

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Relación entre el conocimiento del cuidador sobre
las enfermedades y el estado nutricional infantil
post pandemia en el Centro de Salud Ermitaño
Bajo - Lima, 2023**

Deysi Mendoza Cochachi

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Claudia María Teresa Ugarte Taboada
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Verónica Nelly Canales Guerra
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de similitud en "Turnitin"
FECHA : 10 de enero del 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarla y en vista de haber sido designado asesor del trabajo de investigación titulado "RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE LAS ENFERMEDADES Y EL ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL POST PANDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO BAJO - LIMA, 2023 ", perteneciente a DEYSI MENDOZA COCHACHI, de la E.A.P de Medicina Humana, se procedió con la carga del documento a la plataforma Turnitin y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 17% de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio.

Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: 15) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad. Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC. Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, DEYSI MENDOZA COCHACHI, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 45164731, de la E.A.P. de MEDICINA HUMANA de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE LAS ENFERMEDADES Y EL ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL POST PANDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO BAJO - LIMA, 2023 ", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de MEDICO CIRUJANO.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

04 de 01 de 2024.

Cc.
Facultad
Oficina de Grados y Títulos
Interesado(a)

Cuidado infantil

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	3%
2	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1%
9	saludcapital.gov.co Fuente de Internet	

<1 %

10

repositorio.unamba.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

11

repositorio.uandina.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

12

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

13

1library.co

Fuente de Internet

<1 %

14

www.index-f.com

Fuente de Internet

<1 %

15

www.revsaludpublica.sld.cu

Fuente de Internet

<1 %

16

repositorio.usmp.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

17

Submitted to Universidad Andina Nestor
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

<1 %

18

repositorio.upagu.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

19

repositorio.uap.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

20

repositorio.unp.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

21

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

22

repositorio.unam.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

23

repositorio.unu.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

24

view.genial.ly

Fuente de Internet

<1 %

25

idoc.pub

Fuente de Internet

<1 %

26

Edward Torres Cruz, Arturo Zaira Churata,
Adelaida Viza Salas, Luz Amanda Aguirre
Florez, Ruben Cesar Flores Ccosi.

"OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO DE LA ANEMIA
EN NIÑOS: UN ENFOQUE INTEGRAL DE
ANTENCION EN LOS CENTROS DE SALUD",
Editora Cientifica Digital, 2023

Publicación

<1 %

27

es.slideshare.net

Fuente de Internet

<1 %

28

repositorio.unapiquitos.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

29

repositorio.uigv.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

30

repositorio.upse.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

31

www.linguee.es

Fuente de Internet

<1 %

32

repositorio.untumbes.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

33

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

<1 %

34

Leidy Indira Hinestroza Còrdoba. "Aplicación de tecnologías sostenibles para el desarrollo de alimentos nutritivos y saludables dirigidos a mejorar el estado nutricional de la población del departamento del Chocó (Colombia)", Universitat Politecnica de Valencia, 2021

Publicación

<1 %

35

mgyf.org

Fuente de Internet

<1 %

36

repositorio.une.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

37

repositorio.uoosevelt.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

38

docencia-16.simplesite.com

Fuente de Internet

<1 %

39

repositorio.undac.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

40

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

41

www.paho.org

Fuente de Internet

<1 %

42

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1 %

43

Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes

Trabajo del estudiante

<1 %

44

dspace.unitru.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

45

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

46

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1 %

47

bvs.minsa.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

48

repositorio.unasam.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

49

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

50

Submitted to Pontificia Universidad Catolica
del Peru

<1 %

Trabajo del estudiante

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía en mi camino.

A mi familia, por ser mi fortaleza.

A mi mamita Victoria, que me guía desde el cielo.

Deysi.

Agradecimientos

A mi familia, por su apoyo en mi camino por esta hermosa carrera.

A todas las personas que estuvieron en mi camino con sus sabios consejos.

Deysi Mendoza Cochachi.

Índice General

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice General	iv
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción	x
Capítulo I Planteamiento del Estudio.....	12
1.1. Delimitación de la Investigación	12
1.1.1. Delimitación Territorial.....	12
1.1.2. Delimitación Temporal.	13
1.1.3. Delimitación Conceptual.....	13
1.2. Planteamiento del Problema	13
1.3. Formulación del Problema.....	15
1.3.1. Problema General.....	15
1.3.2. Problemas Específicos.....	16
1.4. Objetivos de la Investigación.....	16
1.4.1. Objetivo General.	16
1.4.2. Objetivos Específicos.....	16
1.5. Justificación de la Investigación	16
1.5.1. Justificación Teórica.	16
1.5.2. Justificación Práctica.....	17
Capítulo II Marco Teórico	18
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	18
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	18
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	20
2.2. Bases Teóricas	21
2.2.1. Enfermedades Prevalentes de la Infancia.....	21
2.2.2. Desnutrición.	32
2.2.3. Cuidador del Infante post Pandemia.	36
2.2.4. Rol del Cuidador del Infante.....	37
2.2.5. Etapas de la Infancia.	40

2.2.6. Realidad del Infante post Pandemia.....	43
2.2.7. Estado Nutricional del Infante Post Pandemia.....	44
2.3. Definición de Términos Básicos.....	47
Capítulo III Hipótesis y Variables.....	49
3.1. Hipótesis.....	49
3.1.1. Hipótesis General.....	49
3.1.2. Identificación de Variables.....	49
3.2. Matriz de Operacionalización de Variables – Facultad de CC. SS.....	49
Capítulo IV Metodología.....	51
4.1. Método, Tipo y Nivel de la Investigación.....	51
4.1.1. Método de la Investigación.....	51
4.1.2. Tipo de la Investigación.....	51
4.1.3. Nivel de la Investigación.....	51
4.2. Diseño de la Investigación.....	51
4.3. Población y Muestra.....	52
4.3.1. Población.....	52
4.3.2. Muestra.....	52
4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	52
4.4.1. Técnicas.....	52
4.4.2. Instrumentos de Recolección de Datos.....	53
4.4.3. Técnicas de Procesamiento de Datos.....	53
4.4.4. Procedimiento de la Investigación.....	53
4.5. Consideraciones Éticas.....	54
Capítulo V Resultados.....	55
5.1. Presentación de Resultados.....	55
5.1.1. Conocimiento del Cuidador sobre las Enfermedades Prevalentes.....	55
5.1.2. Estado Nutricional del Niño Menor de 5 años.....	56
5.1.3. Datos de Filiación.....	57
5.1.4. Prueba de Hipótesis General.....	58
5.2. Discusión de Resultados.....	59
Conclusiones.....	61
Recomendaciones.....	62
Referencias Bibliográficas.....	63
Anexos.....	69

