortaleciendo con este componente a las unidades de salud, y realizar desde el inicio, el monitoreo y evaluación de las actividades programadas.

La importancia de la alimentación en la salud va más allá de lo puramente biofísico, el comportamiento alimenticio, las madres se han olvidado de consumir alimentos autóctonos (vegetales, granos, verduras, huevos, carne) y en su lugar consumen comida chatarra, o exceso de arroz, fideos, etc.

Los hábitos alimentarios forman parte de la cultura de un pueblo y en éstos influyen factores tan ajenos a los alimentos en sí y a las recomendaciones nutricionales como el poder adquisitivo, la producción, la accesibilidad de los productos, el clima, los tabúes, las fiestas populares, la religión, la publicidad, etc.

Un niño bien nutrido tiende a ser más activo, puede interactuar mejor con el medio y con los demás seres humanos. Por eso la nutrición pediátrica, sobre todo en el primer año de vida es crucial para el desarrollo del futuro hombre y constituye una inversión a largo plazo sobre la salud y la calidad de vida de ese ser humano ⁶

4.2. VITAMINAS Y MINERALES

La deficiencia de vitamina A causa la ceguera nocturna y la ceguera completa. En los niños pequeños, la DVA aumenta la gravedad de las diarreas e infecciones respiratorias y contribuye a un incremento en las tasas de mortalidad. La vitamina A proviene de los productos animales con un alto contenido de retinol o de los productos vegetales con un alto contenido de beta-caroteno. Se aconseja tomar jugos, especialmente cítricos (limón, naranja, guayaba) que ayuda a absorber el hierro de los alimentos.

DEFICIENCIA DE HIERRO.

La anemia constituye un grave problema en el Ecuador, el 22% de los niños entre 6 y 59 meses de edad sufría de anemia; si se desglosa este indicador por grupos de edad se encuentra anemia en el 69% de los niños de 6 a 12 meses y en el 46% de los niños entre 12 y 24 meses.

⁶ OPS, OMS, CESNI, FUNDACIÓN CAVENDES: Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Serie Paltext, 2005

En el Ecuador confirman Un estudio entre poblaciones de alto riesgo, realizado en 2004 por el Instituto de Investigación para el Desarrollo de la

4.3. NUTRICIÓN DURANTE LOS PERÍODOS CRÍTICOS DEL CRECIMIENTO.

La nutrición pediátrica, sobre todo en el primer año de vida es crucial para el desarrollo del futuro hombre y constituye una inversión a largo plazo sobre la salud y la calidad de vida de ese ser humano.

Se denomina nutrición temprana a la alimentación adecuada en los años fértiles, durante la etapa pre gestacional y etapa gestacional. Suplementar con ácido fólico hasta la semana doce o catorce de gestación resulta adecuado para prevenir alteraciones en el desarrollo del tubo neural. Si pasamos al primer año de vida, consideraremos dos situaciones o momentos críticos.

Lactancia materna exclusiva de 0- 6 meses de edad y hasta los dos años

El recién nacido comienza a vincularse con el mundo que lo rodea, justamente a partir de la lactancia materna es el primer vínculo que tiene con el exterior.

Todos sabemos que la leche materna es la mejor fuente de nutrición especialmente para los primeros seis meses de vida, tal es así que la OMS recomienda que hasta ese período sea la alimentación materna el alimento exclusivo

La OMS estima que más del 97% de las madres son fisiológicamente aptas para amamantar a sus hijos satisfactoriamente, a pesar de todos los

mitos y tabúes que cada una de las madres tiene acerca si esa leche va a alcanzar adecuadamente.

Por otro lado la industria que trabaja en el desarrollo de fórmulas infantiles crece vertiginosamente y cada vez alimenta más al lactante con esas fórmulas.

Alimentación complementaria

La otra situación crítica durante ese primer año de vida es la alimentación complementaria. La edad de incorporación de esos alimentos ha variado a través de los años. Antiguamente a este proceso se lo conocía con el nombre de ablactación, este término fue sustituido porque hacía pensar en dejar de amamantar para introducir otro alimento y no es la idea. La idea es que en forma exclusiva se realice la lactancia materna y se incorporen otros alimentos para complementar a este alimento insustituible para este periodo.

A partir de introducir otros alimentos diferentes, todas las experiencias que ese ser humano debe transitar en la alimentación van a tener una notable influencia en el desarrollo de hábitos alimentarios en el futuro. Los hábitos alimentarios se desarrollan hasta los dos primeros años de vida.

En cuanto al déficit de hierro la anemia ferropénica es la deficiencia nutricional más prevalente en los niños menores de dos años a nivel mundial. Esta anemia va a tener efectos a largo plazo sobre su conducta y sobre su coeficiente intelectual, asociándose con el desarrollo psicomotor.

En nuestro país tenemos hasta este momento, vemos como está directamente asociada la prevalencia del índice de hierro con el alto porcentaje de anemia. En Misiones los menores de dos años tienen 100% de deficiencia de hierro y la mayor prevalencia de anemia con un 55% de la población de ese rango etario.

Lo importante es que esta diferencia de hierro puede ser prevenida prolongando el mayor tiempo posible la lactancia materna exclusiva. Se está reglamentado esto de poder suplementar en etapas vulnerables. En el otro extremo del exceso tenemos la obesidad infantil. A pesar del avance de esta epidemia, en la actualidad todavía seguimos pensando que cuanto más gordito, más sanito, situación que cuesta destete ⁷

4.4. Nutrición de los niños preescolares

El cambio en el apetito de un niño de esta edad es normal. A medida que el ritmo de crecimiento se reduce necesitan menos calorías para vivir. Los niños en edad preescolar comen menos en proporción con su tamaño que cuando eran infantes.

Los requerimientos diarios de proteínas de un niño pequeño se pueden tomar en dos vasos de leche y una porción de carne u otro alimento similar como pescado, queso, huevos. Ningún producto es esencial como alimento en la dieta de un niño.

La carne y los alimentos lácteos deberán conservarse dentro de la dieta por su aporte proteínico, de hierro y calcio, sin embargo, la leche y algunos de sus derivados ahora pueden ser descremados o bajos en grasa y las carnes magras.

⁷ Isabel Hitateguy, Licenciada en Nutrición (Uruguay) (10/10/2005)

Es ideal que coman vegetales, pero como a la mayoría de los niños no les gustan, no te preocupes, si consume frecuentemente frutas con eso es suficiente. Trata también que su dieta incluya cereales, ya sea de los que les gustan a los niños con leche o como golosinas, o un plato de arroz, pan o tortillas.

Puedes incluir vegetales como zanahoria o calabaza en panqués y pasteles, los cuales seguro se devorará. Para obtener algunas ideas consulta nuestra sección de recetas ricas y nutritivas para toda la familia. Y por supuesto no dejes de visitar: Una alimentación rica y nutritiva para toda la familia donde encontrarás las bases de una buena alimentación.

