



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
CIES- UNAN Managua**



**Maestría en Salud Pública**

**2017- 2019**

**Informe Final de Tesis para optar al  
Título de Máster en Salud Pública**

**ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS, HIJOS  
DE MADRES ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE SANTA ELENA, LA  
PAZ, HONDURAS, 2017.**

**Autora:**

**Cintia Paguada**

**Licenciada en Enfermería**

**Tutora:**

**Msc. Sheila Valdivia Quiróz**

**Docente investigadora**

**Ocotal Nicaragua, abril 2019.**

## **INDICE:**

<b>RESUMEN.....</b>	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES: .....</b>	<b>2</b>
<b>III. JUSTIFICACION: .....</b>	<b>4</b>
<b>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>5</b>
<b>V. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>VI. MARCO TEORICO:.....</b>	<b>7</b>
<b>VII. DISEÑO METODOLOGICO:.....</b>	<b>17</b>
<b>VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>IX. CONCLUSIONES .....</b>	<b>41</b>
<b>X. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>XI. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>46</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el estado nutricional y el esquema de alimentación de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes en el Municipio de Santa Elena, departamento de la Paz, Honduras 2017.

**Metodología:** Descriptivo cuantitativo de corte transversal, la muestra fue 42 historias clínicas de niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes que acudieron por atención de niño sano al Establecimiento de Salud de Santa Elena, para identificar el estado nutricional de cada niño y su esquema de nutrición se tomó los expedientes que contenían por los menos 4 controles en el año, tomando como referencia el dato del ultimo control del niño reportado. La información se analizó mediante Epi-Info 7.

**Resultados:** El rango de edad de los menores de dos años fue 23 niños (54.76%) de 7 a 12 meses; el 59.52% los representan mujeres y el 40.48% hombres, de estos el 71.4% reporto su nacimiento en CMI y el 29% en el hospital; el 88% tuvo un peso al nacer normal de 2500g o más, la lactancia materna exclusiva fue de 30 (71.43%) y el 72% recibió alimentación complementaria a partir de los seis meses; la clasificación del crecimiento el 60% normal para P/E; el 81% no presentaron desnutrición crónica; el 95% en condición normal para L/T-P; la edad de la madre oscilaba entre los 18 años (33.33%) y de ellas 22 (52.38%) completaron estudios de primaria.

**Conclusiones:** Las características sociodemográficas principales de los niños menores de dos años son: mayor procedencia de los caseríos de Las Aradas y Santa Elena, edad de los niños con visitas de control del niño sano fueron en el rango del 7 a 12 meses, predominando la población femenina, con un mínimo de 6 controles en el año, de los cuales sus nacimientos fueron a nivel institucional con peso normal al nacer arriba de los 2500g, la edad más baja de la madre adolescente fue de 15 años.

**Palabras Claves:** Estado Nutricional, infante, madre adolescente.

Correo electrónico: [isaulac84@gmail.com](mailto:isaulac84@gmail.com)

Celular: (504)9840-3611

## **DEDICATORIA**

A mi pequeña hija por ser mi fuerza para continuar superándome y llegar a ser un ejemplo para ella. Te amo mi princesa.

A mi madre, hermanos, amigos y demás familiares por darme una palabra de aliento y mostrar su apoyo incondicional en cada momento.

Al Dr. Luis Miguel Amendola por sus consejos, por su ejemplo de superación y apoyo incondicional a iniciar mis estudios de maestría.

A la red de Salud de Santa Elena y el gestor MAMLESIP por su voluntad a colaborar en el estudio.

Cintia Fabiana Paguada

## **AGRADECIMIENTO**

Sin lugar a dudas quiero agradecer primeramente al Dios altísimo por darme la vida, por cuidar mi caminar, por permitirme llegar a culminar una meta más y cumplir sus propósitos en mí.

A mis padres en especial a mi bella madre Lorenza Isaula por sus oraciones constantes, por creer en mis capacidades, por su confianza y motivación, aunque sé que este logro en poco puede recompensar lo mucho que han hecho por mí.

A mis hermanos Luis y Vanessa Paguada por su cariño y apoyo incondicional a lo largo de la realización de mis estudios. Los años mucho son especiales e importantes para mí.

A mis docentes del CIES por sus enseñanzas y valores transmitidos en especial a la Dra. Sheila Valdivia por compartir sus conocimientos, por la confianza, por animarnos a cada instante a culminar nuestros estudios de maestría

Cintia Fabiana Paguada

## I. INTRODUCCION

El informe de la Nutrición Mundial 2016 “Determinó que la Nutrición es fundamental para el cumplimiento de los ODS. Al menos 12 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible contienen indicadores de gran pertinencia para la nutrición, lo que confirma su función central en el desarrollo sostenible. La mejora de la nutrición constituye la plataforma de despegue para el progreso en salud, educación, empleo, empoderamiento de la mujer, la disminución de la pobreza y las desigualdades.

Según valores de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) La desnutrición infantil sigue siendo un grave problema de salud pública en Honduras, con una prevalencia nacional del 29% en niños menores de cinco años. Además, el promedio de desnutrición crónica en la región asciende hasta el 80% en comunidades pobres e indígenas, convirtiendo a Honduras en el segundo país en la región centroamericana con mayor incidencia de desnutrición crónica.

El Plan de Salud Nacional 2021 describe “ La desnutrición comienza en el periodo de gestación, y si ésta se mantiene hasta los dos años, causa daños irreversibles en el niño, que se manifiestan en una disminución de peso y talla y de su capacidad cognitiva de por vida. Por lo tanto, las intervenciones nutricionales durante este periodo son vitales para rescatar al niño de la desnutrición crónica, la que representa el 33% en menores de cinco años.

El propósito final de este trabajo de tesis es determinar el estado nutricional del niño menor de dos años, hijos de madres adolescentes en el Municipio de Santa Elena, departamento de la Paz-Honduras que asistieron al Establecimiento de Salud en el 2017.

## II. ANTECEDENTES:

Orozco Juárez, Michelle (2017) Nicaragua. Tesis para obtener el Título de Master en Salud Publica en CIES UNAN Managua; realizó un estudio: Caracterización de Niños Menores Participantes en el Programa Medico Nutricional de ORPHANETWORK, Nicaragua, I semestre 2015-II semestre 2016. Los datos relevantes: El promedio de peso de los niños menores de 5 años fue de 13.6 en 2015 y en el 2016 16.7, el promedio de talla de los niños menores de 5 años fue de 91.3 y en el 2016 102.4. En base a la valoración nutricional con el indicador antropométrico Índice de Masa Corporal los datos 2015 de este estudio son: Emaciados 4 de los niños (1.2%), con sobrepeso 13 (3.8%), obesos 7 (2.1%), posible riesgo de sobrepeso 12 (3.8%) y normo peso 242 niños (71.2%). Al medir el índice antropométrico IMC evalúa el estado nutricional en base a un proceso agudo, la clasificación identifica o ubica si el niño tiene un crecimiento armónico basado en la concordancia con el peso y la talla; y si hay un aumento o descenso brusco, lo relaciona con un proceso patológico severo (diarrea o infecciones).

Sandoval Raudales, Brenda (2016) Honduras. Tesis para obtener el Título de Master en Salud Publica; CIES UNAN Managua, realizó el estudio: Caracterización de la niñez menor de 2 años, beneficiaria de la estrategia de Ain-c, Municipio de Curaren. Los datos sobresalientes fueron: De los 134 niños 74(55%) mujeres y 60(45%) hombres. Índice antropométrico P/L-T: normal un 90%, 8% sobrepeso y 3% Emaciado. Índice antropométrico L-T/E: normal 81%, baja talla 13%, baja talla severa 4.5% y muy alto para la edad 1.5%. Índice antropométrico P/E: 96% crecimiento adecuado y 4% crecimiento inadecuado. En el patrón alimentario, el 84% de los niños recibió lactancia materna exclusiva y el 81% inicio su ablactación a los 6 meses.

Centeno Quintero, Alexander (2015) Nicaragua. En su informe de tesis para optar al Título de master en Salud Pública; CIES UNAN Managua, realizó el estudio: Características sociodemográficas, culturales y estado nutricional de los niños menores de cinco años de edad en la comunidad el Naranjo, municipio de Jinotega, Nicaragua. Los resultados principales fueron que el 47% (34) de los niños están en estado nutricional deficiente y el 53% (39) están con estado nutricional normal. Significando que casi la mitad de los niños están en estado nutricional deficiente, haciendo énfasis en que la desviación es hacia el bajo peso/talla. Y de acuerdo a la edad materna se observa que más de la mitad 56.16% se encuentran en las edades de 14 a 30 años.

Coronado Escobar, Zully Yanira (2014) Guatemala, realizó un estudio: Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años, en el puesto de salud del Valle del Palajunoj, Quetzaltenango, encontró que la prevalencia de desnutrición crónica alcanzó del 92%, asoció los índices de desnutrición con la educación de la madre un 52% no tenían ningún nivel de escolaridad y los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%.



### **III. JUSTIFICACION:**

La desnutrición como problema de escala mundial, sobre todo en países en desarrollo donde la miseria, pobreza, desempleo, subempleo ocupa índices alarmantes asociado a factores sociales, culturales, religiosos, educativos, entre otros. Predomina en grupos vulnerables; niños(as) menores de 5 años, jóvenes, embarazadas, adultos mayores. En cuanto a seguridad alimentaria, el concepto va más allá de la persona que puede sostenerse de los recursos de la tierra y abarca una gama amplia de temas: el crecimiento, control, movilidad de la población, distribución de recursos alimentarios, patrones de consumo, cambios climáticos, producción agrícola, deterioro ambiental, situación socio económica, desarrollo, relaciones comerciales, propiedad de la tierra, acceso a servicios de salud y a micro financiamiento; en todos es indudable el valor y el rol fundamental que la mujer desempeña.

Existen cantidad de proyectos que comprometen considerables recursos en Seguridad Alimentaria que apuntan a disminuir los índices de desnutrición global y crónica. Sumado a esto existen normas y estrategias claras de país que son monitoreadas y evaluadas de forma trimestral para asegurar que las intervenciones realizadas den resultados positivos.

Tomando en cuenta que el crecimiento y desarrollo infantil no divisa solamente aspectos relacionados con alimentación sino también a los determinantes sociales, culturales, ambientales y biológicas, el estudio planteado permitió identificar aquellos factores que son de riesgo de desnutrición global y crónica y así contribuir al conocimiento de este problema en los menores de dos años hijos de madres adolescentes, proporcionando los resultados a la red de salud y tomadores de decisiones para su respectiva intervención.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La nutrición juega un papel importante en los primeros 1000 días del niño, es aquí donde se enfoca su crecimiento físico y su desarrollo intelectual. Una adecuada nutrición va favorecer tanto el crecimiento corporal del niño, como el desarrollo de sus capacidades cognitivas y lo hará más resistente a las enfermedades. Por el contrario, la desnutrición especialmente en la infancia constituye un impedimento para que el individuo y las sociedades desarrollen todo su potencial. Siendo que se desconoce el estado nutricional del niño menor de dos años, hijo de madre adolescente, pertenecientes al Municipio de Santa Elena Departamento de la Paz-Honduras, se considera muy importante dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuál es el estado nutricional y el patrón de alimentación de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes en el Municipio de Santa Elena, departamento de la Paz, Honduras 2017?

Asimismo, las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en los hogares de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes?
2. ¿Cuál es el patrón de alimentación del niño menor de dos años que asisten a control al Establecimiento de Salud según la Norma de Vigilancia Nutricional?
3. ¿Cuál es el estado nutricional de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes participantes en el estudio?

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar el estado nutricional y el patrón de alimentación de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes en el Municipio de Santa Elena, departamento de la Paz, Honduras 2017.

### **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar socio demográficamente los hogares de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes.
2. Identificar el patrón de alimentación de los niños menores de dos años de acuerdo a las Normas de Vigilancia Nutricional establecidas.
3. Clasificar el estado nutricional de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes.