Índice de Tablas

Tabla 1. Estadios de Malnutrición aguda.....	45
Tabla 2. Malnutrición crónica.....	46
Tabla 3. Clasificación nutricional de los indicadores antropométricos.....	46
Tabla 4. Análisis descriptivo de conocimiento y el estado nutricional.....	58

Índice de Figuras

Figura 1. Departamentos del Perú.....	12
Figura 2. Distrito de independencia.	13
Figura 3. Desarrollo sostenible – Metas alcanzadas.	21
Figura 4. Evaluación clínica: Tos o dificultad respiratoria.	27
Figura 5. Evaluación clínica – dificultad respiratoria.	28
Figura 6. Evaluación clínica – enfermedades diarreicas.	31
Figura 7. Órganos y sistemas afectados por la anemia.	33
Figura 8. Valores de hemoglobina según grupo etario.....	34
Figura 9. Tratamiento de la anemia por grupos etarios.....	35
Figura 10. Suplemento de hierro y micronutrientes.....	35
Figura 11. Programa articulado nutricional: conceptual vs ciclo de vida. (38).....	36
Figura 12. Estimado de huérfanos (por cada 1 000 niños postpandemia).....	37
Figura 13. Nutrición del infante. Centro de estadística 2017.....	44
Figura 14. Medidas antropométricas.....	46
Figura 15. Talla y Peso.	47
Figura 16. Nivel de conocimiento del cuidador sobre enfermedades prevalentes.	55
Figura 17. Nivel de conocimiento del cuidador sobre signos de alarma de las enfermedades prevalentes.....	55
Figura 18. Nivel de conocimiento del cuidador sobre medidas protectoras sobre las enfermedades prevalentes.....	56
Figura 19. Estado nutricional: Respecto a la desnutrición global.	56
Figura 20. Estado nutricional: Respecto a la desnutrición aguda.....	57
Figura 21. Estado nutricional: Respecto a la desnutrición crónica.	57
Figura 22. Relación del cuidador y el niño menor de 5 años	57
Figura 23. Número de veces que enferman en los últimos 6 meses.....	58

Resumen

La pandemia fue un factor determinante que agravó el estado de la salud de la población infantil en estos últimos años y además afectó el nivel socioeconómico familiar; tras 2 años de pandemia ocasionaron, según nos narran los diferentes estudios, un desbalance en la actividad económica en las familias; además, la pobreza elevó sus cifras considerablemente. Las condiciones para el adecuado crecimiento y desarrollo de menores de 5 años se vieron afectados como consecuencia de la emergencia sanitaria que influyó en el componente familiar a causa de la pérdida de algún miembro de la familia, en algunos casos padres, madres o ambos. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia. La investigación fue hipotética deductiva, descriptiva correlacional, con un enfoque cuantitativo de corte transversal. Los resultados señalan que el conocimiento fue medio; el 66,7 % variando en signos de alarma y medidas protectoras, y el estado nutricional infantil se encontró con una desnutrición crónica en 20,5 %, además, como un segundo cuidador del infante fue la abuela. Se evidencia la relación entre el conocimiento del cuidador y el estado nutricional. La conclusión hace referencia al conocimiento que tenga el cuidador y cómo afectará en su estado nutricional del infante. Se recomienda fortalecer el conocimiento de cuidador infantil por parte del sistema de salud en un escenario post pandemia.

Palabras claves: conocimiento, cuidador, infante, nutrición, enfermedades prevalentes

Abstract

The pandemic was a determining factor that aggravated the state of health of the child population in recent years and also affected the family socioeconomic level; after 2 years of pandemic caused, according to different studies, an imbalance in the economic activity in families; in addition, poverty increased its figures considerably. The conditions for the adequate growth and development of children under 5 years of age were affected as a consequence of the health emergency that influenced the family component due to the loss of a family member, in some cases fathers, mothers or both. The objective of the study was to determine the relationship between caregiver knowledge of illness and post-pandemic child nutritional status. The research was hypothetical deductive, descriptive correlational, with a quantitative cross-sectional approach. The results indicate that the knowledge was medium; 66.7 % varying in alarm signs and protective measures, and the infant nutritional status was found with chronic malnutrition in 20.5 %, in addition, as a second caregiver of the infant was the grandmother. The relationship between caregiver knowledge and nutritional status is evidenced. The conclusion refers to the caregiver's knowledge and how it will affect the infant's nutritional status. It is recommended to strengthen the knowledge of the infant caregiver by the health system in a post pandemic scenario.

Keywords: knowledge, caregiver, infant, nutrition, prevalent diseases

Introducción

Existen diferentes organismos direccionados a proteger la salud de los niños menores de 5 años, mediante diversas disposiciones para disminuir las cifras de morbimortalidad a causa de las enfermedades prevalentes en la infancia que pueden ser evitables; una de las instituciones a nivel mundial que vela por la salud es la Organización Mundial de la Salud (OMS), que describe mediante lineamientos, políticas y directrices, la protección de la salud ante las enfermedades prevalentes de la infancia, como, la desnutrición crónica, enfermedades diarreicas, anemia, enfermedades respiratorias y parasitosis. Los objetivos de desarrollo sostenible adoptado por las Naciones Unidas en el 2015, se elaboraron con el fin de promover la salud y bienestar de los niños, que consiste en erradicar las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años hasta el 2030.