Como los niños pequeños pueden controlar la cantidad de alimento que ingieren en forma ordenada, es importante que los adultos no los presionen a comer más de lo que apetecen porque esto puede interferir con el mecanismo normal de un niño para equilibrar el consumo de energía. Sin embargo, los niños cuyas dietas son ricas en cereales azucarados, pasteles, dulces y otros alimentos con bajo contenido nutricional, no tendrán suficiente apetito para ingerir alimentos necesarios para su crecimiento.

4.5. LACTANCIA MATERNA.

Para asegurar un comienzo sano de la vida la OMS, UNICEF y otras organizaciones de salud mundiales recomiendan: *“6 meses de lactancia exclusiva e incorporación de alimentos complementarios continuando con la lactancia por dos años o más”*

El lema apunta a concienciar sobre los 6 meses de lactancia exclusiva y a ayudar a hacer en forma amable y cuidadosa la transición entre la lactancia materna exclusiva y a amamantar para luego comer con el resto de la familia.

- **Oportuna:** Iniciada en el momento justo, de tal manera que no disminuya los beneficios del amamantamiento.
- **Nutricionalmente adecuada:** Que provea la energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de 6 meses de vida.
- **Segura:** Ofrecida y preparada higiénicamente.
- **Perceptiva:** Brindada con afecto, respetando las necesidades de el niño y la niña.

4.6. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia es un proceso que culmina el proceso reproductivo, pero requiere preparación de la madre. Una vez se logra lactar con éxito, los beneficios para la madre y el bebé son muchos.

La lactancia, a nivel biológico, ayuda a terminar el desarrollo del recién nacido a través de proteínas y anticuerpos que lleva la leche e inmunizan al bebé.

A nivel emocional, el calor del cuerpo de la madre brinda seguridad y apego al bebé. Los bebés lactados no tienen que tomar agua ni leche en fórmula los primeros seis meses de vida. Se ahorra dinero porque no se gasta en fórmulas ni en biberones, a las madres a regresar a su peso normal.

Previene enfermedades gastrointestinales y respiratorias e infecciones en el bebé. Reduce la incidencia de cáncer, diabetes y colitis en la madre. Estudios comprueban que los bebés lactados son más inteligentes. ⁸

4.7. IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Lactancia materna es dar vida y amor. Es alimentar, confortar, proteger y comunicarse entre el binomio madre e hijo. La lactancia materna es muy importante en los primeros meses de vida, fundamental y vital para el recién nacido. La lactancia es más práctica y económica.

4.8. ELEMENTOS NUTRITIVOS DE LA LECHE MATERNA

En los primeros días, todo se facilita si usted está junto a su bebé. Desde el postparto hasta el regreso a su casa, debe prenderlo continuamente, así podrá tocarlo, mirarlo, hablarle, acunarlo y amamantarlo cuando le parezca.

La leche de los primeros días, llamada calostro, es amarillenta y espesa. Precisamente por eso es rica en anticuerpos que protegen a su hijo de infecciones graves y lo estimula a mamar frecuentemente.

El calostro tiene efectos laxantes y ayuda al bebé a evacuar el meconio de su intestino, eliminando así la bilirrubina, que en exceso provoca ictericia (color amarillento

de la piel). Durante los primeros siete días, el calostro va perdiendo su color, y la leche se va poniendo cada vez más blanca. Esta leche es de dos clases: la primera es aguada y escasa, se produce y junta en los pechos en los intervalos entre las mamadas; la segunda se produce durante las mamadas, es abundante y espesa, sacia, alimenta y engorda al bebé.

Es más blanca porque contiene más cantidad de grasas y proteínas. La llamada "leche aguada" es la primera que el bebé toma y calma la sed.

La llamada "leche gorda" es la segunda que el bebé toma, viene en la "bajada de la leche" y calma el hambre del bebé. ⁹

⁹ Rbdomiosarcoma orbitario: Dificultades con el protocolo de tratamiento europeo. Arch Soc Esp Oftalmol 2005; 80: 331-338

METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Este estudio investigativo es de tipo descriptivo, prospectivo ya que describirá cuales son los factores que influyen en el retardo de crecimiento de los niños menores de 5 años.

Tipo de diseño:

El diseño de esta investigación es cuantitativo.

Población de estudio:

Niños y niñas menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del subcentro de salud de San Pablo, desde Mayo a Julio del 2008

Universo:

70 Niños y niñas con retardo del crecimiento que acudieron a la consulta externa del subcentro de salud de San Pablo, desde Mayo a Julio del 2008

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para este estudio se utilizara las siguientes técnicas.

Entrevistas estructuradas dirigidas a las madres y cuidadores

Cuestionario para recolección de datos de la Historia clínica

Formularios 028 A y B para la graficación de medidas antropométrica

Prueba piloto

Para validar los instrumentos realizamos la entrevista a madres de iguales características socio cultural y que no formaron parte del estudio. A igual que el cuestionario lo validamos en historias clínicas de niños que

acudieron al subcentro de salud. En relación al formulario 028 A y B no se lo valido ya esta internacionalmente reconocido debido a que la Organización de la Salud lo ha implementado a igual que la formula para valorar índice de masa corporal.

En esta prueba no hubo necesidad de cambios en los instrumentos utilizados en la investigación.

Análisis e interpretación de los datos:

En el análisis de los datos se estudiaran los elementos de la información y se evaluarán de forma que responda a los objetivos planteados.

Para la presentación de los gráficos se utilizo el Programa Excel.

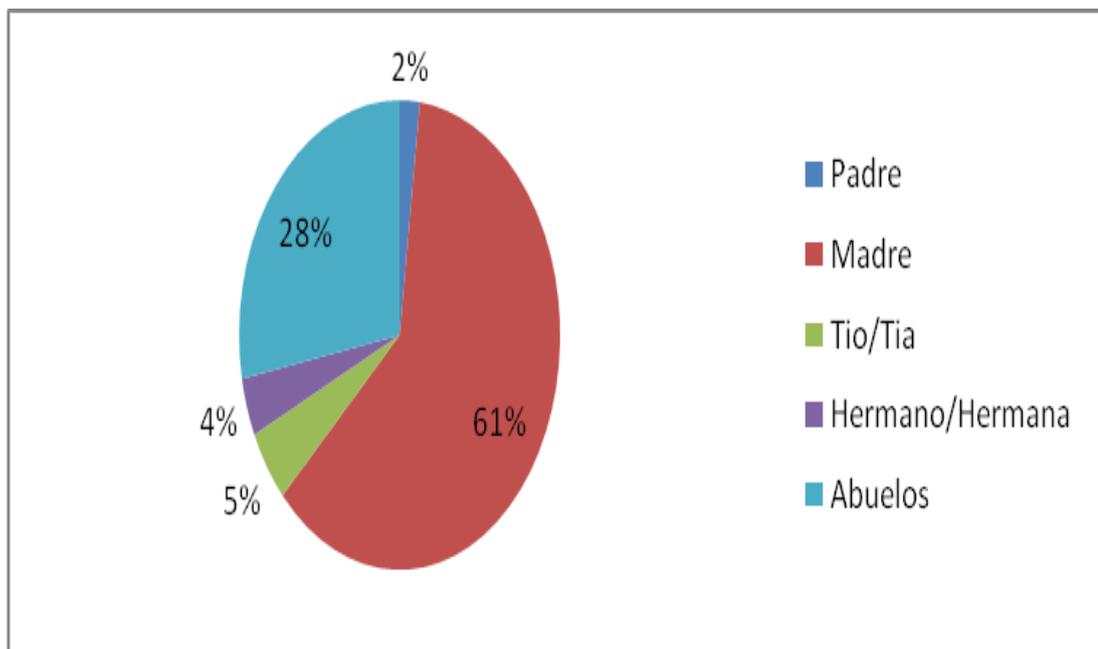
En análisis se lo realizo con medidas de tendencia central como son los porcentajes donde nos ayudamos del marco teórico para su interpretación.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

FIGURA 1

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RETARDO DEL CRECIMIENTO EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN PABLO 2008.