## VI. MARCO TEORICO:

Los nuevos patrones de crecimiento de la OMS vigentes a partir de abril de 2006, están basados en datos recogidos en el Estudio Multicéntrico del Patrón de Crecimiento que se llevó a cabo entre 1997 y 2002 en seis países de distintas regiones del mundo (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los EEUU). Entre los patrones de crecimiento que se publicaron se encuentran los tradicionales de peso para edad, talla para edad y peso para talla, pero también se incluyen el índice de masa corporal (IMC) para edad, los perímetros cefálico y braquial para la edad, y los pliegues cutáneos (tricipital y subescapular) para la edad. Los patrones se presentan separadamente para niños y niñas y van desde el nacimiento hasta los 5 años (60 meses) de edad.

De acuerdo a las Normas de Vigilancia Nutricional de Honduras, (2012) se entiende por Estado Nutricional la situación biológica en que se encuentra un individuo como resultado de la ingesta de nutrientes y alimentación adecuada para sus condiciones fisiológicas y de salud. Se relaciona directamente con la salud, el desempeño físico, mental y productivo, con repercusiones importantes en todas las etapas de la vida, ya sea por desnutrición o por sobrepeso en las etapas tempranas de la vida.

Generalmente se utilizan mediciones de las dimensiones corporales (antropometría) en un momento dado y con las medidas obtenidas se construyen los índices de peso para edad (P/E), talla o longitud para edad (T/E) y peso para talla o longitud (P/T), aunque existen otras mediciones que pudieran utilizarse, tales como determinaciones en sangre u otras muestras biológicas, funcionales o físicas. La información obtenida por medios antropométricos en un momento dado para determinar la situación individual o poblacional, contesta la pregunta: “¿Tiene el niño o niña un peso y longitud o talla adecuados para su edad o un peso adecuado para su talla?”.

Se entiende por Peso, longitud y talla como medidas antropométricas utilizadas para conocer el estado nutricional y crecimiento del niño o niña de acuerdo a su edad de estos a su vez sirven para establecer los índices antropométricos que parten de la construcción matemática que relaciona dos variables de naturaleza distinta. En la antropometría para fines de evaluación nutricional estas variables son: edad, sexo, longitud o talla y peso. Los índices antropométricos así contruidos son: Longitud o talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E), y peso para talla o longitud (T/E). Estos índices pueden ser utilizados como indicadores del estado nutricional cuando son interpretados usando las gráficas o tablas de patrones de crecimiento. En la norma los patrones son los Nuevos Estándares de Crecimiento Infantil de la OMS.

Interpretación de los índices antropométricos:

a. Longitud o Talla para la edad (L-T/E): - Refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla del niño/a según su edad en el momento de la evaluación. - Permite identificar niños/as con riesgo a tener baja longitud/talla, y casos muy excepcionales de talla demasiado alta. - La talla baja puede ser ocasionada por una exposición prolongada o permanente de aportes insuficientes de macro- y micronutrientes, enfermedades u otros factores de tipo social, económico o ambiental que limitan el crecimiento óptimo. - El índice de L-T/E es el indicador de desnutrición crónica.

b. Peso para la longitud o talla (P/L-T): - Refleja la armonía del crecimiento al asociar la ganancia de peso en concordancia con la ganancia de talla. - Permite identificar a niños

que tienden a una ganancia exagerada o deficitaria de peso en relación a la talla; es decir, aquellos con tendencia a sobrepeso u obesidad, o con tendencia a delgadez o emaciación. - La tendencia dramática de reducción del peso para la talla, usualmente se da como resultado de un evento severo reciente, como una reducción drástica en la ingesta de alimentos, una enfermedad o situaciones de emergencias. - Este indicador es especialmente útil en situaciones en que la edad de los niños es desconocida. - El índice P/L-T es el indicador de desnutrición aguda.

c. Peso para la edad (P/E): - Refleja el peso corporal en relación a la edad del niño/a en el momento de la evaluación.

Aunque no permite distinguir si las anomalías en el peso se deben a un problema crónico o a un problema agudo, sí pueden ser un signo de advertencia de que “algo” puede andar mal en la nutrición del niño o niña. No se debe utilizar para clasificar un niño con sobrepeso, obesidad, delgadez o emaciación

Para clasificar el estado nutricional del niño es fundamental conocer otros conceptos básicos como ser:

1) Crecimiento: es la evolución de las dimensiones corporales del niño o niña de acuerdo a su edad y está relacionada directamente con la nutrición, la morbilidad, el medio ambiente y la pobreza.

Es una manifestación física de la adecuación/inadecuación del estado nutricional. Pueden generarse indicadores del estado nutricional y del crecimiento usando métodos antropométricos y comparándolos contra patrones ya sea de referencia o normativos.

2) Desnutrición: Se produce cuando una persona no ingiere suficientes alimentos, lo que la lleva a padecer emaciación (también denominada malnutrición aguda, esto es, cuando alguien está demasiado delgado para su altura) y/o retraso del crecimiento (lo que también se conoce como malnutrición crónica, que es cuando alguien es demasiado bajo para su edad). La desnutrición aumenta la probabilidad de contraer enfermedades infecciosas como la diarrea, el sarampión, la malaria, la neumonía y la

malnutrición crónica puede afectar al desarrollo físico y mental de un niño pequeño. La desnutrición infantil suele aparecer entre los 6 y los 18 meses de edad, cuando el crecimiento del niño y el desarrollo de su cerebro son particularmente rápidos. Los niños pequeños que reciben alimentos complementarios con pocos nutrientes y con unos micronutrientes de baja biodisponibilidad están muy expuestos a padecer desnutrición. Además, el estado nutricional de los niños se deteriora aún más si los alimentos complementarios se introducen demasiado pronto o demasiado tarde, o si están contaminados.

- 3) Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Es un índice compuesto por los dos anteriores ( $P/A \times A/E = P/E$ ) adecuado para seguir la evolución nutricional de niños y niñas. Este es el indicador usado para dar seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- 4) Desnutrición Crónica: Retardo de la altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza y relacionada con dificultades de aprendizaje y menor desempeño económico.
- 5) Sobrepeso y obesidad: se vinculan con una dieta desequilibrada o poco saludable que deriva en un consumo excesivo de calorías, el cual a menudo se combina con el sedentarismo. El sobrepeso y la obesidad pueden facilitar la aparición de enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, como las cardiopatías, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer.
- 6) Según OMS(Febrero 2018) La lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por

diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.

Los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad. Además, obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela. La lactancia materna se asocia a mayores ingresos en la vida adulta. La mejora del desarrollo infantil y la reducción de los costos sanitarios gracias a la lactancia materna generan beneficios económicos para las familias y también para los países.

La mayor duración de la lactancia materna también contribuye a la salud y el bienestar de las madres. Reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama y ayuda a espaciar los embarazos, ya que la lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea. Se trata de un método anticonceptivo natural (aunque no exento de fallos) denominado Método de Amenorrea de la Lactancia.

Según la OMS(febrero 2018):

- De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición.
- Un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición.
- Se calcula que, en 2016, a nivel mundial, 155 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos.



- Aproximadamente un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna.

La cifra estimada de muertes de niños debidas a la desnutrición es de 2,7 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.

Una lactancia materna óptima tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de más de 820 000 menores de 5 años todos los años.

La OMS y el UNICEF (febrero 2018) recomiendan:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida;
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más.

Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007-2014.

Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

Según el informe de la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, (2013) en Honduras un 12% de la población vive debajo del consumo mínimo de alimentos y un 36.4% en pobreza extrema, factores que determinan una escasa disponibilidad de alimentos para los niños y las niñas pequeños en sus hogares. Las restringidas oportunidades de empleo, los reducidos excedentes de productos alimenticios para la venta y el agravamiento de la crisis económica, agudizan la falta de acceso a alimentos.

La lactancia materna no es exclusiva en los niños hondureños menores de 6 meses. El alimento necesario para las niñas y niños menores de 6 meses es la leche materna; después de este período de vida, lo ideal en la alimentación infantil, es continuar con la lactancia materna hasta los dos años, y que se introduzcan alimentos sólidos adecuados

que complementen la práctica de la lactancia, sin embargo, la gran mayoría de hogares no tienen acceso a productos alimenticios adecuados para el consumo de los menores de dos años.

El 24.7 % de los niños y las niñas menores de 5 años adolecen de retardo en el crecimiento, nivel más bajo que el observado en la Encuesta Nacional de Estadísticas y Salud Familiar (ENESF) del 2001 (29%). La desnutrición crónica afecta a niños y niñas por igual, pero aumenta rápidamente con la edad, desde un 4.8% para los menores de 6 meses, hasta alcanzar un 31.1% para los que tienen entre 48 y 59 meses.

En el medio rural el porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años, es más del doble (32%) a la del medio urbano (14%). Los niños y las niñas que viven en Lempira son los más afectados con 49.5%, seguidos de Intibucá con 47%, La Paz con 42.3%, Copán con 41.7 % y Ocotepeque con 40%. Por otro lado, se presentan altos niveles de desnutrición crónica en los hijos de madres sin educación (47.1%) y con primaria incompleta (53.3%).

El peso deficiente para la talla, o desnutrición aguda, afecta al 1% de los niños y las niñas menores de 5 años, igual que en el 2001; es mayor para los niños y las niñas que viven en Lempira, en las edades de 6 a 9 meses y de 18 a 23 meses, y entre los niños y las niñas de madres desnutridas y con nivel de educación de primaria incompleta.

La desnutrición global es la que alcanzó mayor disminución entre los indicadores de la situación nutricional de los niños y las niñas, disminuyendo del 17% en el 2001 al 11% en el período 2005/2006. Esta desnutrición es mayor para los niños y las niñas que viven en área rural y para los que se encuentran entre 12 y 17 meses, alcanzando un 15%.

Por otro lado, el embarazo precoz tiene consecuencias tanto para la madre como para la criatura. El hijo de una adolescente enfrenta riesgos físicos, emocionales y sociales. La

morbimortalidad neonatal de estos pequeños supera la de los niños alumbrados por adultas jóvenes y mientras menor es la adolescente, mayor el riesgo.

Se considera de bajo peso una criatura que al momento de nacer tenga menos de 2,500 gramos (5.5 libras). Este problema, de acuerdo con D'Alemán, obedece a causas que van desde deficiencias nutricionales de la madre hasta condiciones patológicas durante la gestación.

La restricción del crecimiento intrauterino se presenta debido a problemas en la madurez fisiológica de la gestante o a trastornos patológicos y/o emocionales.

El bebé de una adolescente enfrenta, además, el riesgo de prematuridad. El nacer antes de completar las 37 semanas de gestación trae consigo diversas complicaciones médicas como retraso del crecimiento, trastornos en los pulmones, retinopatía y ceguera.

Si la embarazada se encuentra por debajo de los 15 años de edad, aumenta la probabilidad de malformaciones en el feto.

Los bebés de madres adolescentes tienen, en ocasiones, tendencia a recibir una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos directos. Este factor promueve la incidencia de enfermedades y problemas funcionales, así como bajo rendimiento académico.

El embarazo adolescente retrasa la educación de la madre y su acceso a mejores oportunidades, además de encarecer la economía familiar. El hijo fruto de este embarazo, entonces, se ve afectado por el limitado acceso a oportunidades de salud y educación.

Por otro lado, existe una alta probabilidad de que los hijos de madres adolescentes también procreen a muy temprana edad.

“Los embarazos en adolescentes son un grave problema de salud pública”, alerta D'Alemán.

De no buscar formas de combatirlo, seguirá creciendo el número de madres e hijos que enfrenten riesgos para su salud física y emocional, y sean víctimas de exclusión social.

“Es un problema que afecta y amenaza el avance en las metas relativas a la reducción de la pobreza, la expansión de la educación, y mejoras en la salud materno-infantil”, sentencia D’Aleman.

Las características de la madre tienen mucha importancia, por ejemplo, se ha encontrado que el nivel educativo de las madres es negativamente asociado en la práctica de restringir la comida durante el destete. El sector salud es un factor importante desde el acceso a esta, y la poca educación para recurrir a estas, porque la mayoría de madres lleva a un centro de asistencia hasta que la situación del niño es muy grave. ESCOBAR, Z. Y. (2014).

La educación de las mujeres repercute en la salud y el desarrollo de las nuevas generaciones, debido a que son ellas quienes tienen la responsabilidad social del trabajo en la unidad familiar, realizando planificación y educación alimentaria, cuidados médicos, psicológicos, y pedagógicos en sus hijos e hijas. El hecho de que las mujeres sean socializadas y educadas para contraer matrimonio de derecho o, de hecho, y que se entienda el mismo como una forma de acceso a una posición social y económica mejor. ESCOBAR, Z. Y. (2014).