En nuestro país, del total de la población, la niñez y adolescencia (0-17 años) representa un 32,4 % y son los menores de 5 años, y de ellos alrededor de un 40 % padece de anemia con variaciones por regiones como el caso de la región sierra un 48,8 % seguido de la selva con un 44,6 % y la costa con un 37,5 %; siendo el caso de Puno y Ucayali con 69,4 % y 57,2 % respectivamente. En cuanto a la desnutrición crónica, el 12,1 % es Huancavelica y Loreto, con 31,5 % y 25,2 % respectivamente notable; referente a las infecciones respiratoria aguda representan un 4,1 % y un 8,2 % en enfermedades diarreicas agudas.

Como consecuencia de esta pandemia, se tomaron medidas y estrategias a nivel mundial para disminuir la cantidad de contagios y muertes, países desarrollados y en vía de desarrollo, optaron por el confinamiento de la población y el aislamiento en el caso de las personas que portaban y desarrollaban la enfermedad. Además de los niveles de orfandad que crecía en varios países de Latinoamérica incluido el nuestro; como consecuencia, los cuidadores de los infantes eran protagonizados por otros miembros de la familia, y con ello, consecuencia de su salud del infante.

Los primeros 5 años de vida, es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano; lapso de tiempo en donde el cerebro se desarrolla a la máxima velocidad. Si en este periodo se altera su crecimiento y desarrollo por distintas razones, se producirán posibles consecuencias que afectarán al niño durante toda su vida.

Este estudio que se desarrolló, permitirá contribuir con los datos sobre los conocimientos del cuidador respecto a las enfermedades prevalentes en la infancia y su relación con el estado

actual nutricional del infante en el ámbito post pandemia; adicionalmente, según refieren las estadísticas, niños menores de 5 años, quedaron sin uno o dos miembros de su familia, como, el padre, la madre o ambos, y son cuidados por un pariente cercano. En consecuencia, son los cuidadores quienes ahora tienen la responsabilidad de ser parte de la protección de la salud del niño y promover un adecuado crecimiento y desarrollo.

La autora.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1. Delimitación de la Investigación

1.1.1. Delimitación Territorial.

La investigación se realizó en el Centro de Salud de Ermitaño Bajo, ubicado en el distrito de Independencia, en la calle las Chirimoyas 168 en el distrito de Independencia en el departamento de Lima de Perú; pertenece a la red de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (DIRIS norte), al nivel I-2, y abarca la jurisdicción de Ermitaño Bajo. Presenta los servicios de medicina general, nutrición, obstetricia, odontología, estrategia sanitaria de tuberculosis, tópicos de urgencias, laboratorio, consultorio de control de niño sano e inmunizaciones; cada área cuenta con profesionales de salud que realzan las actividades de atenciones a los pacientes de todas las edades. Los turnos que realiza el personal son 12 horas y los horarios de atención brindada al usuario son de 7 a.m. a 7 p. m.



Figura 1. Departamentos del Perú.

Nota. Tomado del mapa distrital de Lima (44).



Figura 2. Distrito de independencia.
Nota. Tomado del mapa distrital de Lima (45).

1.1.2. Delimitación Temporal.

El trabajo de investigación se realizó entre los meses de enero y diciembre del año 2023; se eligió este periodo en el cual el país se encontraba a 2 años post pandemia; a principios de año se pronunció la OMS señalando el fin de la pandemia por COVID-19, por tal motivo, el estudio se centró en la importancia de identificar el estado nutricional del infante y los conocimientos del cuidador por la realidad cambiante sucedida.

1.1.3. Delimitación Conceptual.

El trabajo de investigación se encuentra en el área de pediatría dentro de la salud pública de la universidad.

1.2. Planteamiento del Problema

Existen diferentes organismos direccionados a proteger la salud de los niños menores de 5 años mediante diversas disposiciones para disminuir las cifras de morbilidad a causa de las enfermedades prevalentes en la infancia que pueden ser evitables; una de las instituciones a nivel mundial que vela por la salud es la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece lineamientos, políticas y directrices sobre la protección de la salud ante las enfermedades prevalentes de la infancia, como, la desnutrición crónica, enfermedades diarreicas, anemia,

enfermedades respiratorias y parasitosis. Los objetivos de desarrollo sostenible adoptado por las Naciones Unidas en el 2015, se formularon con el fin de promover la salud y bienestar de los niños, que consiste en erradicar las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años hasta el 2030 (1,2).

Desde 1990, mediante diferentes políticas de salud, se viene reforzando la salud en niños menores de 5 años, sin embargo, aún se presentan cifras altas de defunciones y enfermedades prevalentes en la infancia, como menciona la OMS, para el año 2019 fallecieron 5,2 millones de niños; de ellos 1,4 millones menores de 1 año a causa de complicaciones durante el parto prematura, asfixia neonatal, neumonía, anomalías congénitas, cuadros diarreicos y paludismo. En caso de nuestro país, tenemos un 16 % que representa la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. Estas cifras de mortalidad se pudieron haber prevenido o tratado de manera oportuna (3).

Las enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años, están más acentuadas en países en vía de desarrollo, donde los niveles de pobreza y pobreza extrema tienen altas cifras, según reporta la OMS, como el caso de África Subsahariana, en nuestro país, del total de la población, la niñez y adolescencia (0-17 años) representa un 32,4 % y son menores de 5 años, y de ellos, alrededor de un 40 % padece de anemia con variaciones por regiones, como el caso de la región sierra un 48,8 %, seguido por la selva con un 44,6 %, y la costa por un 37,5 %; siendo el caso de Puno y Ucayali con 69,4 % y 57,2 % respectivamente.

En cuanto a la desnutrición crónica, el 12,1 % son de Huancavelica y Loreto, con 31,5 % y 25,2 % respectivamente notable; referentes a las infecciones respiratoria aguda, representan un 4, % y 8,2 % en enfermedades diarreicas agudas. Respecto a medidas que refuerzan la salud del niño tenemos que un 68,4 % reciben lactancia materna exclusiva, un 61,1 % completan su calendario de vacunación al llegar al año de edad como reporta la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) hasta el 2021; por ello, se tiene la responsabilidad de brindar atención integral de salud, así como su protección (4).