Personas responsables del cuidado de los niños

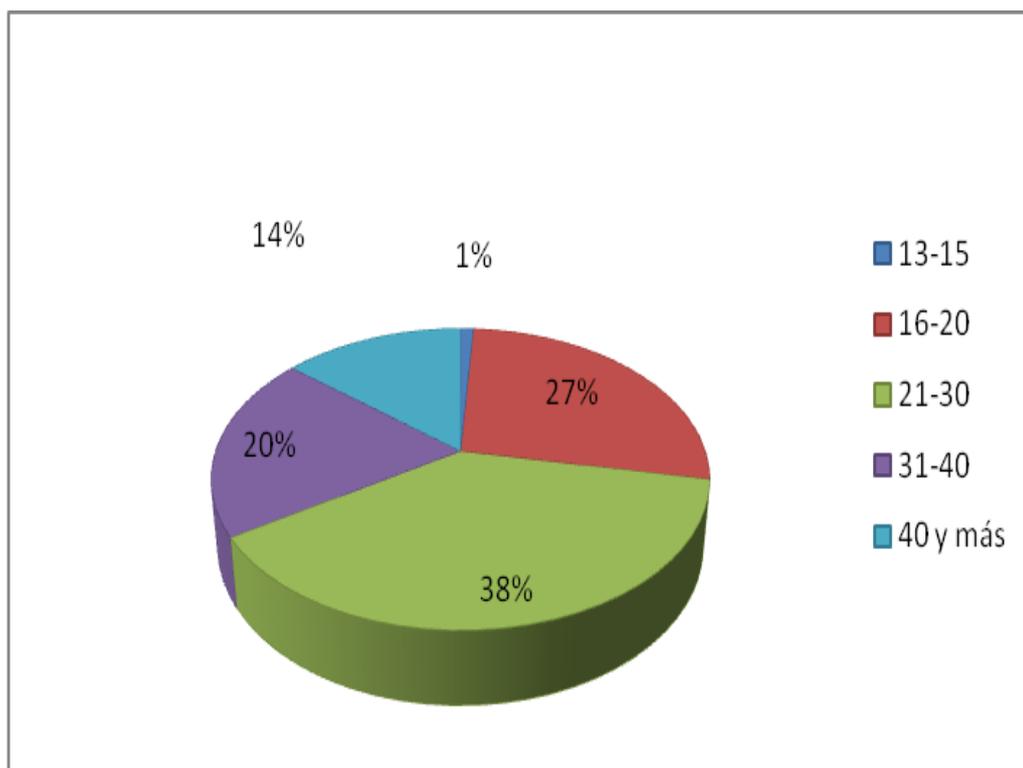


Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Observamos que el 61% son niños cuidados por sus madres, el 28% les cuidan los abuelos, los mismos que por su edad o condiciones físicas no los crían adecuadamente como sería la crianza por sus padres quienes dan afecto, amor y seguridad.

FIGURA 2

EDAD DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD

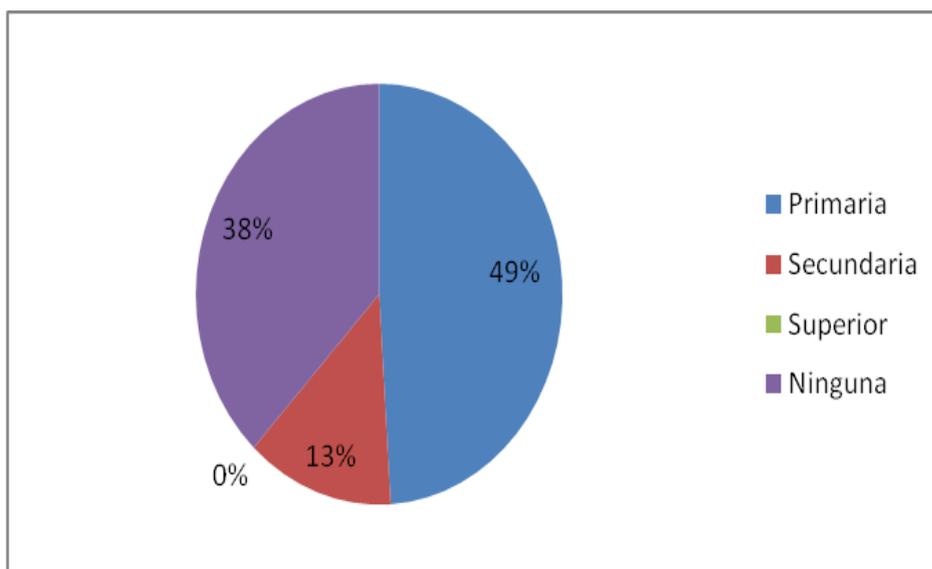


Fuente: Encuestas realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Observamos en madres que se ubican en el rango de 21-30 años en un porcentaje del 38%, también podemos decir que en un 14% de madres adolescentes de esta comunidad. Lo que nos permite determinar que las madres en su mayoría se encuentran en edad fértil y pueden criar con responsabilidad a sus hijos.

FIGURA 3.

Nivel de instrucción de las personas responsables del crecimiento de los niños menores de 5 años.