Esto lleva a que la mayoría de las jóvenes se casen a muy temprana edad, lo cual significa que tenga una maternidad precoz alrededor de los 15 años o antes con una larga vida reproductiva, lo que se refleja en las altas tasas de natalidad. Se podría agregar por otro lado que socialmente se relaciona la masculinidad con la capacidad de engendrar. Así mismo, los hijos e hijas son visualizados como fuerza de trabajo para la sobrevivencia doméstica. ESCOBAR, Z. Y. (2014).

Se menciona que Gobiernos de la región también necesitan priorizar la nutrición infantil. Un nuevo estudio sobre la nutrición en Centroamérica y el Caribe sugiere que los gobiernos deben centrar más su atención sobre el soporte nutricional en los programas de protección social que ofrecen a las comunidades pobres y marginadas.

Los expertos aseguran que la desnutrición en los dos primeros años de vida puede provocar daños irreversibles a los órganos y mentes de los niños. Honduras, E. d. (07 de Julio de 2011)

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO:**

### **a. Tipo de Estudio:**

Descriptivo de corte transversal.

### **b. Área de Estudio:**

Se realizó en el municipio de Santa Elena, departamento de La Paz en Honduras, en el establecimiento de Salud de dicha localidad.

### **c. Universo y muestra:**

Lo representaron 47 niños menores de dos años que acudieron por atención del niño sano al Establecimiento de Salud de Santa Elena 2017.

### **d. Unidad de análisis:**

Las historias clínicas de los niños menores de dos años hijos de madres adolescentes que llegaron a consulta al Establecimiento de Salud en 2017.

### **e. Criterios de selección**

#### **➤ Criterios de Inclusión:**

- Expediente de niños menores de dos años hijos de Madres adolescentes entre 10 y 19 años.
- Expediente de niños menores de dos años que residieron en el municipio de Santa Elena con madres adolescentes que hayan asistido a control de niño sano al Establecimiento de Salud de Santa Elena durante el año 2017.
- Expedientes con registro de seguimiento completo del estado nutricional.

#### **➤ Criterios de exclusión:**

- Expediente de niños menores de dos años cuyas madres sean mayores de 19 años

- Expediente de niños menores de dos años que no hayan residido en el municipio de Santa Elena y cuyas madres adolescentes que hayan acudido a control de niño sano al Establecimiento de Salud de Santa Elena durante el año 2017.
- Expedientes con registro de seguimiento incompleto de estado nutricional.

**f. Variables por objetivo:**

**Para el Objetivo 1:** Caracterizar socio demográficamente los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes

- Lugar de procedencia
- Lugar de nacimiento del niño
- Edad del niño
- Sexo del niño
- Número de controles de niño sano
- Edad de la madre en el momento del parto
- Nivel académico de la madre.

**Para el objetivo 2:** Identificar el patrón de alimentación del niño menor de dos años de acuerdo a las Normas de Vigilancia Nutricional establecidas

- Lactancia Materna exclusiva.
- Edad introducción de los alimentos.
- Alimentos que consumió el niño.
- Frecuencia de alimentos que consume el niño al día.

**Para el objetivo 3:** Clasificar el estado nutricional de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes

- Peso del niño al nacer

- Peso del último control
- Longitud para la edad
- Clasificación de acuerdo a Peso para la edad/Desnutrición global
- Clasificación de acuerdo a Talla para la edad/Desnutrición Crónica
- Clasificación de acuerdo a Peso para la talla/Desnutrición aguda

#### **g. Fuente de Información.**

La fuente de información fue secundaria, las historias clínicas de los niños menores de dos años hijos de madres adolescentes.

#### **h. Técnica de Recolección de Información**

La técnica para la recolección de la información consistió en la revisión de los expedientes clínicos del niño, registrados en el Establecimiento de Salud de Santa Elena 2017. Cada expediente del niño contó por lo menos con 4 controles en el año, se tomó como referencia el dato del último control del niño.

#### **i. Instrumento de Recolección de Información**

El Instrumento de recolección de la información fue a través de la elaboración de una ficha (ver anexos), previamente elaborada, en la que se reflejaron los datos de interés del estudio relacionadas al niño:

La ficha consistió de los siguientes datos:



- i. Identificación
- ii. Características socio-demográficas
- iii. Patrón de alimentación del niño
- iv. Clasificación del estado nutricional del niño

#### **j. Procesamiento de la información**

Para el procesamiento de la información se utilizó cuadro Excel y se analizaron en el programa de Epi-Info7, los datos se representaron en tablas con una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes, para la elaboración de los distintos gráficos.

Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, fueron analizadas por la investigadora para proceder a la elaboración del informe final de tesis.

#### **k. Consideraciones Éticas**

La autorización se obtuvo de la Red de Salud Descentralizada MAMLESIP, por la coordinación técnica de la misma, a su vez la socialización del equipo de salud local del Establecimiento de Salud de Santa Elena, La Paz para lograr la realización de este estudio. La información fue manejada de forma confidencial y solo para efecto del estudio.

#### **l. Trabajo de campo**

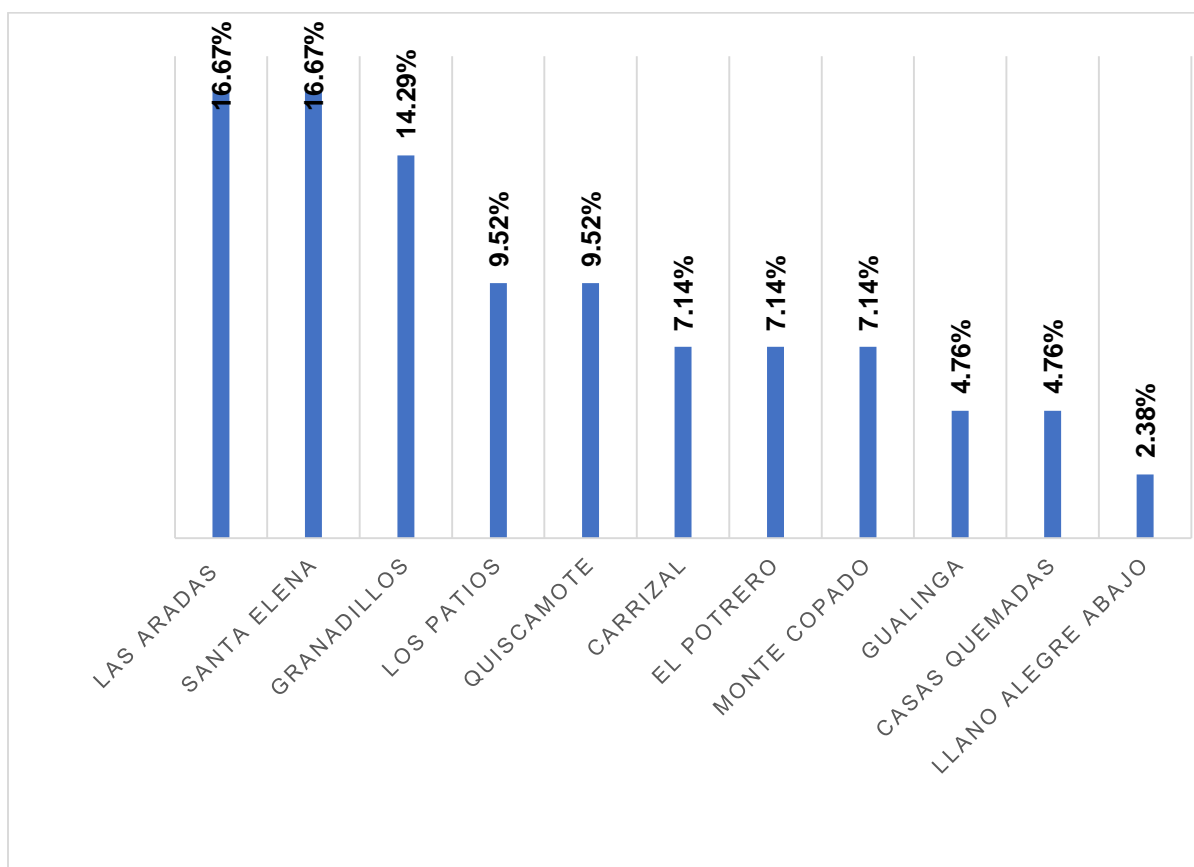
Se coordinó con el área de admisión para la revisión de los expedientes clínicos de los niños.

La información se recolectó en un horario de 01 a 4 pm en un aproximado de 15 días, sin incluir los fines de semana, para lo cual se contó con el apoyo del personal de preclínica y de archivo, quienes proporcionaron de 05 a 08 expedientes por día

## VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

**Objetivo 1. Caracterizar socio demográficamente los hogares de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes.**

**Gráfico 1. Lugar de procedencia de los niños menores de dos años que acudieron a control de niño sano al establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

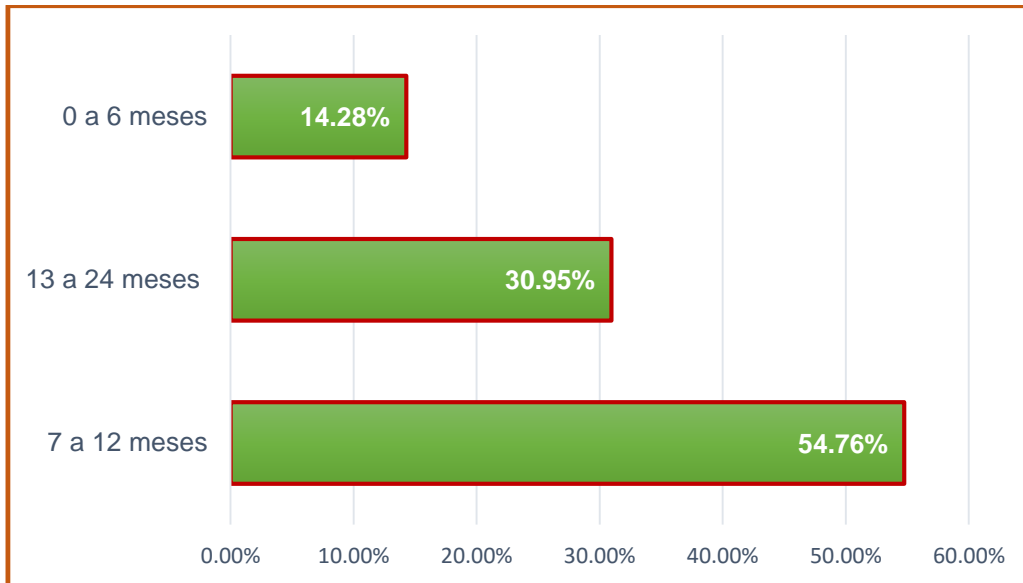
La procedencia de los niños menores de dos años, se registró en los caseríos de: Aradas 7 (16.67%); Santa Elena 7 (16.67%); Granadillo 6 (14.29%); Los Patios 4 (9.52%); Quiscamote 4 (9.52%); Carrizal 3 (7.14%); El Potrero 3 (7.14%); Monte Copado 3

(7.14%); Gualinga 2 (4.76%); Casas Quemadas 2 (4.76%) y de Llano Alegre Abajo 1 (2.38%). (Ver Anexo 4, Tabla 1).

La mayor afluencia de niños que asistieron a control de niño sano lo presentaron las comunidades de Aradas, Santa Elena y Granadillos, caseríos pertenecientes a zonas rurales. Resultado similar al estudio realizado por Sandoval, B. (2016) Honduras donde se determinó que el total de las comunidades eran de zonas rurales, pertenecientes al corredor seco del país.

De las 12 comunidades que conforman el municipio de Santa Elena el 60% son postergadas, sin acceso por carretera, lo que implica que las madres tienen que caminar largas distancias con el niño para acudir por atención al establecimiento de salud.