Sin embargo, un factor determinante que agravó el estado de la salud de la población infantil en estos 2 últimos años, y que además, afectó el nivel socioeconómico familiar, es la emergencia sanitaria que afecta a nivel mundial; en enero de 2020, fue declarado como una emergencia de salud pública de curso internacional, y es en febrero que recibe el nombre de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), conforme se iba observando su desarrollo de la enfermedad y afectación de la población mundial, en marzo la declaran como una pandemia por

su propagación tan rápida de la infección viral por SARS-CoV-2; según el reporte de la OMS para el 31 de octubre, 45 millones de personas estaban infectadas por este virus, y 1,2 millones habían fallecido a nivel mundial (5,6).

Como consecuencia de esta pandemia, se tomaron medidas y estrategias a nivel mundial para disminuir las cantidad de contagios y muertes, países desarrollados y en vías de desarrollo, optaron por el confinamiento de la población y el aislamiento en el caso de las personas que portaban y desarrollaban la enfermedad; tras 2 años de mantener estas y otras medidas, ocasionaron un desbalance en las actividades económicas de las diferentes familias, y la pobreza elevó sus cifras considerablemente (7,8,11).

Los niños y niñas fueron afectados por el cierre de los centros de salud y desarrollo infantil, sin acceso al personal especializado que usualmente los atienden identificando riesgos, problemas de salud y fortaleciendo un adecuado crecimiento y desarrollo, así como el acceso a la estrategia sanitaria de inmunización; en el caso de quienes viven en situación de pobreza y pobreza extrema, no tuvieron la oportunidad de recibir alimentos balanceados para su bienestar integral. Situación que se observó como consecuencia de niños con enfermedades prevalentes de distintos centros de mayor resolución como hospitales (8).

Las condiciones para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años, se vieron afectados como consecuencia de la emergencia sanitaria, que también perjudicó a nivel del componente familiar, a causa de la pérdida de un miembro de la familia, en algunos casos, padres, madres o ambos; consecuentemente, cumplieron el rol de cuidadores de niños menores de 5 años, otros miembros de la familia, como abuelos, tíos , primos, etc.

Por lo expuesto, se consideró conveniente realizar un estudio con el tema de las enfermedades prevalentes en la infancia en el contexto actual a 2 años después de la pandemia y su estado nutricional. Por tal motivo se formuló el siguiente problema (9,10).

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General.

¿Cuál es la relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia en el Centro de Salud Ermitaño Bajo de la ciudad de Lima en el 2023?

1.3.2. Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre enfermedades infantil post pandemia en el Centro de Salud Ermitaño Bajo de la ciudad de Lima en el 2023?
2. ¿Cuál es el estado nutricional infantil post pandemia en el Centro de Salud Ermitaño Bajo de la ciudad de Lima en el 2023?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia en el Centro de Salud Ermitaño Bajo de la ciudad de Lima en el 2023.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre enfermedades infantil post pandemia en el Centro de Salud Ermitaño Bajo de la ciudad de Lima en el 2023.
2. Identificar el estado nutricional infantil post pandemia en el Centro de Salud Ermitaño Bajo de la ciudad de Lima en el 2023.

1.5. Justificación de la Investigación

1.5.1. Justificación Teórica.

Los primeros 5 años de vida, es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano; lapso de tiempo en donde el cerebro se desarrolla a la máxima velocidad. Si en este periodo se altera su crecimiento y desarrollo por distintas razones, se producirán posibles consecuencias que afectarán al niño durante toda su vida (9).

Los niños constituyen el grupo más vulnerable de la población, por lo que requiere un adecuado cuidado, identificación y prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, para su tratamiento oportuno y fortalecimiento de su salud mediante estrategias como las de inmunización. Sin embargo, hubo un lapso de tiempo por el confinamiento de vivió el país a causa de la pandemia, que la población infantil estuvo limitada de recibir atención de primer nivel y la

madre consejería adecuada para fortalecer el adecuado crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años mediante el conocimiento en prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia; sumado a las limitaciones que los hogares padecieron en el área socioeconómica como lo reportan en uno de las publicaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en abril del 2020 (1,3). Adicionalmente, las condiciones para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años, se vio afectada como consecuencia de la emergencia sanitaria, que también perjudicó la dinámica familiar a causa de la pérdida de uno o más miembros de la familia, en algunos casos padres, madres o ambos. En este contexto cumplieron el rol de cuidadores de los niños menores de 5 años, otros miembros de la familia, como abuelos, tíos, entre otros. Los estudios internacionales señalan que somos unos de los países con más casos de orfandad luego de la pandemia (31).

Por lo expuesto, la investigación servirá de base para que el centro de salud donde se está realizando la investigación, pueda reforzar sus estrategias de atención al niño y niña menor de 5 años, y el personal de salud, trabajar con los cuidadores en el contexto post pandemia, que permitan reforzar, mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños, para garantizar un buen estado de salud a nivel biopsicosocial y reducir las enfermedades prevalentes de los infantes.

1.5.2. Justificación Práctica.

El estudio permitió contribuir con los datos sobre los conocimientos del cuidador respecto a las enfermedades prevalentes en la infancia y su relación con el estado nutricional del infante en el ámbito post pandemia; adicionalmente, según refieren las estadísticas, niños menores de 5 años quedaron sin un o dos miembros de su familia, como son el padre, la madre o ambos, y son cuidados por un pariente cercano. Entonces, son los cuidadores quienes ahora tienen la responsabilidad de ser parte de la protección de la salud del niño y promover un adecuado crecimiento y desarrollo (9). El centro de salud, podrá tener una base sobre el desarrollo y crecimiento del niño de la población que acude, por ende, servirá para implementar o mejorar las actividades que realiza el personal de salud hacia los infantes y sus cuidadores; sin embargo, también este estudio aporta un análisis que podría servir de base para poder expandir en otras sedes o regiones de nuestro país los resultados de la investigación.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Durante la revisión de material bibliográfico, se encontraron trabajos de investigación relacionados. Así tenemos:

Quispe en su trabajo de investigación sobre el nivel de conocimiento sobre la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínicos en médicos y el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS), hace referencia al alto costo para el infante y la relación con la pandemia; sobre el cual llegaron a la conclusión de cuanto devastador en un tiempo corto o largo el impacto de la pandemia en la salud física, mental de los niños, y con ello, un aumento de mortalidad e incluso pobreza infantil, sumado a todo ello la falta de acceso a servicios de saneamiento básico. Al final del estudio, proponen estrategias para mitigar estas consecuencias en la población infantil (12).