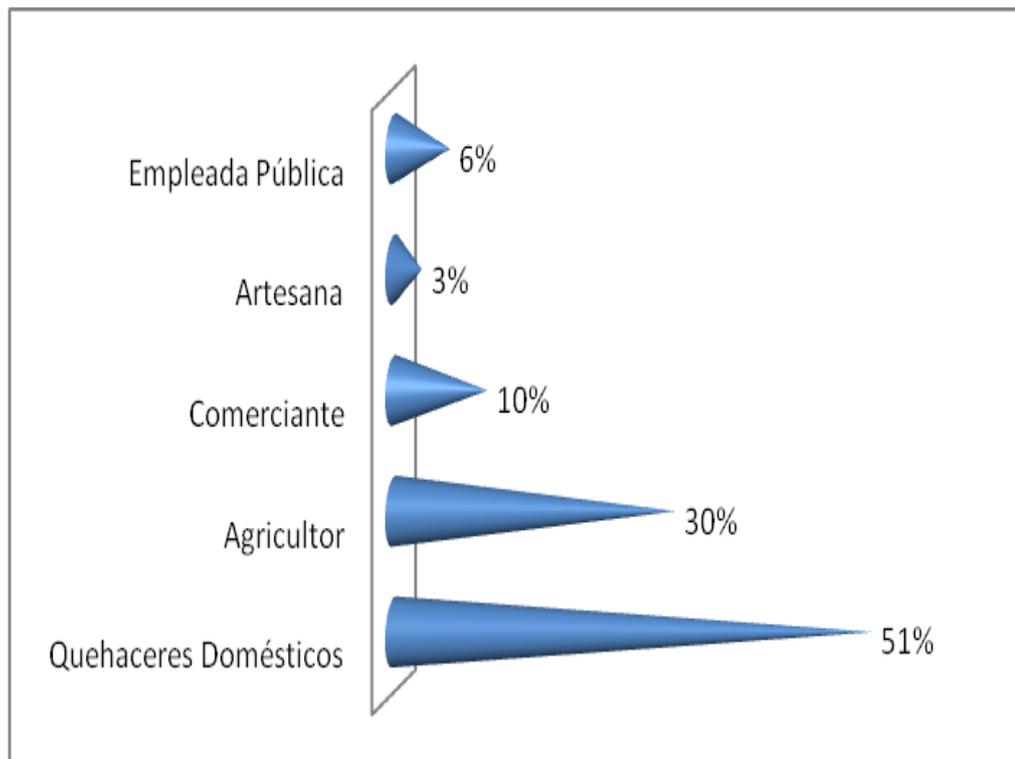


Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

El nivel de instrucción de las personas responsables del crecimiento de los niños investigamos encontramos que el 49% tienen instrucción primaria, y el 13% con instrucción secundaria esto se debe a que la mayor parte de la población de San Pablo se dedica a la agricultura, quehaceres domésticos por su situación económica.

FIGURA 4

Ocupación de los padres de familia responsable del cuidado de los niños

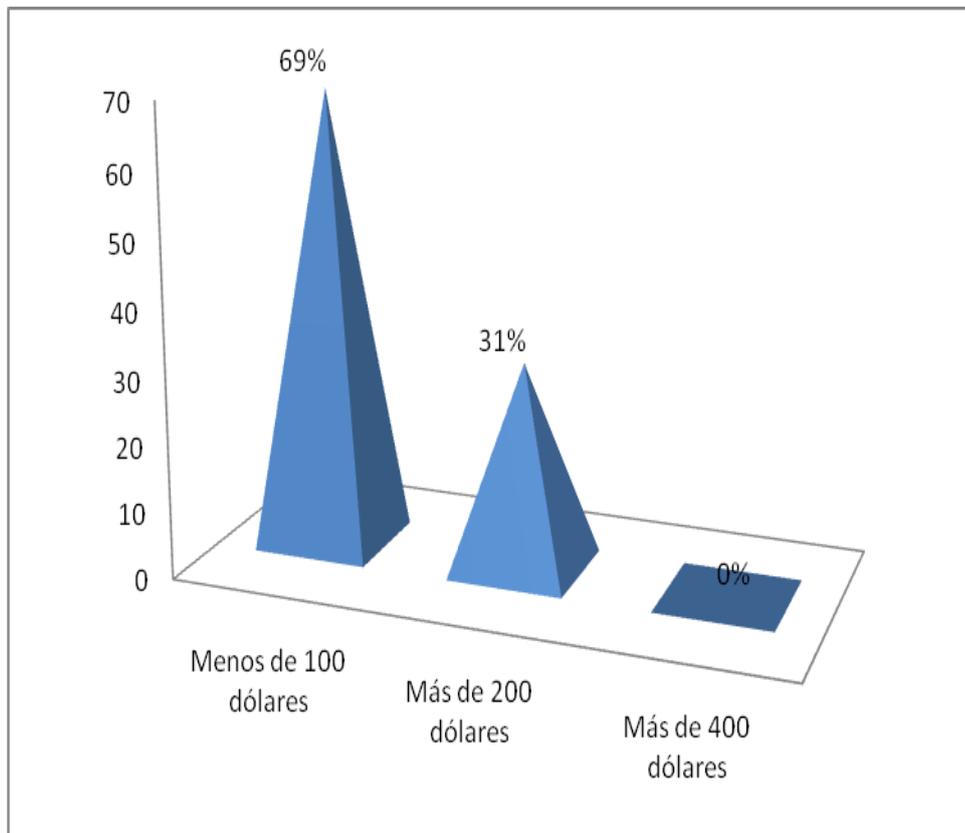


Fuente: Encuestas realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

El 51% de los padres de los niños de esta comunidad se dedican a los quehaceres domésticos y también observamos que hay unos 30% dedicadas a la agricultura. Aspectos positivos para el buen cuidado de sus hijos y familia pero lamentablemente el desconocimiento de aspectos nutricionales desmedran el crecimiento de los niños.

FIGURA 5

INGRESO ECONÓMICO DE LOS PADRES DE FAMILIA

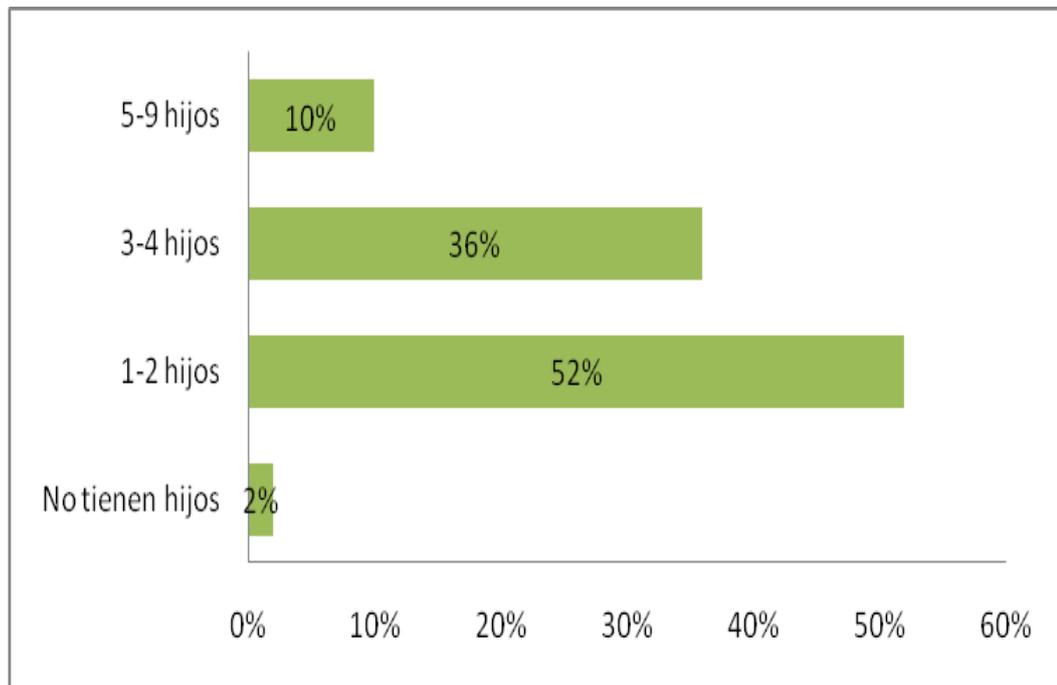


Fuente: Encuestas realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

En esta comunidad observamos que la población percibe un sueldo menor de 100 dólares con un alto porcentaje del 69% su situación económica es muy baja para la alimentación de su familia y existe un 31% que percibe más de los 200 dólares. Ingreso económico que no es suficiente ya que la canasta básica familiar esta en

FIGURA 6

NÚMERO DE HIJOS QUE CONFORMAN LA FAMILIA.