**Gráfico 2. Edad del niño menor de dos años que asistieron a control del niño sano al establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

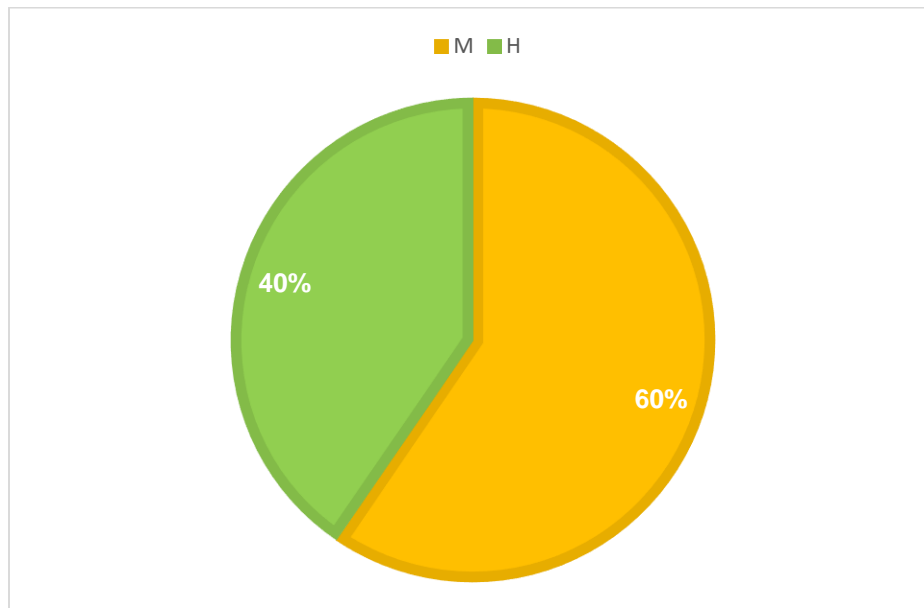


Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

Para edad de los menores de dos años se distribuyeron en tres grupos: 23 (54.76%) lo constituyen niños de 7 a 12 meses; 13 (30.95%) niños del rango de 13 a 24 meses y 6 (14.28%) niños de 0 a 6 meses. (Ver Anexo 4, Tabla 2)

En relación a la edad de los niños se evidencia que la mayoría de los niños que acudieron por control de niño sano se encontró en el rango de edad de 7 a 12 meses, este resultado coincide con el estudio de Sandoval, B. (2016) Honduras quien encontró a 44 niños en el rango de edad de 7 a 14 meses. Lo anterior puede asociarse que en esta etapa del niño la madre acude al establecimiento de salud, por vacunas, suplementación de micronutrientes al niño o planificación familiar.

**Gráfico 3. Sexo de los niños menores de dos años que acudieron a control del niño sano al establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

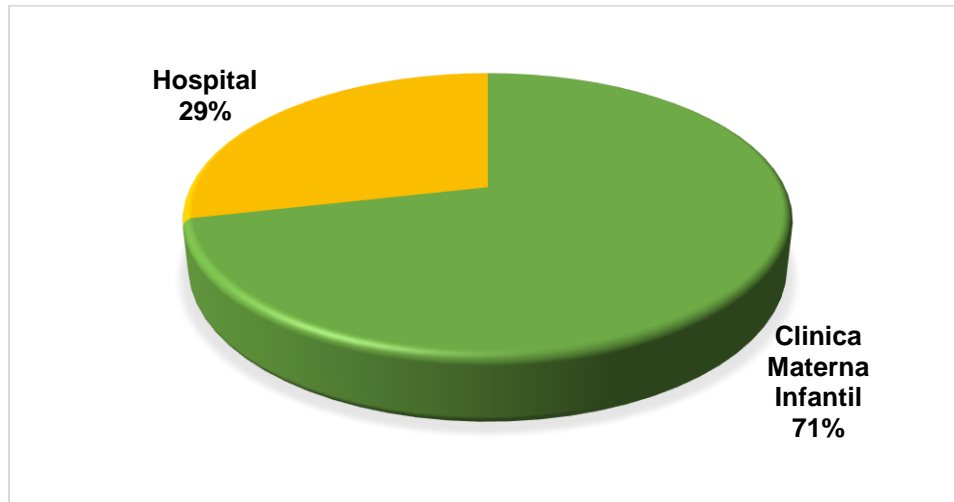


Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

El 25 (59.52%) los representan mujeres y el 17 (40.48%) los hombres. (Ver Anexo 4, Tabla 3).

De los expedientes clínicos del estudio la mayoría de los niños que acudieron a control fueron mujeres y en menor cantidad hombres, resultado que guarda relación al estudio de Centeno Quintero, Alexander (2015) Nicaragua, más del 50% de los niños en la investigación lo representaron las mujeres. Aunque no se sabe a ciencia cierta por que nacen más niñas que niños en esta zona podemos considerar por cultura general que las condiciones biológicas de los padres, fisiología de la madre y la alimentación pueden atribuir a que suceda esta condición.

**Gráfico 4. Lugar de nacimiento del niño menor de dos años que acudieron a control del niño sano al establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017**

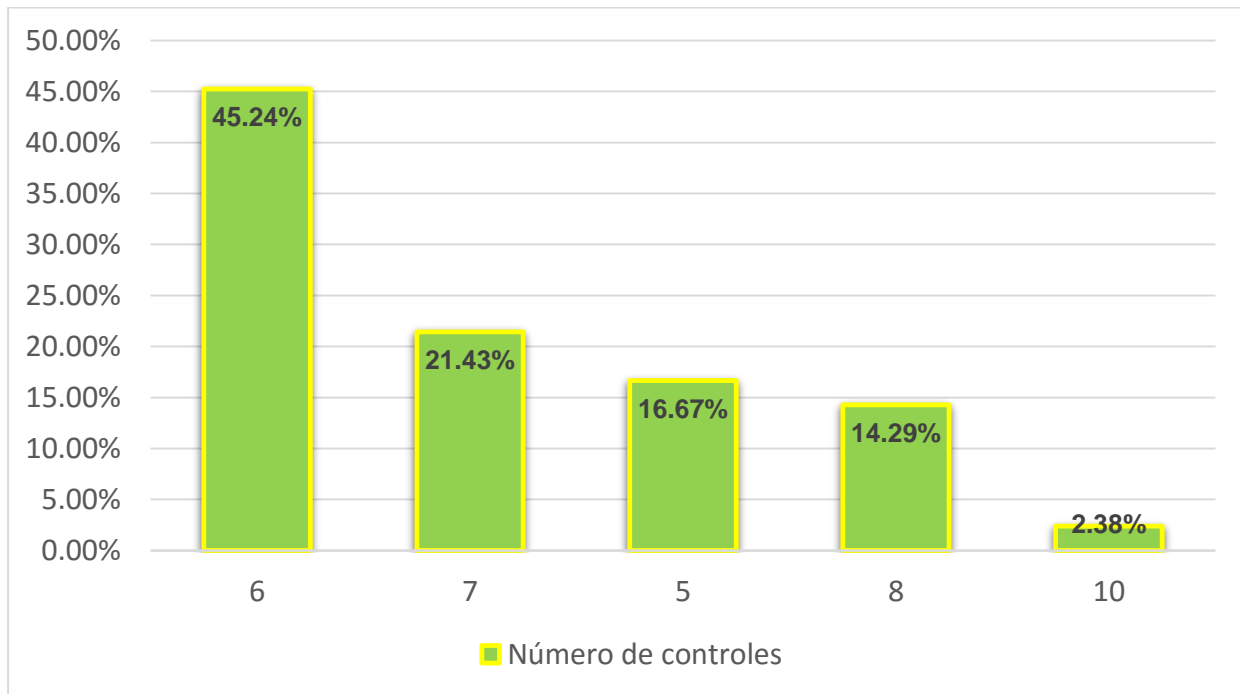


Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

En cuanto a lugar de nacimientos de los niños 30 (71.4%) se reportaron haber nacido en la Clínica Materna Infantil y 12 (28.5%) en un Hospital. (Ver Anexo 4, Tabla 4).

Esto es congruente con los dos de los grandes objetivos plasmados en el Plan Nacional de Salud de Honduras 2021; sobre el incremento de la cobertura del parto institucional en un 90%. Desde la implementación del Nuevo Modelo Atención en Salud en el municipio, que ha permitido el seguimiento oportuno por parte de los equipos de salud familiar a las madres durante su embarazo a través de un plan de parto y la conformación de comités de vigilancia materno infantil para asegurar un parto institucional de bajo riesgo, esto disminuyó los nacimientos a nivel de la comunidad y por ende el riesgo del niño a enfermarse y morir.

**Gráfico 5. Número de controles del niño sano que recibieron los menores de dos años en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

En relación al número de controles del niño sano; 19 niños recibieron 6 (45.24%) controles; 9 niños recibieron 7 (21.43%) controles; 7 niños recibieron 5 (16.67%) controles; 6 niños recibieron 8 (14.29%) controles y 1 niño recibió 10 (2.38%) controles (Ver Anexo 4, Tabla 5).

De los expedientes clínicos se encontró que los niños menores de dos años recibieron en su mayoría 6 controles, esto difiere con la Norma de Vigilancia Nutricional, puesto que la madre y el personal de salud debe tener presente que la periodicidad de las visitas al establecimiento de salud para la vigilancia nutricional del menor de cinco años debe seguir el siguiente esquema mínimo:

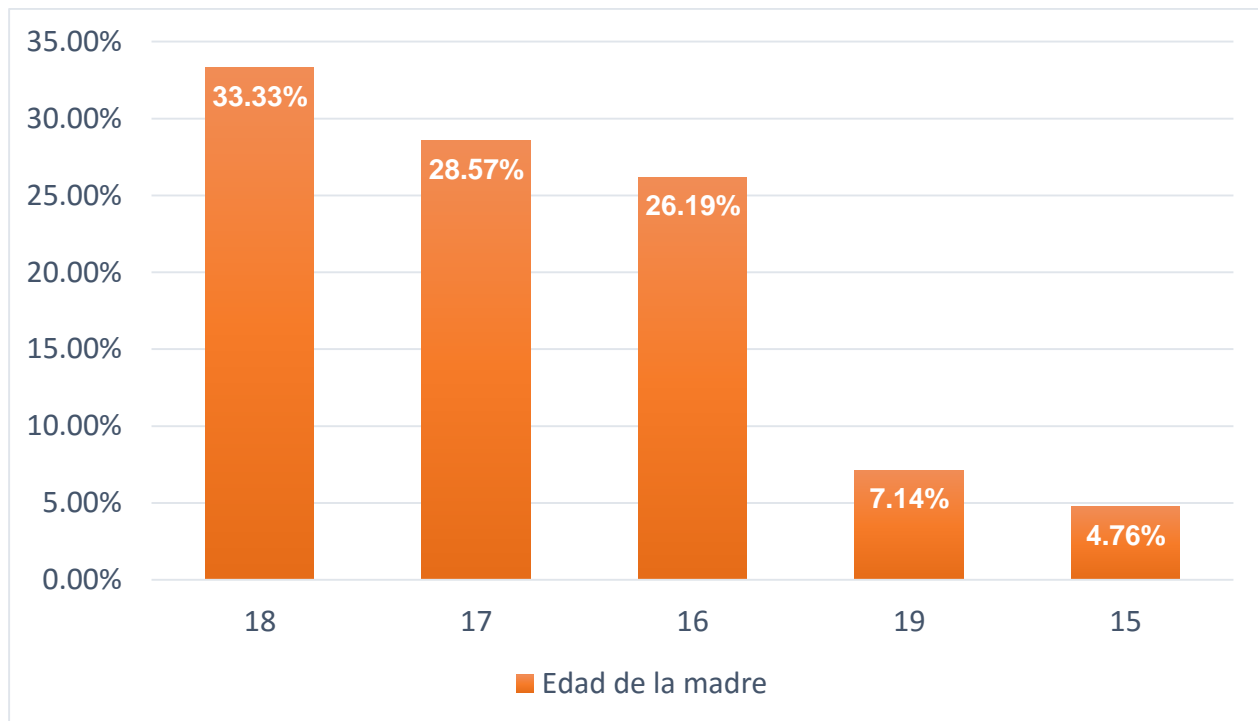
- a) 0-11 meses con 29 días: Mensual;
- b) 12 meses cumplidos a 35 meses con 29 días: cada 2 meses;
- c) 36 meses cumplidos a 59 meses con 29 días: cada 3 meses.