Arteaga Lisbeth, Cáceres Jhair y Chaponan Brian, en su investigación sobre conocimiento y practica del cuidador primario en el cuidado de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5; hacen referencia al conocimiento sobre las enfermedades respiratorias relacionadas a las prácticas; buscaron determinar los conocimientos y prácticas. Llegaron a la conclusión que se tenía un bajo conocimiento en relación a los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas, se menciona en el estudio, que hay un grupo que tiene adecuadas prácticas y manejo, sin embargo, también encontraron altas cifras que practican la automedicación para restablecer la salud de sus niños (13).

Claudio Castillo y María Marinho, en un estudio de CEPAL, realizaron una investigación sobre los impactos de la pandemia sobre la salud en la población infantil, donde mencionan estudios realizados en 2021, que cerca de 1 134 000 de niños han quedado huérfanos o cuentan

con un solo cuidador, siendo el caso de Perú de 14,1 %; siendo esta situación de riesgo para el aumento de enfermedades en la infancia, sumado al deterioro del nivel socioeconómico (14).

Carlos Ruiz, en su estudio enfermedades prevalentes en menores de 5 años del centro de salud Saucos; hace referencia a las enfermedades prevalentes en la infancia, de las cuales la infección respiratoria aguda fue la que presenta mayor prevalencia, y las enfermedades diarreicas en segundo lugar, es así que los de sexo masculino, presentó más prevalencia, adicionalmente, los cuidadores o padres que acudieron para solicitar una atención de salud para el niño, tenían estudios de secundaria, y con menor porcentaje eran los que estudiaron primaria (15).

Moncada Andrea y Villanueva Alba, investigaron la relación entre el estado nutricional y las patologías presentes en el lactante y pre escolar hospitalizados, tuvieron como objetivo, determinar la relación entre el estado nutricional y las patologías del lactante y pre escolar; llegaron a la conclusión, que las patologías más comunes fueron las que afectan a las vías respiratorias, seguida por las patologías del tracto urinario; además un 13 % aproximadamente tienen riesgo de talla baja (16).

Núñez Beatriz, Meza Eliana y Sanabria Tania en su trabajo titulado conocimiento y prácticas de cuidadores de niños de 2 a 5 años sobre la alimentación infantil, hacen referencia a la asociación del conocimiento y prácticas de los cuidadores de la población señalada. El objetivo principal fue determinar la asociación entre las dos variables; la conclusión indica que un 40 % de los cuidadores tenían conocimiento medio, y referente a las prácticas, un 80 % era inadecuada (17).

Cardoz Paola, Reyes Patricia y Espinoza Juan en su investigación relacionada al conocimiento de los cuidadores de niños sobre signos de alarma y factores de riesgo de enfermedades diarreicas aguda, tuvieron el objetivo de analizar la viabilidad de la escala para evaluar el nivel de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre los factores de riesgo y signos de alarma. Como conclusión, el instrumento validado es una alternativa para valorar el nivel de conocimiento, es de fácil aplicación y de intervención inmediata; como se traduce en los resultados, uno de los criterios nos demuestra que un 45,7 % tuvo un conocimiento malo sobre signos de alarma (18).

Luna José, Hernández Isabel y Rojas Andrés, desarrollaron el estudio titulado Nutritional Status and Neurodevelopment in Early Childhood, ellos hacen referencia y describen el estado nutricional y neurodesarrollo durante la primera infancia. El estudio es de caracterización de la

salud alimentaria y nutricional en menores que cursan su primera infancia. El objetivo principal fue develar la relación existente entre el estado nutricional y el neurodesarrollo. Como conclusión refieren que el adecuado neurodesarrollo potencia las habilidades neuronales como consecuencia de un estado nutricional adecuado logrado por nutrientes (19).

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Jerí, en su estudio de investigación, prácticas del cuidador en el cuidado infantil y desarrollo psicomotor del preescolar en Perú, hace referencia y concluye que se existe una relación entre prácticas del cuidador respecto al desarrollo psicomotor. Señala como conclusión, que hay un grupo que tiene pobres prácticas de cuidador (20).

Begazo, analizó la asociación entre enfermedades diarreicas agudas, desnutrición crónica y variables sociodemográficas en menores de 5 años en Perú, llegó a la conclusión que la desnutrición crónica estaba presente en la población que habían sufrido enfermedades diarreicas crónicas (21).

Caycho identificó el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 5 años, buscó determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en las dimensiones de tratamiento y alimentación; su conclusión menciona que el 52,9 % presenta nivel bajo de conocimiento sobre anemia ferropénica (22).

Quispe Pedro, realizó un estudio sobre conocimientos de la AIEPI en médicos SERUMS, del cual procuraron determinar los conocimientos sobre el AIEPI clínica en médicos SERUMS, se menciona como conclusión, que un porcentaje considerable conoce la estrategia de AIEPI, sin embargo, en la dimensión de clínico sobre enfermedades del tracto respiratorio, tienen un porcentaje bajo (23).

Arteaga Lisbeth, Cáceres Jhair y Chaponan Brian desarrollaron un estudio sobre el conocimiento y practica del cuidador primario sobre el cuidado de las infecciones respiratorias agudas en menores, como conclusión señalan que la madre es el cuidador principal, y tiene un nivel de conocimiento medio respecto a las dimensiones de síntomas y signos, además de prácticas incorrectas (24).

Palomino Isabella desarrolló un estudio relacionado al conocimiento de los cuidadores sobre alimentación infantil y estado nutricional del preescolar en el colegio Getsemaní. Como conclusión señala que el 67 % tiene un conocimiento medio, y el 32 % obtuvo un retardo en el

crecimiento (25).