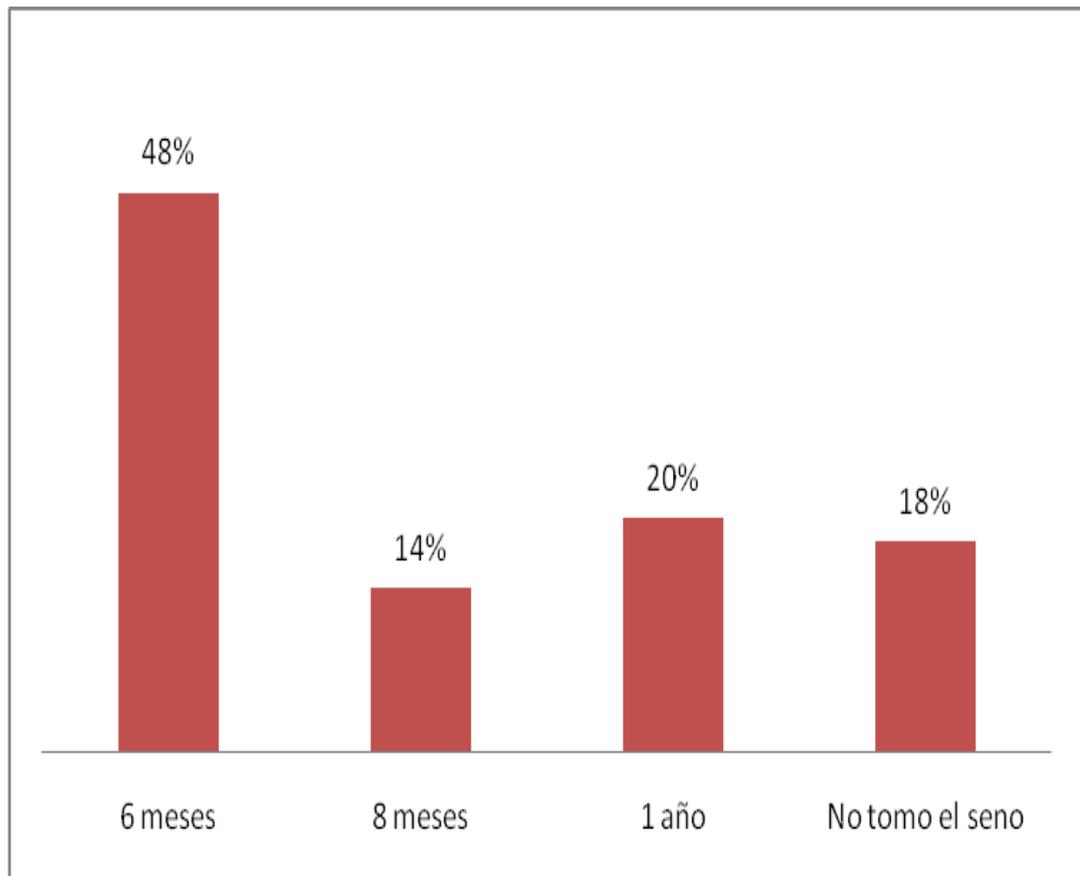


Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Nos podemos dar cuenta que la mayor parte de los hogares tienen de 1 a 2 hijos con un porcentaje del 52%, y observamos también que son pocas las familias que poseen de 3 a 4 hijos con un 36%, ya no es como antes que las familias se llenaban de hijos. Existen un mínimo porcentaje de familias que tienen de 5 a 9 hijos por cada hogar del 10%.

FIGURA 7

**EDAD EN LA QUE SUSPENDIÓ LA LACTANCIA MATERNA
EN LOS NIÑOS INVESTIGADOS**

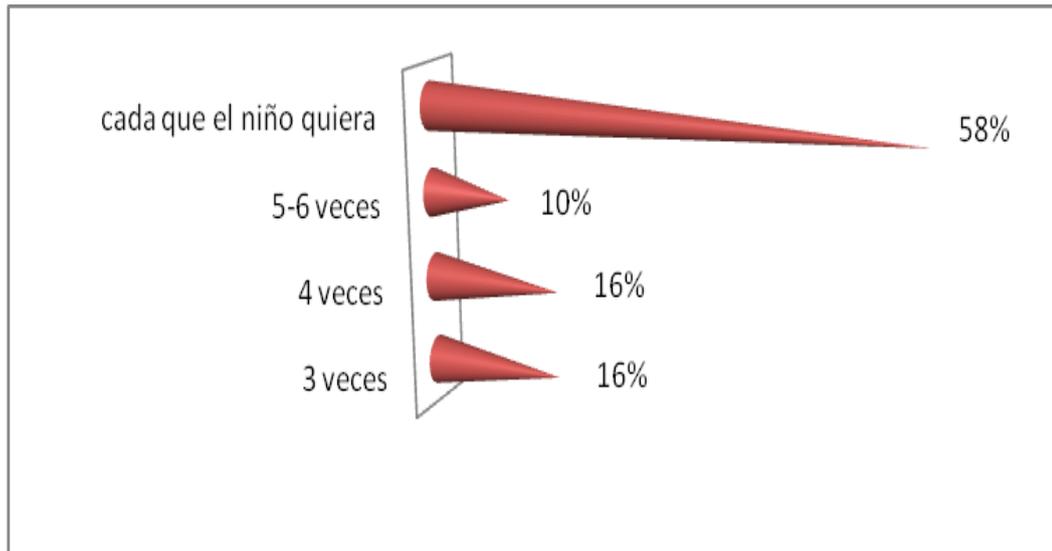


Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Se observa un alto porcentaje del 48% que los niños recibieron el seno materno hasta los 6 meses, un 20% al 1 año, y que un 18% no tomaron la leche materna. Factor que probablemente influye en el retardo del crecimiento ya que sus componentes tienen ventajas como evitar enfermedades, alergias entre otras y favorece en la relación afectiva.

FIGURA 8

FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE RECIBE EL NIÑO MAYOR DE 6 MESES EN EL DÍA.