Sin embargo, se enfatiza que nunca se debe perder cualquier oportunidad de contacto para evaluar el estado nutricional y el crecimiento cada vez que los niños tengan contacto o visiten el establecimiento.

La mayoría de las madres acuden al establecimiento de salud cuando el niño presenta un cuadro de enfermedad, ya sea por resfriado común, diarrea u otra afección y aunque asisten más a menudo durante el primer año por control de vacunas, la madre no percibe la necesidad de acudir a un chequeo rutinario para darse cuenta del comportamiento de crecimiento que lleva el niño durante esta etapa de vida.



**Gráfico 6. Edad de las madres adolescentes de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

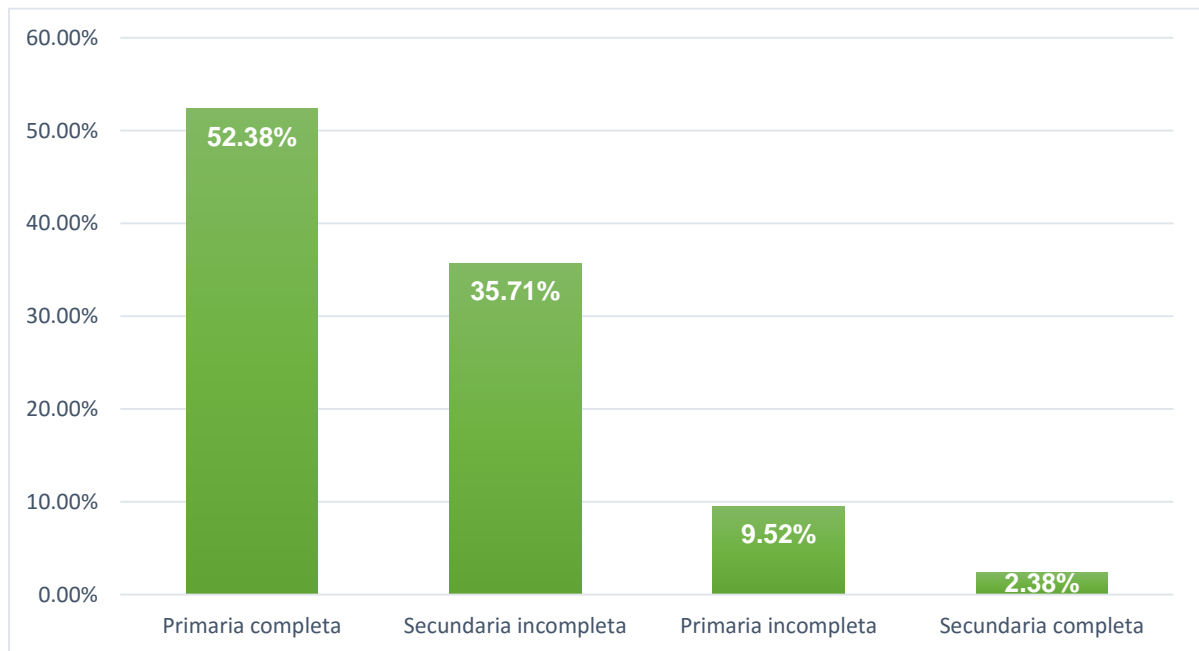
Según la edad de la madre al momento del parto se reportó: 14 madres tenían la edad de 18 (33.33%) años; 12 madres 17 (28.57%) años; 11 madres 16 (26.19%) años; 3 madres en la edad de 19 (7.14%) años y 2 madres 15(4.76%)años. (Ver Anexo 4, Tabla 6)

La edad que tenían las madres al momento del nacimiento del niño se encontró en su mayoría entre los 16 y 18 años. El resultado anterior se asocia al estudio realizado por Centeno Quintero, Alexander (2015) Nicaragua la edad materna que predominó fue a partir de los 14 años.

Se considera que a esta edad existe inmadurez por parte de la adolescente en el cuidado del niño, los patrones culturales que predominan en la zona es educar a la mujer para

casarse y tener hijos, en algunos casos las madres primerizas o más jóvenes reciben consejos tradicionales de los cuidados de niño por parte de las abuelas o las suegras.

**Gráfico 7. Nivel académico de la madre adolescente de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

En relación al nivel académico de las madres adolescentes 22 (52.38%) madres cursaron primaria completa; 15 (35.71%) madres tenían secundaria incompleta; 4 (9.52%) madres tenían primaria incompleta y 1 (2.38%) madre completa la secundaria. (Ver Anexo 4, Tabla 7)

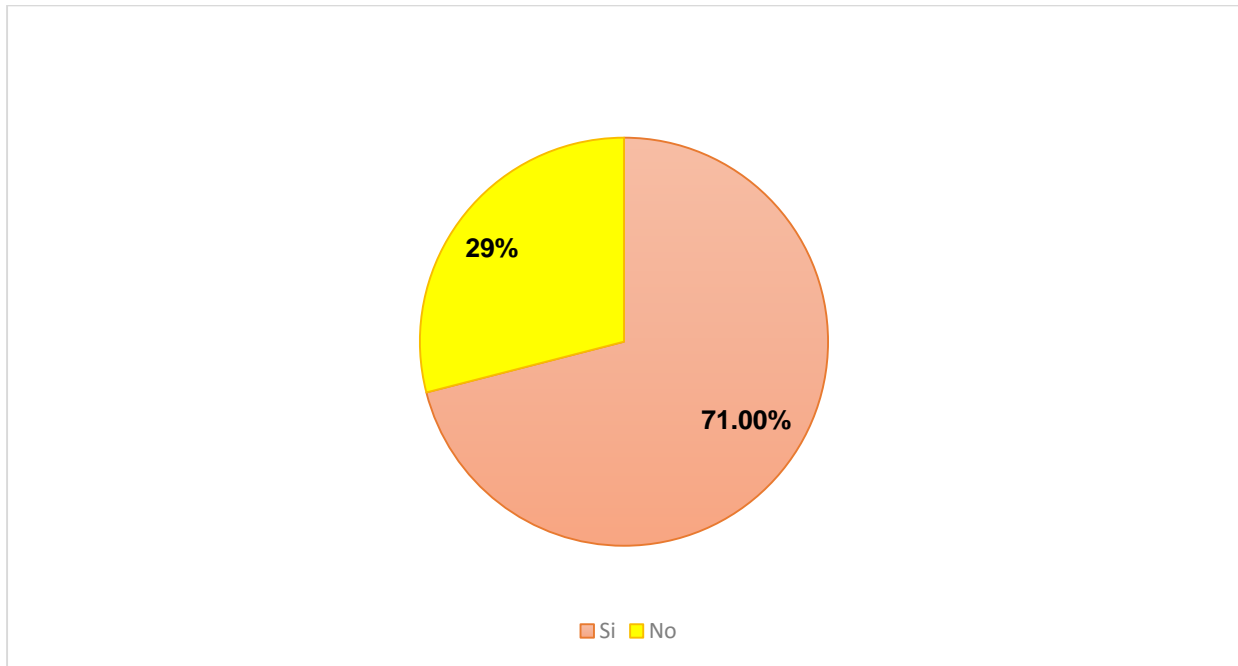
La mayoría de las madres tenían completa su educación primaria, lo que difiere del estudio realizado por Coronado Escobar, Zully Yanira (2014) Guatemala, encontró que uno de los factores asociados a la desnutrición fue el nivel de escolaridad de la madre, el 52% no tenían ningún nivel de escolaridad.

Existe falta de oportunidad para las mujeres en la comunidad debido al factor cultural, económico y social. Por todo lo anterior es que se ha incrementado el acceso a los

centros de educación básica, pero al momento del embarazo la madre abandona sus estudios y adquiere el rol de ama de casa o cuidadora directa del niño, se observó una minoría que continuó estudios de secundaria pero no lograron terminarlos y aunque se considera que la educación de la madre repercute en la nutrición del niño, esto dependerá del seguimiento oportuno, de la educación a la madre desde el período preconcepcional, de la calidad y la integralidad de la atención prenatal por parte de los equipos de salud, la familia, la comunidad y las autoridades locales.

**Objetivo 2: Identificar el esquema de alimentación de los niños menores de dos años de acuerdo a las Normas de Vigilancia Nutricional establecidas.**

**Gráfico 8. Lactancia Materna exclusiva en niños menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



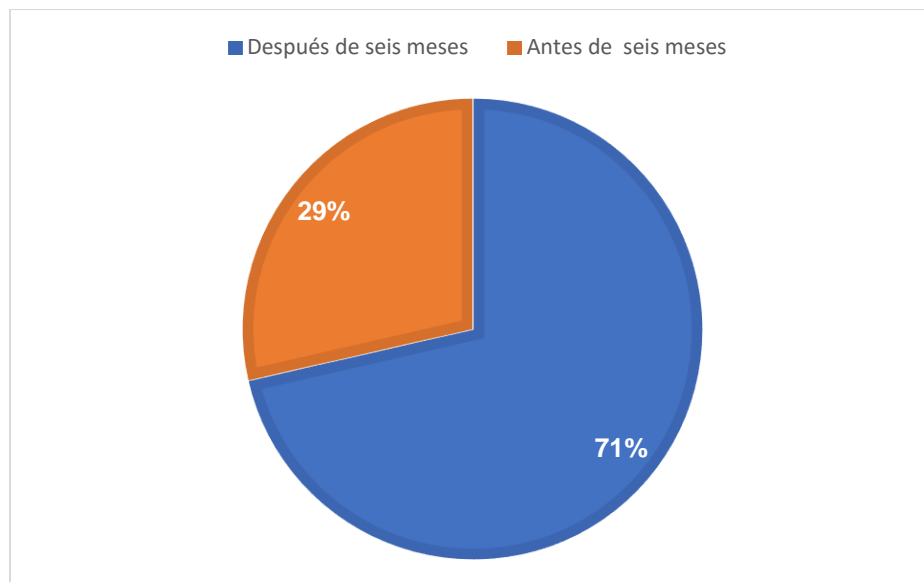
Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

De los menores de dos años a los que se les proporcionó lactancia materna exclusiva 30 (71%) niños recibieron lactancia materna durante los primeros 6 meses y 12 (29%) niños no recibieron lactancia materna durante los primeros 6 meses de edad. (Ver Anexo 4, Tabla 8)

Aunque la mayoría de los niños recibieron lactancia materna exclusiva, se recomienda el incremento de la lactancia por arriba del 90%, según la Norma de Vigilancia Nutricional todo niño debe ser alimentado únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida.

Lo que significa que, a expensas de la orientación desde la etapa de embarazo por parte de los equipos de salud familiar de los establecimientos de salud, el apego precoz resultado del parto institucional, seguimiento de la puérpera y las visitas de seguimiento comunitario no se ha logrado alcanzar el cumplimiento del indicador ni lo recomendado por la norma.

**Gráfico 9. Edad que comenzó a dar alimentos sólidos y semisólidos a los niños menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

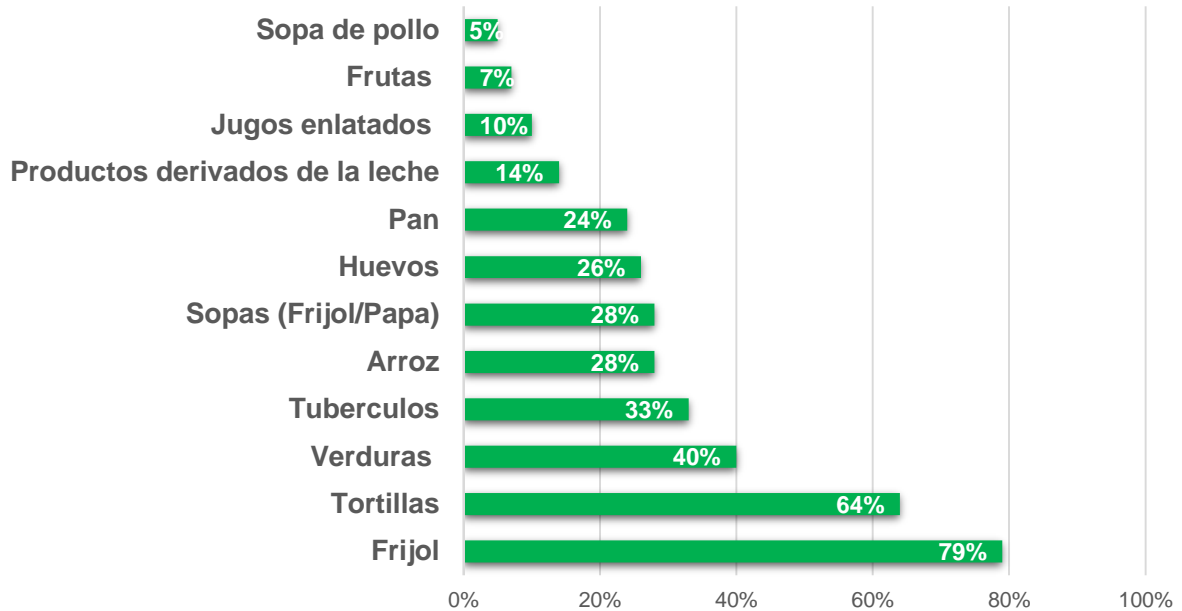
De los expedientes revisados 30(71%) de los niños comenzaron con su alimentación después de los 6 meses y 12 (29%) niños comenzaron la alimentación antes de los 6 meses de edad. (Ver Anexo 4, Tabla 9).