Canahuire Shiuny, realizo un estudio relacionado a la atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia que influye en el control del estado nutricional del niño menor de 5 años, el objetivo fue analizar la atención integrada de patología prevalente de la niñez que influye en el control del estado alimentario. La conclusión refiere que la asistencia global de las patologías, influye directamente en el estado nutricional del niño (26).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

Las enfermedades prevalentes en estos últimos años, han tenido mayor protagonismo en el infante asociado a los problemas del contexto económico y la situación de post pandemia, según reportes de instituciones como la UNICEF, hacen referencia a niños que están malnutridos y también al incumplimiento del calendario de vacunación, se afectó a casi 600 000 niños menores de 5 años sin las dosis completas de inmunización. Siendo este último un protector frente a estas enfermedades de la infancia. Estas cifras aumentaron para este año 2023 post pandemia cerca de 67 millones a nivel mundial.

Frente a los escenarios adversos que se presentan para los infantes, los gobiernos internacionales y naciones, están sujetos a políticas de salud que permitan garantizar la mejora de salud y bienestar; por ello, que en el año 2015, la ONU con los países involucrados aprobaron la agenda 2030 para el desarrollo sostenible (33).

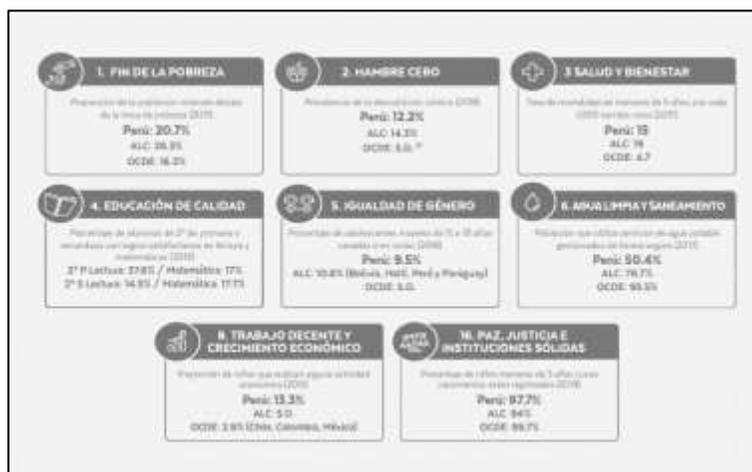


Figura 3. Desarrollo sostenible – Metas alcanzadas.

Fuente: Análisis de la situación al 2020. Representantes en Perú – UNICEF (33).

2.2.1.1. Evaluación de las Enfermedades Prevalentes.

La norma técnica del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño menor de 5 años, hace referencia a una serie de procesos para identificar la presencia de estas patologías prevalentes durante la infancia.

1. Durante la evaluación de control de crecimiento y desarrollo, es una oportunidad de identificar la aparición de enfermedades.
2. La detección de las dos patologías que más afecta al infante, como las enfermedades del tracto respiratorio (IRAS) y las enfermedades diarreicas (EDAS), se hace mediante las estrategias del AIEPI.
3. Es importante el dosaje periódico de hemoglobina en los meses correspondientes según la norma técnica para la prevención de anemia. A los 4, 9 y 18 meses, luego de los 24 meses será una vez por año.
4. Referente a la parasitosis se hará el primer descarte al año de edad.
5. En los casos en los cuales el centro de salud no disponga de los medios para el adecuado descarte, se derivará mediante una referencia para garantizar el cumplimiento (29).

2.2.1.2. Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia.

Es una estrategia que engloba la atención de forma integral que direcciona a conservar la salud, y a su vez, contribuye en disminuir los porcentajes de morbilidad y mortalidad infantil, todo ello mediante una serie de medidas curativas, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se reciben en los establecimientos de salud en sus diferentes niveles de atención (34,35).

Esta estrategia fue incluida en el año 1996 por la OMS, así como también por el UNICEF. Dentro de su desarrollo mantiene tres componentes para fortalecer el cuidado y la atención en salud del niño menor de 5 años, considera sus derechos y la calidad de prestación de salud que recibirá; además de tener en cuenta sus características culturales, socioeconómicas y físicas.

6. Componente de organización local; se basa en una gestión a nivel local para la atención del infante, sumándose las relaciones entre las instituciones que involucran

a la red de apoyo, así como la intervención de programas, proyectos y estrategias

7. Comunitario; su desarrollo tiene en cuenta la atención y los cuidados del menor de 5 años que recibe en su familia y el fortalecimiento de la promoción de las prácticas desarrolladas por los actores sociales.
8. Clínico; dirigido para las mejoras referente a sus habilidades y desempeños del personal de salud en la atención de los infantes y sus familias (35).

2.2.1.3. Proceso de Atención de los Casos.

Es un modelo o forma de atención que tiene como principio basarse en la detección oportuna de las diferentes enfermedades, toma como puntos clave, el uso de signos clínicos del paciente, su clasificación y la terapéutica apropiada y oportuna. El AIEPI indica la forma de atención al niño, con los pasos establecidos cuando asista a cualquier establecimiento de salud para la evaluación de su estado o para reforzar mediante estrategias de promoción brindadas como inmunizaciones y visitas de seguimiento establecidas.

El AIEPI ofrece indicaciones mediante instrucciones, de cómo evaluar, clasificar y tratar al niño que esté cursando una enfermedad prevalente, cuadros de anemia, desnutrición u otras enfermedades que se podría identificar. Según la referencia utilizada de una adaptación del AIEPI, describe seis pasos de la estrategia (35):

1. Evaluar. Este paso es fundamental, se tiene que detectar e investigar signos de peligro y cualquier otro síntoma, o de importancia para identificar los problemas de salud del niño. Esta primera parte se logra mediante observación y/o entrevista al cuidador, examen físico, verificación del cumplimiento de sus controles de crecimiento y desarrollo, también revisando el cumplimiento del calendario de vacunación.
2. Clasificar. En este punto se hace mención de la distribución del estado de salud del niño a través de una codificación de colores.
3. Determinar el tratamiento. En este paso se describe la decisión del momento de tratamiento del niño, si será necesario tratarlo de forma inmediata antes de referir; o un tratamiento que llevará en casa, sin embargo, la primera dosis de tratamiento deberá realizarse en el establecimiento de salud, así como la verificación de su estado de inmunización para su seguimiento y programación.