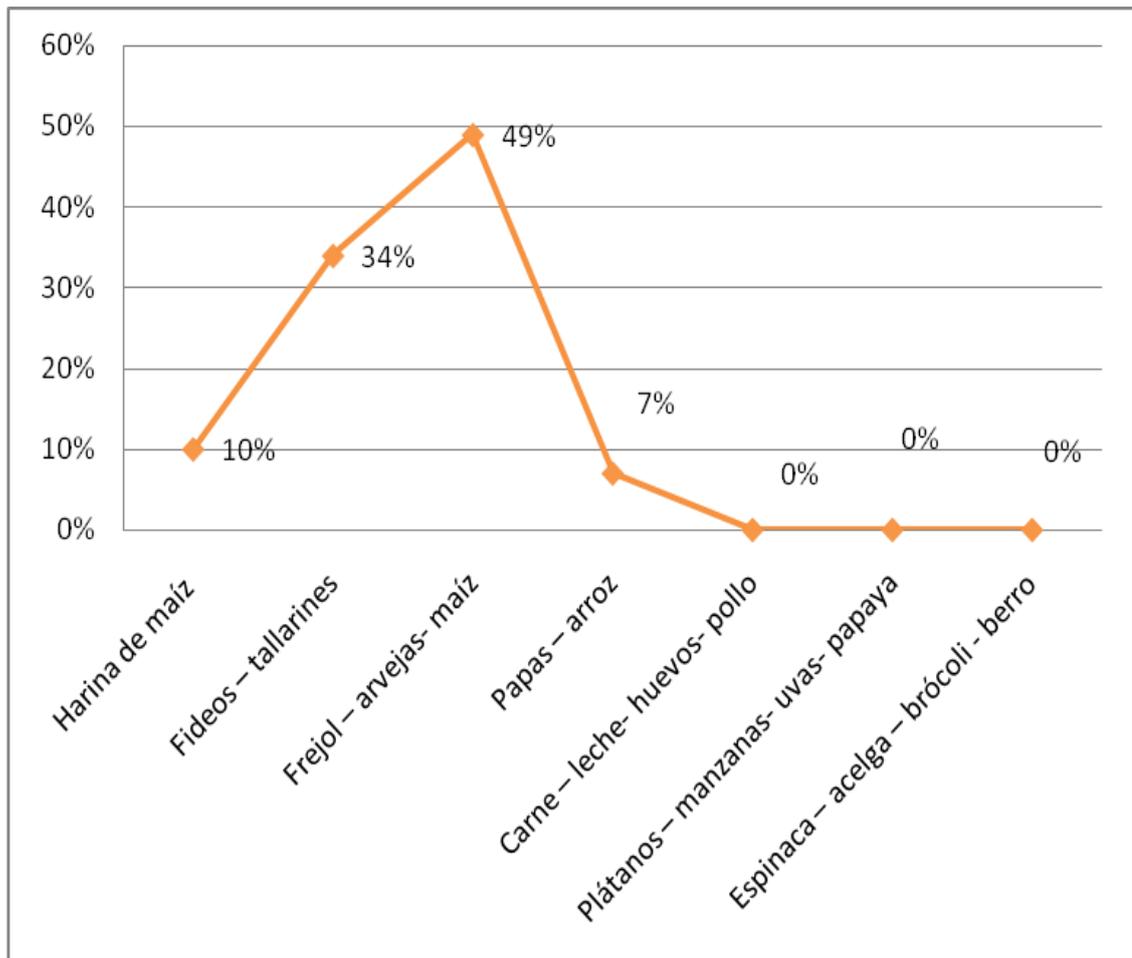


Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Los niños menores de 5 años comen un 58% en el día cada vez que ellos quieran sus alimentos, y un 16% de 3 a 4 veces al día. Es recomendable dar raciones individuales espesas y con una frecuencia de cinco veces diarias y al niño que no gana peso aumentar el número de frecuencias diarias y más dos cucharitas de aceite

FIGURA 9

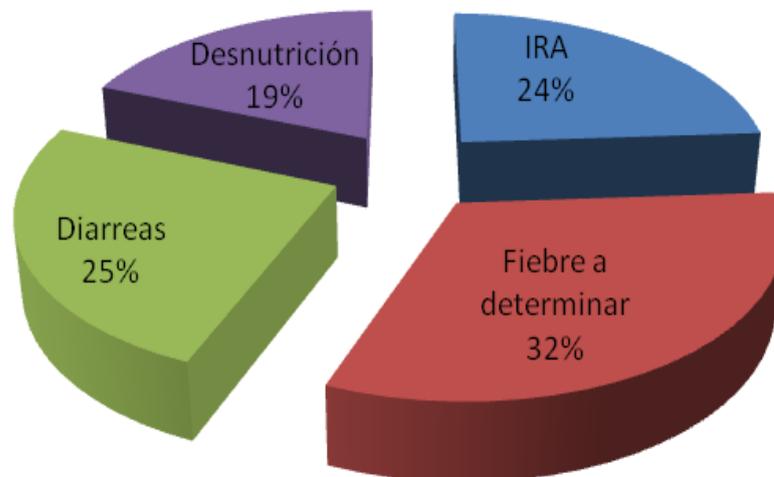
ALIMENTOS QUE MÁS CONSUME LA FAMILIA



Fuente: Encuestas realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

En la alimentación de las familias en la comunidad vemos que un 49% consumen fréjol, arvejas y maíz, productos que son cultivados en la zona y que también lo comercializan, el 34% de la población consume fideos y tallarines sin que exista un equilibrio nutricional adecuado.

FIGURA 10
MORBILIDAD MÁS FRECUENTE EN LOS NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS.