Tal como se menciona anteriormente, la lactancia materna exclusiva es durante los primeros 6 meses de vida, la alimentación complementaria debe ser a partir de los 6 meses de edad, la madre tiene que introducir a esta edad alimentos sólidos o semisólidos. Lo que la OMS y UNICEF recomiendan, difiere con lo encontrado en el estudio ya que la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados deben

ser a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más, incluyendo como mínimo 4 de los 6 grupos de alimentos en la dieta del niño.

En la región de la sierra donde se encuentra el municipio de Santa Elena se cultiva granos, tubérculos y hortalizas y en menor escala está la ganadería y especies menores es por ello que las madres basan la dieta del niño a base de tortilla, frijol, papa, pan y cuajada.

**Gráfico 10. Alimentos que consumió el niño menor de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

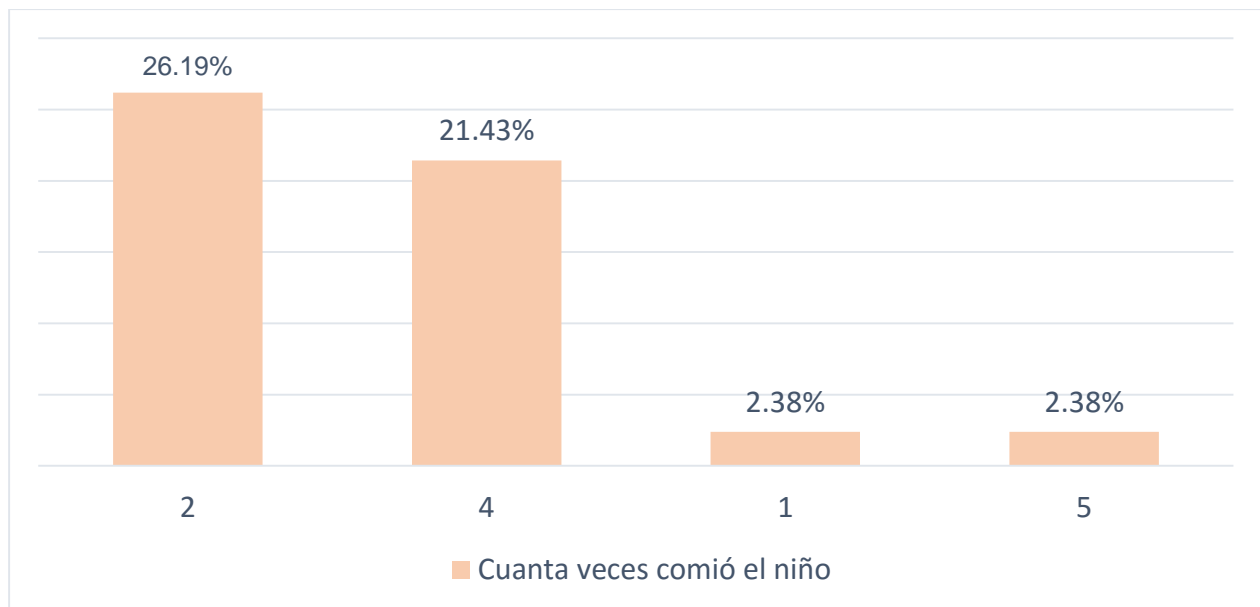
En cuanto a los alimentos que la madre le proporcione al niño; 33(79%) consumieron frijol; 27(64%) tortillas; 17(40%) verduras; 14(33%) tubérculos (yuca o papa); 12(28%) arroz; 12(28%) sopas de frijol o papa; 11(26%) huevos; 10 (24%) pan; derivados de la leche 6 (14%); 4 (10%) jugos enlatados; 3(7%) frutas y 2(5%) sopa de pollo. (Ver Anexo 4, Tabla 10).

En su mayoría los niños menores de dos años consumieron frijol, tortillas y verduras, resultado que guarda relación con el estudio de Sandoval Raudales, Brenda (2016) Honduras en donde la dieta de los niños estaba basada en verduras cocidas, frijol, tortilla y en algunas ocasiones pollo.

En la zona de Santa Elena se cultiva en gran cantidad las hortalizas y granos básicos, la mayoría de las familias basan su dieta alimentaria solamente en carbohidratos, mismo

patrón de alimentación que adopta el niño y aunque existen proyectos de nutrición en el área que busca orientar a las madres sobre los diferentes grupos de alimentos, disponibilidad biológica de los mismos y aumentar la diversificación de la dieta aún no se ha logrado modificar el comportamiento alimentario que poseen las familias con respecto al cuidado del niño menor.

**Gráfico 11. Cantidad de veces que comió el niño menor de dos años durante el día que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

En relación al número de veces que come el niño al día: 20 (47.62%) niños recibieron 3 comidas; 11 (26.19%) niños recibieron 2 comidas; 9 (21.43%) niños recibieron 4 comidas; 1 (2.38%) niño recibió 1 comida y 1 (2.38%) recibió 5 comidas durante el día. (Ver Anexo 4, Tabla 11).

De los niños en el estudio se observó que al momento de iniciar la alimentación la mayor frecuencia de alimentos recibidos durante el día fue entre 2 a 4 veces al día. Los resultados del estudio difieren con lo establecido en la Norma de Vigilancia Nutricional ya

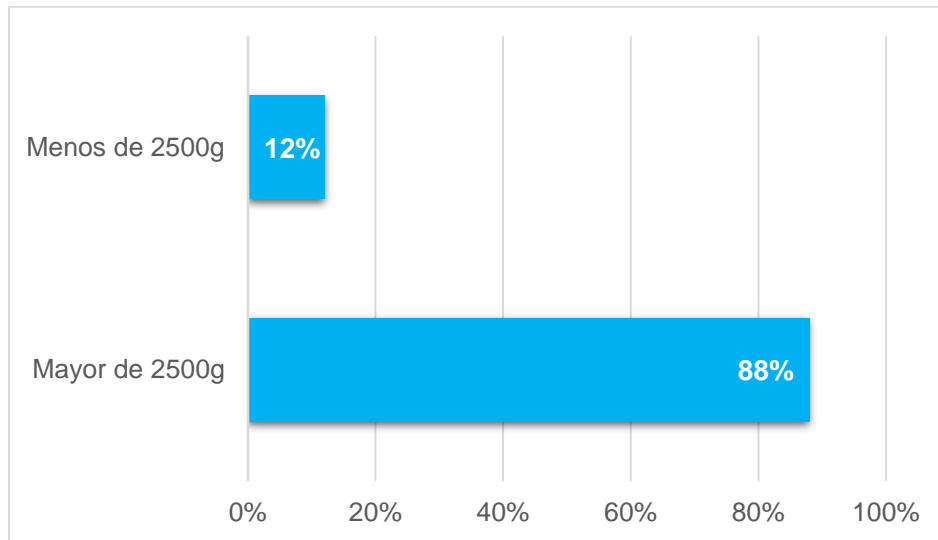


que a partir de los 6 meses y a medida avance la edad del niño debe aumentar el número de comidas que debe consumir durante el día; 3 comidas y dos meriendas haciendo un total de 5 veces al día como mínimo incluyendo la lactancia materna hasta los dos años de edad.

Durante las reuniones mensuales de control en la vigilancia del crecimiento a nivel de la comunidad y en las salas de espera de los establecimientos de salud se busca orientar a las madres sobre el traspaso de la lactancia a la ablactación sobre todo en el tema de frecuencia, cantidad y consistencia de los alimentos, ya que en general la madre no acostumbra a medir las porciones, ni la cantidad de veces que debe comer el niño durante el día y por lo tanto no se ha logrado cumplir con la normativa.

**Para el objetivo 3: Clasificar el estado nutricional de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes**

**Gráfico 12. Peso al nacer de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



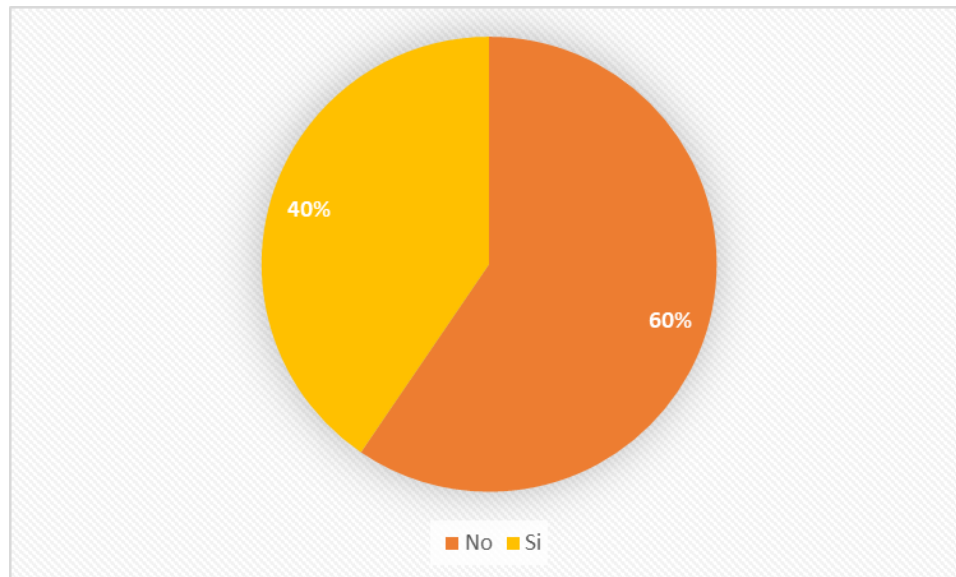
Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

En cuanto al peso al nacer, 37(88%) niños registraron un peso mayor de los 2500 gramos; 5 (12%) niños con menos de 2500g. (Ver Anexo 4, Tabla 12)

Se observa que la mayoría de los niños del estudio, nacieron con un peso dentro del valor normal mayor o igual a los 2500g. Lo anterior difiere con lo expresado por D´Aleman en un documental publicado por LISTIN DIARIO; El bebé de una adolescente enfrenta, la probabilidad de nacimientos prematuros o bajo peso al nacer por debajo de los 2500g ya sea por problemas en la madurez fisiológica de la gestante o a trastornos patológicos y/o emocionales.

Existen normas de atención materno-infantil en Honduras las cuales mencionan que la captación temprana de la embarazada antes de las 12 semanas de gestación es vital para determinar que el niño tenga un crecimiento adecuado desde la etapa prenatal.