4. Tratar. En este paso ya es la administración del tratamiento o algún procedimiento que requiera el niño, que podría ser el manejo del broncoespasmo y los cuadros de deshidratación mediante una hidratación oral. Así también su posterior manejo en casa mediante el cuidador, entonces, aquí es importante educar como se brindarán los tratamientos.
5. Aconsejar cómo administrar el tratamiento. Es importante ser claros y usar palabras sencillas para brindar la información del tratamiento a seguir del niño en casa; así como para eventos posteriores reconocer los signos de alarma de las enfermedades prevalentes.
6. Evaluar la alimentación. Es importante reconocer la forma de alimentación del niño si es mediante la lactancia materna y ablactación, a fin de reforzar estas prácticas
7. Garantizar consejería en las prácticas claves. En este punto se describe los cuidados que los padres o personas cuidadoras de los niños deberán seguir para la recuperación de su salud, fortalecimiento de su estado de salud, la estimulación de su desarrollo y prácticas del buen trato con el niño.
8. Atención de seguimiento. Permite tener una secuencia del estado de salud del niño y su condición en cada momento, si mejora, si mantiene su estado o empeora, para poder tomar decisiones e identificar nuevos problemas de salud (35).

2.2.1.4. Enfermedades Prevalentes: IRAS

Son una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el niño menor de 5 años. Por ello, las diferentes estrategias y medidas para prevenir, controlar y manejar estas enfermedades respiratorias en el niño. Las infecciones respiratorias agudas, son el conjunto de síntomas y signos que afectan al tracto respiratorio que pueden ser de etiología viral o bacteriana. De acuerdo a la revisión de las distintas guías de AIEPI, nos hace referencia a las siguientes enfermedades respiratorias (34-36).

a. Rinofaringitis o resfriado común.

Esta patología es una de las más comunes en la población infantil; con cierta predisposición en los tres primeros años de vida; situación que eleva los contagios al momento del inicio de la educación inicial, siendo de 3 a 10 cuadros frecuentes por año.

La rinofaringitis, la definiremos como un cuadro gripal de etiología viral agudo, que compromete las vías respiratorias superiores que se autolimita de 2 a 5 días. Siendo sus principales síntomas y signos como la rinorrea, estornudos, congestión nasal, dolor de garganta (puede estar manifestado en lactantes menores, en la disminución de la lactancia materna o alimentación complementaria inicial), fiebre y presencia de tos. En cuanto al tratamiento, está dirigido a aliviar los síntomas y los cuidados durante el periodo de recuperación de parte de los cuidadores, ya que es una patología que generalmente no presenta mayores complicaciones.

b. Neumonía.

La neumonía es consecuencia de un evento inflamatorio del parénquima pulmonar, de causa infecciosa de tipo viral o bacteriana; hay de varios tipos, el más común es la neumonía adquirida en la comunidad, y si no es corregido con prontitud, puede desencadenar en un cuadro muy grave o fetal. La población infantil puede presentar los siguientes signos clínicos muy comunes como taquipnea, fiebre, tos, tiraje y compromiso del estado general.

La neumonía que es adquirida en la comunidad siendo la más común la causa inicial muy común, puede ser viral, sin embargo cuando el niño tiene más edad aumenta el porcentaje de causa bacteriana; un caso interesante es cuando coexisten las dos causas infecciosas. La infección viral que daña a nivel ciliar, es una condición para una infección bacteriana de tipo diseminada.

En cuanto a la transmisión del patógeno, el virus es altamente transmisible por vía aérea, en cuanto a las bacterianas, las atípicas se caracterizan por su contagiosidad. Sin embargo, en la neumonía de tipo bacteriana se realiza la vía de transmisión por microaspiración de la vía aérea que va a depender de las características del hospedero.

c. Laringotraqueítis o crup.

Esta patología se presenta con mayores cifras de ocurrencia en niños de 3 meses a 3 años y la condición de temporada de invierno hace que se eleven estas cifras. La laringotraqueítis se transmite por vía aérea o por secreciones de persona a persona; al inicio de la infección por nasofaringe empieza su diseminación por laringe y tráquea, donde puede limitarse o aumentar el área de infección, que se caracteriza por la obstrucción de vías área superior en el niño menor de 5 años, causa tos metálica “perruna” en grado de persistencia variable, disfonía, estridor y también dificultad respiratoria como consecuencia de la estrechez de la laringe y ocasiona estridor, también producto de la inflamación y edema de la mucosa. Todo este cuadro muchas veces nos puede

llevar a uno de hipoxemia. Dentro de la fisiopatología observamos un edema subglótico que provoca la disfonía, de tal manera que afecta la vía respiratoria superior. Este cuadro es caracterizado por el virus parainfluenza de tipo I, II y III; también el virus sincitial respiratorio, virus de influenza A y B, por último el adenovirus.

En cuanto a la etiología bacteriana, es menor las cifras de frecuencia como el *Mycoplasma pneumoniae*.

d. Bronquiolitis.

La bronquitis aguda se puede presentar entre los 2 y 6 meses, en ocasiones requiere hospitalización; aumenta las cifras de morbilidad cuando tenemos factores como prematuridad, bajo peso al nacer u otros factores de riesgo que se presentan en el niño menor de 5 años. La causa de la bronquiolitis es de característica viral, tiene como síntomas y signos, fiebre, rinorrea y presencia de tos, además de los sibilantes. En la auscultación de los hemitórax, se identifican ruidos agregados como crépitos de característica inspiratoria, estertores finos y sibilantes predominantes en la espiración. La causa principal es de origen viral en un 80 % debido al virus sincitial respiratorio, que en otras circunstancias son otros virus los protagonistas como adenovirus, rinovirus, virus de influenza y la parainfluenza.

Este cuadro tiene un desarrollo progresivo, con un inicio fisiopatológico inflamatorio, luego la aparición de edema y posteriormente la necrosis de los celulares epiteliales. Como consecuencia la presencia de broncoespasmo y moco.

e. Asma.