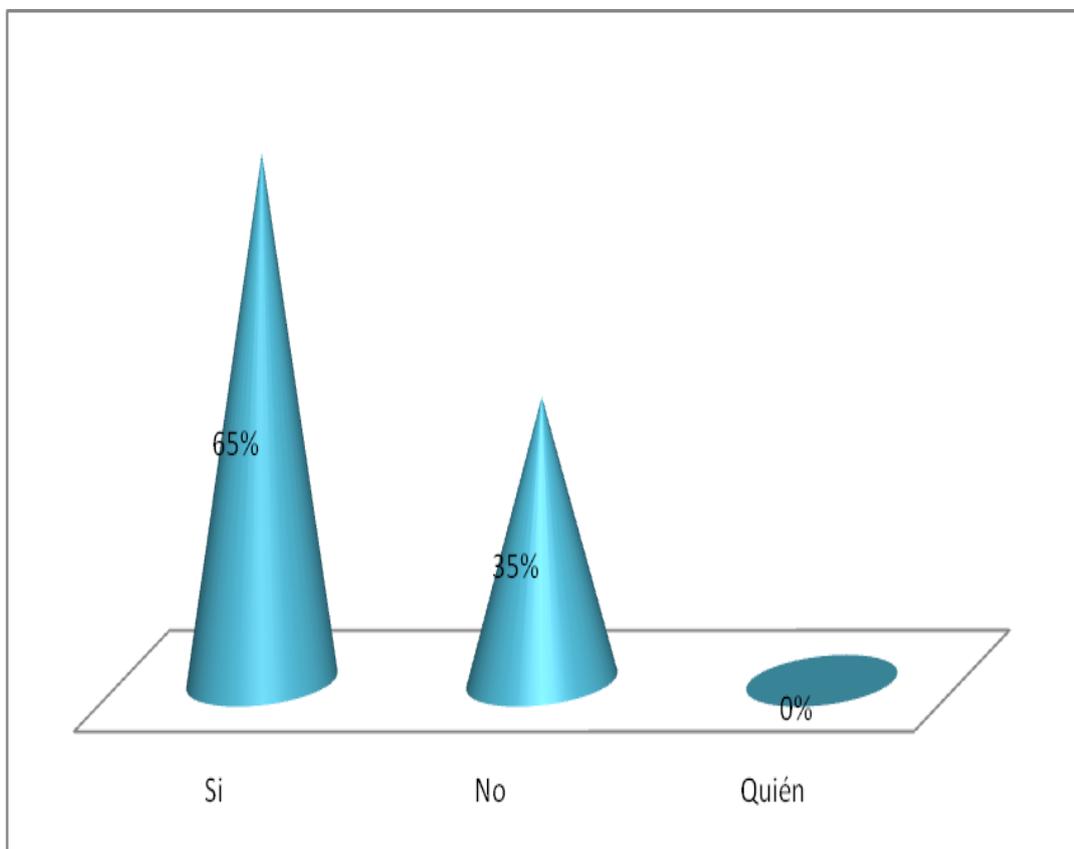


Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Podemos observar que las patologías más frecuentes que afectan a los niños(as) en la Comunidad investigada, fiebre a determinarse el 32%, y las diarreas con un 25%, IRAS 24% siendo enfermedades prevenibles pero sin embargo estos episodios afectan al crecimiento normal de los niños y niñas.

FIGURA 11

Capacitación que han recibido las madres sobre los alimentos ricos en proteínas, vitaminas, minerales, que deben consumir la familia para un buen crecimiento de sus hijos.

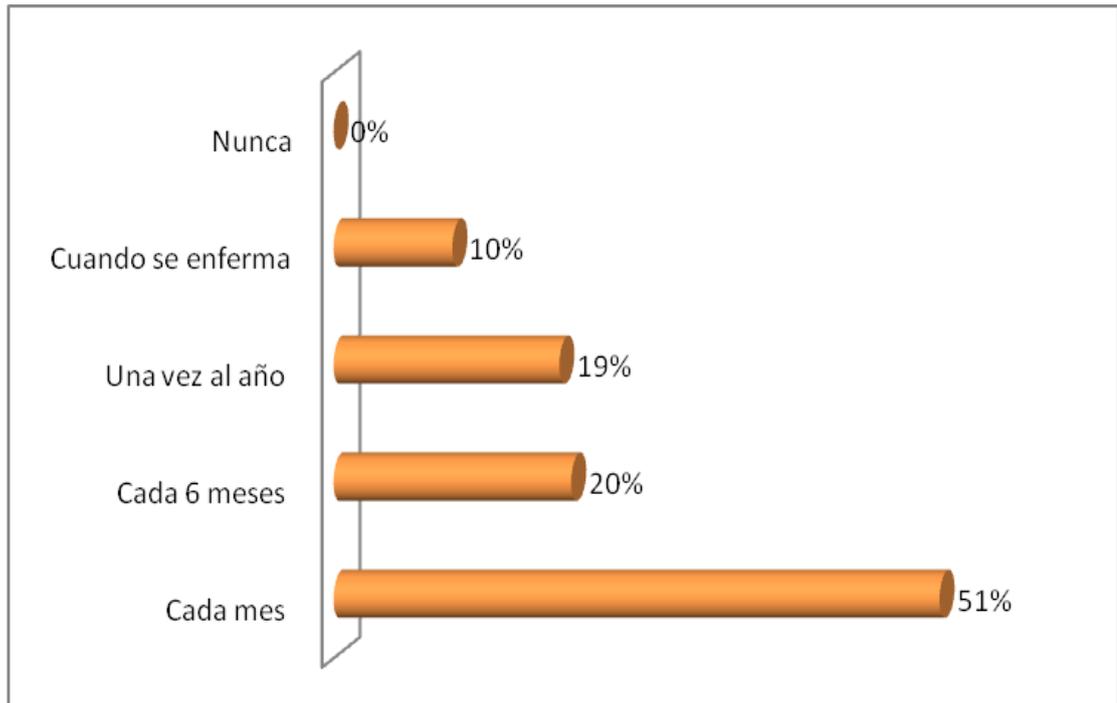


Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Se observan que si cuentan con un alto porcentaje del 65% de información en dicha comunidad como deben consumir los alimentos las familias para un buen crecimiento de sus hijos y un 35% no reciben una adecuada información. A pesar de recibir educación por parte del personal de salud no son puestas en práctica.

FIGURA 12

CONTROL PERIODICO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



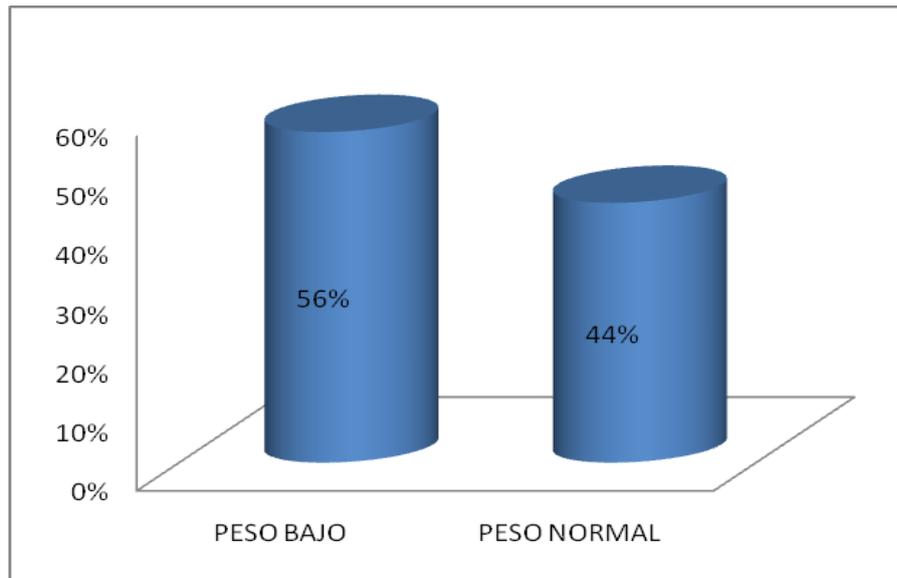
Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Podemos ver que si llevan a sus hijos menores de 5 años a los controles médicos cada mes en un 51%, y un 20% cada 6 meses.

Probablemente no se esta poniendo en practica los pasos correctos de la comunicación entre el personal de salud, las madres y/o cuidadoras de los niños menores de cinco años en donde se deberá verificar la comprensión de las conserjería impartida.

FIGURA 13

RETARDO DEL CRECIMIENTO DE ACUERDO PESO.