**Gráfico 13. Clasificación del estado nutricional del niño peso para la edad (Desnutrición global) de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



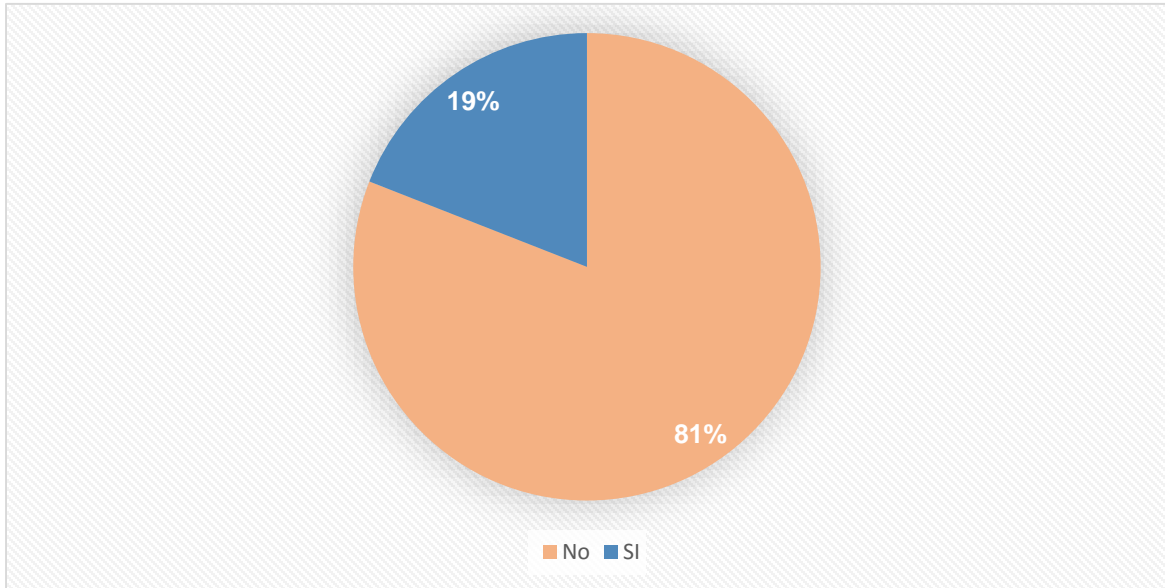
Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

De los expedientes clínicos de los menores de dos años 25 (60%) niños no presentaron desnutrición global; 17 (40%) niños tuvieron desnutrición global durante el año 2017. (Ver Anexo 4, Tabla 13).

La evaluación de cada niño se realiza a través de las gráficas de crecimiento por sexo establecidos por la OMS, la mayoría de los niños del estudio no presentaron desnutrición global. Lo anterior concuerda con el estudio de Sandoval Raudales, Brenda (2016) Honduras, más del 90% de los niños no presentaron desnutrición global y solo la minoría del 4% presentaron un crecimiento inadecuado de su peso para la edad.

En esta zona existe el acompañamiento de proyectos enfocados en nutrición y se ha logrado coordinar jornadas de entrenamiento nutricionales con las madres en las comunidades para aprovechamiento de los recursos locales que permiten una variación en la dieta del niño.

**Gráfico 14. Clasificación del estado nutricional del niño Longitud/Talla para la Edad (Desnutrición crónica) de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



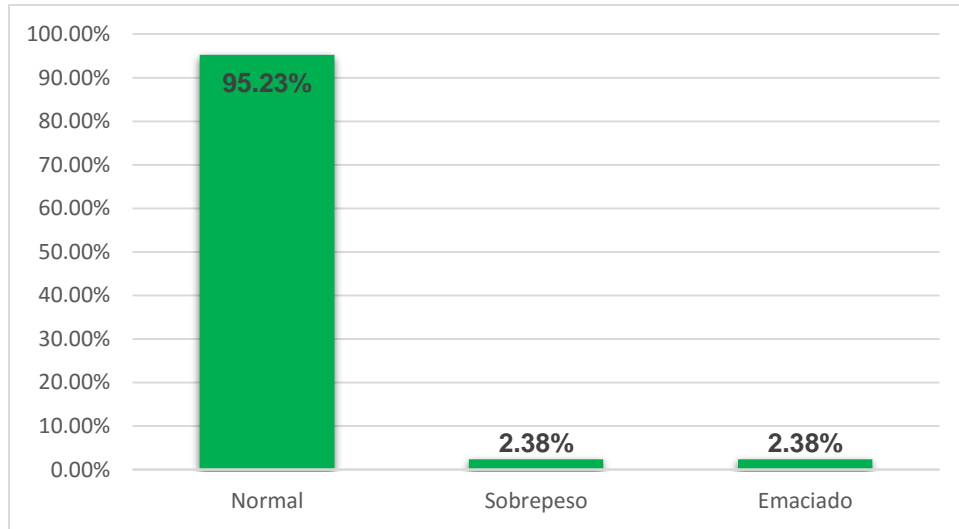
Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

En relación a la clasificación de Longitud/talla para la edad los menores de dos años; 34 (19%) niños no presentaron desnutrición crónica; 11 (19.04%) niños si se encontraron en desnutrición crónica. (Ver Anexo 4, Tabla 14).

La mayoría de los niños en el estudio no reportaron desnutrición crónica lo anterior concuerda con el estudio de Sandoval Raudales, Brenda (2016) Honduras; donde el 81% de los niños se encontraban en condición normal en relación a longitud/talla para la edad.

Aunque la condición genética no está relacionada con el retraso del crecimiento en el menor de dos años, lo es la ingesta de micronutrientes en los primeros dos años de edad, por lo tanto, se considera importante a nivel de la Secretaria de Salud la suplementación de micronutrientes a partir de los 4 meses de vida del niño.

**Gráfico 15. Clasificación del estado nutricional del niño Peso para la Talla (Desnutrición aguda) de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

En relación a la clasificación peso para la talla en los niños menores de dos años; 40(95.23%) no presentaron desnutrición aguda; 1(2.38%) presento sobrepeso y 1(2.38%) emaciado. (Ver Anexo 4, Tabla 15).

De los expedientes clínicos revisados la mayoría de los niños presentaron un estado nutricional normal en cuanto a su peso para su longitud o talla. Este parámetro se utiliza para determinar si el niño se encuentra en desnutrición aguda. Lo anterior es similar con el estudio de Sandoval Raudales, Brenda (2016) Honduras, el 90% de los menores de dos años no se encontraron en desnutrición aguda.

Muchas de las causas de la desnutrición están relacionadas a los escasos de alimentos, falta de agua potable, falta de tecnología en cultivos y/o la falta de variabilidad en la dieta para aprovechamiento de los nutrientes. No obstante, en las zonas de la sierra donde se realizó el estudio se mantienen implementados programas de nutrición que orientan a las madres en preparación de recetas con alto valor nutricional de los productos locales, que contribuyen a mejorar el estado nutricional del niño.

## IX. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas principales fueron: mayor procedencia de los caseríos de Las Aradas y Santa Elena, el rango de edad de los niños que asistieron a control del niño sano fue entre 7 a 12 meses, predominando el sexo mujer, con un mínimo de 6 controles en el año, el lugar de nacimiento en su totalidad se registró en clínica materno infantil, el rango de edad de la madre al momento del parto se encontro entre los 16 y 18 años.
2. De los menores de dos años en su mayoría recibieron lactancia materna exclusiva durante los 6 meses de edad; generalmente la madres comenzaron la introducción de los alimentos después de los 6 meses del niño, en los menores de 1 año la frecuencia de alimentos fue de 2 comidas al día y a partir de los 12 meses la madre introdujo de 3 a 4 comidas al día, los alimentos propios de la región de mayor consumo fueron la tortilla, frijol, arroz, papa y en menor escala el huevo y lácteos basados más en carbohidratos y en menor proporción el consumo de proteínas y hierro como micronutriente.
3. En general los niños menores de dos años del estudio reportaron un peso al nacer arriba de los 2500g, para el estado nutricional (Peso/Edad) la mayoría no presentaron desnutrición global, se encontró en mayor proporción niños sin problema de origen crónico determinado por la L/E (Longitud/Edad); misma situación para el estado nutricional P/T(Peso/Talla), la mayor cantidad de niños se encontraron en condición normal.

## **X. RECOMENDACIONES**

### **A las alcaldías/mancomunidades y encargados de proyectos de nutrición en el municipio.**

1. Buscar los acercamientos previamente con la Secretaría de Salud y educación para identificar las zonas con mayor problemática en nutrición, deserción escolar y embarazo precoz antes de iniciar cualquier intervención de proyectos que lleguen al municipio.

### **A personal técnico coordinador del gestor descentralizado:**

2. Instruir al personal médico de los establecimientos de salud en el llenado acucioso de la evaluación de niño en el tema de alimentación sobre todo en niños con retraso del crecimiento de manera persistente.
3. Incluir en los planes trimestrales el fortalecimiento de conocimientos en preparación y mezclas de alimentos con productos locales al personal médico y de enfermería.
4. Fortalecer alianzas estratégicas con gobiernos locales, ONG, u otras instituciones presentes en el municipio que trabajan en el tema de producción agrícola, seguridad alimentaria, desarrollo infantil temprano y abordaje al adolescente, para vincularlos a los objetivos que como gestor tienen en su convenio de prestación de servicios.

### **A los equipos de salud familiar encargados de establecimientos de salud**

5. Mantener un registro actualizado de las comunidades con sus características sociodemográficas actualizadas cada año sobre todo que reportan mayor incidencia de población menor de cinco años, población en edad fértil con mayores riesgos de embarazos temprana edad.
6. Desarrollar jornadas de entrenamiento nutricional con las madres promocionando el alto valor nutricional de los productos locales, enfocando los temas de frecuencia, cantidad y consistencia de los alimentos.

## XI. BIBLIOGRAFIA

AQUINO TOLENTINO, Y. O., & CARRETERO GOZZING, L. G. (2017). *ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO*. Tesis de Pregrado, Lima, Peru. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1015>

ESCOBAR, Z. Y. (2014). *FACTORES ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS*. Tesis de grado, UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. <https://docplayer.es/17031641-Universidad-rafael-landivar-facultad>.

Juarez, M. O. (2017). *CARACTERIZACION DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA MEDICO NUTRICIONAL DE ORPHANETWORK, NICARAGUA. I SEMESTRE 2015- II SEMESTRE 2016*. Tesis doctoral, UNAN-Managua, Centro de Investigaciones y Estudios de La Salud-CIES, Managua, Nicaragua. Obtenido de <http://biblioteca.cies.edu.ni/>

Hernandez Palacios, L., Barrientos Augustinus, E., Carolina, U., Frontela Saseta, C., & Ros Berruezo, G. (2017). *Grado de Malnutricion y su relacion con los principales factores estructurales y alimentarios de la poblacion preescolar hondureña. prevalencia de la Lactancia Materna en los mismos, Nutricion Hospitalaria. Sociedad Española de Nutricion Parenteral y Enteral*, 34(3), 639-646.

Honduras, G. d. (2013). *Política Publica Para el Desarrollo Integral de La Primera Infancia* (Segunda ed.). Tegucigalpa, Honduras, Francisco Morazan, Honduras. Recuperado el 2012-2013, de <http://foprده.org/documentos/pdf/polpub/Plan%20Estrat%E9gico%20Pol%EDtica%20Primera%20Infancia.pdf>

Honduras, E. d. (07 de Julio de 2011). *Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. *Diario Oficial La Gaceta*, págs. 32, 561. Obtenido de [http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/Ley%20de%20Seguridad%20Alimentaria%20y%20Nutricional%20\(2,2mb\).pdf](http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/Ley%20de%20Seguridad%20Alimentaria%20y%20Nutricional%20(2,2mb).pdf)



- OMS. (2016). *Directriz: Actualizaciones Sobre La Atencion a La Desnutricion Aguda Severa en Lactantes y Niños*. Ginebra, Suiza: minimum graphics. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249206/9789243506326-spa.pdf?ua=1>
- OMS. (16 de Febrero de 2018). *Sitio Web Mundial/OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Peña, P. A. (1 de Febrero de 2014). [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3580/1/Valencia\\_pp.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3580/1/Valencia_pp.pdf). Tesis Doctoral, Lima , Peru. Recuperado el 2013
- Quintero, A. C. (2016). *CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CULTURALES Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD EN LA COMUNIDAD EL NARANJO, MUNICIPIO DE JINOTEGA, NICARAGUA*. Tesis doctoral, UNAN-Managua, Matagalpa, Nicaragua . Obtenido de <http://biblioteca.cies.edu.ni/>
- Raudales, B. S. (2016). *CARACTERIZACIÓN DE LA NIÑEZ MENOR DE 2 AÑOS, BENIFICIARIA DE LA ESTRATEGIA DE AIN-C, MUNICIPIO DE CURAREN, ÀREA SUR DE FRANCISCO MORAZÁN, HONDURAS, FEBRERO 2016*. Tesis doctoral, UNAN-Managua, Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua. Obtenido de <http://biblioteca.cies.edu.ni/>
- Sandra Lucía Restrepo-Mesa<sup>1</sup>, 2. N. (1 de septiembre de 2015). <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/46originalvaloracionnutricional02.pdf>. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015000900046&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000900046&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Salud, S. d. (2012). *Estrategia Nacional Para la prevencion de Embarazos en Adolescentes en Honduras* (Primera ed.). Tegucigalpa M.D.C, Honduras: Imprenta Honduras. Obtenido de [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=download&cate](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&cate)