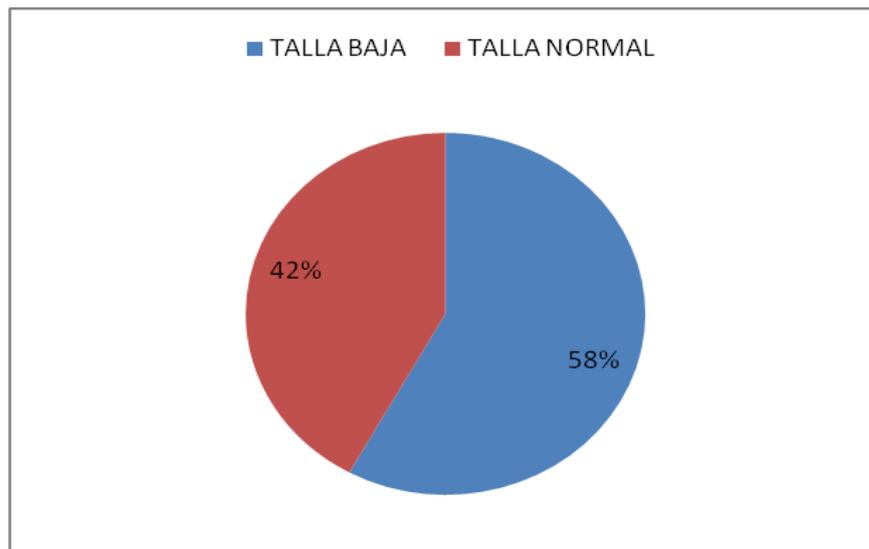


Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Podemos observar que existe en la comunidad de San pablo un 56 % de niños con peso bajo probablemente sea mala orientación y consumo de alimentos nutritivos que deben ser utilizados en las dietas.

FIGURA 14

RETARDO DEL CRECIMIENTO DE ACUERDO TALLA.



Fuente: Encuestad realizadas a las madres o cuidadoras de los niños con retardo de crecimiento

Se observa un gráfico donde existe una talla baja de un 58% de los niños debido a una mala nutrición en las familias de estos niños.

Conclusiones

El presente trabajo permitió establecer determinantes que influyen en el crecimiento de la población infantil menor de 5 años, lo que fortalecerá en el accionar del personal de salud para mejorar la atención en la unidad operativa, a continuación describimos las conclusiones de la investigación

- En la comunidad de San Pablo del Lago los responsables del cuidado de los niños y niñas menores de 5 años son sus madres, las mismas que son jóvenes y se encuentran en los rangos de edades reproductivas con una escolaridad primaria cuya dedicación haceres domésticos y agricultura, además un porcentaje significativo del 23% son cuidados por sus abuelos quienes en su mayoría son analfabetos y se dedican al trabajo agrícola, siendo estos factores sociales que influyen en la crianza de los niños.
- En cuanto a la alimentación natural el 48% de los niños recibieron leche materna hasta los 6 meses de edad y apenas el 20% recibió hasta el año de edad.

En relación a los hábitos alimenticios tenemos que la mayoría se alimentan cuando desean, y los alimentos que consumen son los productos de la zona como: frejol, maíz entre otros. 56% de desnutrición y el 42% con talla baja.

- Dentro de la consejería observamos que las madres si son instruidas sobre el consumo, distribución, conservación e higiene de los alimentos como su valor nutritivo pero lamentablemente no hay cambio de conducta en los hábitos alimenticios y nutricionales en esta población.

RECOMENDACIONES

- ✓ Es importante educar permanentemente e instruir a todas las madres gestantes y lactantes sobre la importancia de los productos nutritivos que producen esta zona.

- ✓ Realizar un seguimiento a todos los niños que estén con un peso y talla estacionario o bajo para su edad e incluirles en todos los programas del Ministerio de Salud Pública.

- ✓ las Escuelas de Enfermería y el Ministerio de Salud deberían realizar convenios sobre proyectos que impacten en el estado de salud de niños específicamente en los niños y niñas menores de cinco años.

- ✓ Que este estudio sirva de base para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Argente J, Pérez-Jurado LA, Sotos J. Bases moleculares de la patología del crecimiento. Rev Esp Pediatr 2000; 56 (1): 94-118.
- 2.-Hernández M. El patrón de crecimiento humano. Factores que regulan el crecimiento. An Esp Pediatr 1992; 36; Suppl 50: 9-18.
- 3.-Tanner JM. Foetus into Man. Physical growth from conception to maturity. 2nd ed. Cambridge MA: Harvard University Press 1989.
- 4.-Karlberg J. A biologically-oriented mathematical model (ICP) for human growth. Acta Paediatr Scand 1989; Suppl 350: 70-94.
- 5.-Karlberg J. The human growth curve. En: Ulijaszek SJ, Johnston FE, Preece MA. The Cambridge Encyclopedia of Human Growth and Development. Cambridge: Cambridge University Press 1998: 108-113.
- 6.-Gluckman PD, Harding JE. Nutritional and hormonal regulation of fetal growth-evolving concepts. Acta Paediatr 1994; Suppl 399: 60-63.
- 7.-Smith DW. Growth and its disorders. Philadelphia: W.B. Saunders, 1977.
- 8.-Hernández M. Fisiología y valoración del crecimiento. En: Hernández M, ed. Pediatría 2^a Ed. Madrid. Díaz de Santos, 1994; 9-23.
- 9.- Instituto Nacional de Estadística Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2005. Lima: INEI; 2006.1
- 10.- Feres JC, Mancero X. Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. Serie de estudios estadísticos y prospectivos.

- 11.- Dra. Julia Navas López, Profesora de la Escuela Universitaria de Nutrición Humana y Dietética de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) (10/10/2005)
- 12.- M. Isabel Hitateguy, Licenciada en Nutrición (Uruguay) (10/10/2005)
- 13.- Eva M. Pérez Gencico, Diplomada en Nutrición Humana y Dietética en el ISEP Clínic Logroño, Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP) (10/10/2005)
- 14.- Esmeralda Sánchez, Departamento de Calidad de ARAMARK (17/10/2005)
- 15.- Lic. María E, Torresani : (Docente Nutrición de UBA)
- 16.- A Martínez Valverde (Catedrático de Pediatría. Profesor Emérito Universidad de Málaga) 27/5/2003
- 17.- Dr. Tomás Gerardo Hernández Parra¹, C. D. Ma. Gabriela Nachón García²
Hospital Escuela¹, Instituto de Ciencias de la Salud²
Universidad Veracruzana
- 18.- Treger M, Hallak M, Silberstein T, Friger M, Kats M. Mazor M. Post-term pregnancy 2004
- 19.- María del Carmen Leal Soligueral IEspecialista de Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico "Gregorio Valdés Cruz". La Habana, Cuba
- 20.- OPS. Actas de la 138a Sesión del Comité Ejecutivo OPS. Washington.2006.PMA. Food and Nutrition handbook. PMA. Rome, Italy:OPS;2000.