[gory\\_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&alias=332-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-en-honduras&Itemid=211](http://www.bvs.hn/Honduras/SAN/NormaWeb/Norma.pdf)

Salud, S. d. (2012). *Normas para la Vigilancia* (Primera ed.). Tegucigalpa M.D.C, Francisco Morazan, Honduras : Imprenta Honduras. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/SAN/NormaWeb/Norma.pdf>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

**Objetivo 1:** Caracterizar socio demográficamente de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes.

Variable	Indicador	Definición	Valor	Escala de Medición
Lugar de procedencia	% por procedencia	Es el lugar de donde procede el niño	Aldea Caserío Barrio	Nominal
Lugar del nacimiento del niño	% por lugar de nacimiento	Lugar donde nació el menor	Hospital Clínica Materno Infantil Casa de habitación	Nominal
Edad del niño	% por grupo de edad	La edad del niño en meses cumplidos	0 a 6 meses 7 a 12 meses 13 a 24 meses	Ordinal
Sexo del niño	% por sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. Macho y hembra son categorías sexuales	Hombre Mujer	Nominal
Número de controles de niño sano	% de controles de niño sano	Niños con número de controles establecidos en la Norma de	Ninguno 4 a 6 controles 7 a 9 controles De 10 y mas	Ordinal

		Vigilancia Nutricional durante los 2 primeros años		
Edad de la madre al momento del parto	% por años	Años cumplidos al momento del nacimiento del niño	Años	Continua
Escolaridad de la madre	% por grados	Sera el último año de escolaridad aprobada	Ninguna Primaria Incompleta Primaria Completa Ciclo común Secundaria Completa Universidad	Ordinal

**Objetivo 2:** Identificar el patrón de alimentación del niño menor de dos años de acuerdo a las Normas de Vigilancia Nutricional establecidas

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala de Medición</b>
Lactancia Materna	% de niños que recibieron Lactancia Materna Exclusiva	Tipo de alimentación que consiste en que el niño se alimente solo de leche materna en los primeros seis meses	Si No	Nominal
Edad introducción de los alimentos	% de edad de introducción de los alimentos	Edad del niño donde se comienza a introducir alimentos sólidos o semisólidos	Antes de los 6 meses Después de los 6 meses	Nominal
Alimentos que consume el niño	% de alimentos que consumen	Son los alimentos disponibles para consumo del niño en el hogar	*Leche materna *Frutas *Maíz *Arroz *Frijol *Otros cereales (pan, avena) *Carnes (hígado, pollo, pescado) *Huevos *Derivados de la leche *Agua y otros líquidos *Otras leches	

Frecuencia de alimentos que consume el niño al día	% por frecuencia de alimentos que consumen al día	Es el número de veces que el niño come durante el día	1 vez al día 2 veces al día 3 a 4 veces al día 5 y mas	Ordinal
--	---	---	---	---------

**Objetivo 3:** Clasificar el estado nutricional de los niños menores de dos años, hijos de madres adolescentes

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala de Medición</b>
Peso del niño al nacer	% por peso al nacer	Peso corporal del niño al momento del nacimiento expresado en kilogramos	Peso	Numérica
Peso del último control	% por peso	Peso corporal en relación a la edad del niño/a en el momento de la evaluación expresado en kilogramos	Peso	Numérica
Longitud para la edad	% por longitud	Medida antropométrica efectuada en los niños menores de 24 meses, usando un infantómetro, y en posición supina (acostado) expresada en centímetros	Longitud	Numérica
Clasificación del estado nutricional del niño peso para la edad.(Desnutrición global)	% de niños en clasificación de P/E	Clasificación nutricional resultado del cruce del peso con edad	Crecimiento Adecuado Crecimiento Inadecuado	Nominal
Clasificación del estado nutricional del niño longitud/talla para la	% de niños en clasificación de P/L-T	Clasificación nutricional resultado del cruce del peso para longitud o talla	Muy Alto Normal Baja Talla Baja Talla Severa	Nominal



edad.(Desnutrición crónica)				
Clasificación del estado nutricional del niño peso para longitud talla(Desnutrición aguda)	% De niños en clasificación talla para la edad	Clasificación nutricional resultado del cruce del peso para longitud o talla	Obesidad sobrepeso Normal Emaciado Severamente emaciado	Nominal

## Anexo 2: Instrumento



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA  
CIES- UNAN Managua



Maestría en Salud Pública  
2017- 2019

### Instrumento Recolección de Información para el Estudio de

Estado Nutricional en niños menores de dos años, hijos de madre adolescentes del  
Municipio de Santa Elena, La Paz, Honduras. enero a diciembre 2017.

#### i. Identificación

N° de encuesta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

#### ii. Características Sociodemográficas

Lugar de procedencia \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

Edad del niño \_\_\_\_\_ Sexo del niño \_\_\_\_\_

Número de controles del niño sano \_\_\_\_\_

Edad de la madre al momento del parto \_\_\_\_\_

Nivel académico de la madre \_\_\_\_\_

#### iii. Patrón de Alimentación

Dio Lactancia Materna exclusiva durante los seis meses: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Edad del niño comenzó dar alimentos sólidos o semisólidos: \_\_\_\_\_

Alimentos que dio al niño cuando comenzó a comer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuántas veces en el día come el niño: \_\_\_\_\_

**iv. Clasificar el estado nutricional del niño**

iv.1 Medidas Antropométricas:

a. Peso del niño al nacer \_\_\_\_\_

b. Peso último control \_\_\_\_\_ c. Longitud/Talla \_\_\_\_\_

iv.2 Clasificación para Peso/Edad (Desnutrición Global):

a. Crecimiento Adecuado \_\_\_\_\_

b. Crecimiento Inadecuado \_\_\_\_\_

iv.3 Clasificación para Talla/Edad (Desnutrición Crónico):

a. Muy Alto \_\_\_\_\_

b. Normal \_\_\_\_\_

c. Baja Talla \_\_\_\_\_

d. Baja talla severa \_\_\_\_\_

iv.4 Clasificación para Peso/Talla (Desnutrición Aguda):

a. Obesidad \_\_\_\_\_

b. Sobrepeso \_\_\_\_\_ c. Normal \_\_\_\_\_

d. Emaciado \_\_\_\_\_ e. Severamente emaciado \_\_\_\_\_

### Anexo 3: Carta de autorización



*Secretaría de Salud*  
*Mancomunidad de Municipios Lencas de la Sierra*  
*de LA PAZ*  
*(MAMLESIP)*  
*Cabañas, La Paz*



Tel: 2717-7011  
mamlesipsalud@yahoo.com

**La Paz, 04 de febrero del 2019**


**Lic. Cinthia Paguada Isaula**  
**Especialista en Nutrición y Salud**  
**Su oficina**

Estimada Licda. Paguada:

A través de la presente le informo que la Red Descentralizada Marcala, Gestor Mancomunidad de municipios Lencas de la sierra de La Paz (MAMLESIP), autoriza la realización del estudio: **Estado Nutricional de niños menores de dos años, hijos de madres adolescente del municipio de Santa Elena, La Paz en el periodo comprendido de enero a diciembre 2017**. En el mes de enero 2018.

Y para los fines que convenga se firma la presente a los cuatro días del mes de febrero del 2019.

**Att:**

  
**Dra. Lilian Gissela Dubon**  
**Coordinadora Red Descentralizada Marcala**



#### Anexo 4. Tablas.

**Tabla 1. Lugar de procedencia de los niños menores de dos años que acudieron a control de niño sano al establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Las Aradas	7	16.67%
Santa Elena	7	16.67%
Granadillos	6	14.29%
Los Patios	4	9.52%
Quiscamote	4	9.52%
Carrizal	3	7.14%
El Potrero	3	7.14%
Monte Copado	3	7.14%
Gualinga	2	4.76%
Casas Quemadas	2	4.76%
Llano Alegre Abajo	1	2.38%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 2. Edad del niño menor de dos años que asistieron a control del niño sano al establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Edad del Niño	Frecuencia	Porcentaje
7 a 12 meses	23	54.76%
13 a 24 meses	13	30.95%
0 a 6 meses	6	14.28%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 3. Sexo de los niños menores de dos años que acudieron a control de del niño sano al establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Sexo del niño	Frecuencia	Porcentaje
<b>M</b>	25	59.52%
<b>H</b>	17	40.48%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 4. Lugar de nacimiento del niño menor de dos años que acudieron a control de del niño sano al establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017**

Lugar de nacimiento del niño	Frecuencia	Porcentaje
<b>Clínica Materno Infantil</b>	30	71%
<b>Hospital</b>	12	29%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 5. Número de controles del niño sano que recibieron los menores de dos años en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Número de controles del niño sano	Frecuencia	Porcentaje
<b>6</b>	19	45.24%
<b>7</b>	9	21.43%
<b>5</b>	7	16.67%
<b>8</b>	6	14.29%
<b>10</b>	1	2.38%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 6. Edad de la madre adolescente de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Edad de la Madre	Frecuencia	Porcentaje
18	14	33.33%
17	12	28.57%
16	11	26.19%
19	3	7.14%
15	2	4.76%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 7. Nivel académico de la madre adolescente de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Nivel académico de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	22	52.38%
Secundaria incompleta	15	35.71%
Primaria incompleta	4	9.52%
Secundaria completa	1	2.38%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 8. Edad que comenzó a dar alimentos sólidos y semisólidos a los niños menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Lactancia Materna Exclusiva	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	71.43%
No	12	28.57%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 9. Edad que comenzó a dar alimentos sólidos y semisólidos a los niños menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

<b>Edad del niño comienzo de alimentos sólidos o semisólidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Después de seis meses</b>	30	71.42%
<b>Antes de seis meses</b>	12	28.57%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 10. Alimentos que consumió el niño menor de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

<b>Alimentos que consumió el niño</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Frijol</b>	33	79%
<b>Tortillas</b>	27	64%
<b>Verduras</b>	17	40%
<b>Tuberculos</b>	14	33%
<b>Arroz</b>	12	28%
<b>Sopas (Frijol/Papa)</b>	12	28%
<b>Huevos</b>	11	26%
<b>Pan</b>	10	24%
<b>Productos derivados de la leche</b>	6	14%
<b>Jugos enlatados</b>	4	10%
<b>Frutas</b>	3	7%
<b>Sopa de pollo</b>	2	5%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena



**Tabla 11. Cantidad de veces que comió el niño menor de dos años durante el día que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Cuantas veces come al día el niño	Frecuencia	Porcentaje
3	20	47.62%
2	11	26.19%
4	9	21.43%
1	1	2.38%
5	1	2.38%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 12. Peso al nacer de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

Peso del niño al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Mayor de 2500g	37	88.00%
Menos de 2500g	5	12.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 13. Clasificación del estado nutricional del niño peso para la edad (Desnutrición global) de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras de enero a diciembre 2017.**

Desnutrición Global	Frecuencia	Porcentaje
No	25	59.52%
Si	17	40.48%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 14. Clasificación del estado nutricional del niño Longitud/Talla para la Edad (Desnutrición crónica) de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

<b>Desnutrición Crónica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No</b>	34	80.95%
<b>SI</b>	11	19.05%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena

**Tabla 15. Clasificación del estado nutricional del niño Peso para la Talla (Desnutrición aguda) de los menores de dos años que acudieron a control del niño sano en el establecimiento de salud de Santa Elena, La Paz Honduras 2017.**

<b>Clasificación según Peso/Talla</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Normal</b>	40	95.23%
<b>Sobrepeso</b>	1	2.38%
<b>Emaciado</b>	1	2.38%
<b>Obesidad</b>	0	0.00%
<b>Severamente emaciado</b>	0	0.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños menores de dos años del establecimiento de salud de Santa Elena