El asma es un cuadro común en la infancia y adolescencia, se tiene que tener en cuenta la definición de asma, ya que está contemplado para niños mayores de 5 años. En cuanto a su definición exacta y tratamiento, uno de los referentes es la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA) quien lo define como una enfermedad crónica de tipo inflamatoria de las vías respiratorias. Este tipo de inflamación provocará en hiperreactividad de la vía aérea que provoca cuadros de broncoespasmos, sibilancias, opresión en el pecho que empeora en horas de la noche (34-36).

f. Signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas.

Signos de alarma: retracción de las costillas, frecuencia respiratoria aumentada, dificultad

para beber líquidos o lactar, tos persistente y temperatura mayor de 38,5. Otros adicionales son: vómitos, convulsiones, somnolencia y llanto inconsolable (34,35). En las siguientes figuras se hace referencia a la evaluación del profesional de salud frente a los signos de alarma detectados por la madre y que son motivo de consulta para su niño (37).

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Primer episodio de sibilancias en una niña o niño < 2 años con antecedente de cuadro gripal 1 a 3 días antes y uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal • Respiración rápida • Edad menor de tres meses • Antecedente de prematuridad • Apnea • Cianosis • Dificultad para beber o tomar el seno • Signos de deshidratación (p.7) • Saturación de oxígeno <90% • Riesgo social (p.83) 	Bronquiolitis grave	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar oxígeno si es posible ➤ Si tolera la vía oral aumentar ingesta de líquidos y leche materna. ➤ Referir URGENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" (p.59)
Primer episodio de sibilancias en una niña o niño < 2 años y mayor de 3 meses con antecedentes de cuadro gripal 1 a 3 días antes, y: <ul style="list-style-type: none"> • No presenta los signos de la clasificación anterior 	Bronquiolitis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En caso de obstrucción nasal, limpieza nasal con suero fisiológico cada 3-4 h. ➤ Aumentar ingesta de líquidos y leche materna ➤ Explicar a la madre como cuidar a la niña/o en casa ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p. 28) ➤ No administrar NI antibiótico NI salbutamol NI corticoides(no están indicados) ➤ Consulta de seguimiento en dos días (p.29)
Primer episodio de sibilancias y no cumple criterios para clasificarse como bronquiolitis <ul style="list-style-type: none"> • Sibilancias, y • Antecedente de episodio previo de sibilancias 	Sibilancia Sibilancia recurrente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratar con broncodilatador de acción rápida (p. 18) ➤ Volver a clasificar una hora después de terminado el ciclo según el cuadro de clasificación para la niña o niño con SIBILANCIA PRIMER EPISODIO (p. 18) ➤ Clasificar la severidad de la crisis de sibilancia recurrente o la crisis de asma e iniciar el tratamiento según esta clasificación (p. 18)
<ul style="list-style-type: none"> • Estridor agudo 	CRUP	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Clasificar el CRUP y tratar de acuerdo a la severidad de la obstrucción (p. 20)

Figura 4. Evaluación clínica: Tos o dificultad respiratoria.

Nota. Evaluación de dificultad respiratorio o tos de diferentes enfermedades respiratorias, tomado de AIEPI Clínico – cuadro de Procedimientos. Ecuador – 2017. (37).

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
<p>Si además de la tos o dificultad respiratoria tiene uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier signo de peligro en general (p. 5) • Saturación de oxígeno < 90% 	<p>Enfermedad muy grave o neumonía grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado (p. 23) → Administrar oxígeno si es posible → Referir URGENTE al hospital, siguiendo las normas de estabilización y transporte (p.53)
<p>No tiene ninguno de los signos anteriores pero tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal o • Respiración rápida 	<p>Neumonía</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Valorar el riesgo social (ver p. 89) para decidir tratamiento ambulatorio, observación en el establecimiento de salud o referencia → Dar amoxicilina a dosis altas por 5 días si existe tiraje y por 3 días si solamente existe respiración rápida (p. 21) → Recomendar a los padres o cuidadores como tratar la fiebre (p. 22) → Si la tos persiste por más de 21 días referir para valorar posible asma, tosferina, tuberculosis u otra patología. → Indicar a la madre o cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 28) → Hacer seguimiento 3 días después (p. 29)
<p>Ningún signo de enfermedad muy grave o neumonía</p>	<p>TOS o resfriado</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Si la tos persiste por más de 21 días referir para valorar posible asma, tosferina, tuberculosis u otra patología. → Aliviar los síntomas como la obstrucción nasal y la tos con un remedio casero (p. 26) → Indicar a los padres o cuidadores los signos de alarma para regresar al establecimiento de salud de inmediato (p. 28) → Indicar a los padres o cuidadores que regresen al establecimiento de salud en 5 días si la niña o niño no mejora.

Figura 5. Evaluación clínica – dificultad respiratoria.

Nota. Evaluación de dificultad respiratorio o tos de diferentes enfermedades respiratorias, tomado de AIEPI Clínico – cuadro de Procedimientos. Ecuador – 2017. (37)

g. Medidas de prevención de las IRAS

Las medidas de prevención, son una serie de acciones que permitirán disminuir la aparición o evitar el desarrollo de las infecciones respiratorias; sin embargo, estas medidas debieran ser partícipe entre el personal de salud y el cuidador del niño menor de 5 años; en este sentido el cuidador es quien recibe las orientaciones y aconsejaría sobre los signos de alarma como lo específica en la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo.

- **Inmunizaciones:** es una medida de protección frente a enfermedades respiratorias mediante las vacunas como la BCG, neumocócica, influenza, DPT y COVID-19; cada una de ellas de acuerdo al calendario de vacunación dispuesta por el ministerio de salud (anexo c).
- **Control de desarrollo y crecimiento:** es una estrategia sanitaria que evalúa al niño menor de 5 años, permite detectar problemas de salud prevenibles en cada control que se realiza de acuerdo a la edad del niño en cuanto a su crecimiento y desarrollo, brindar la consejería en signos de alarma de enfermedades prevalentes en la infancia y medidas de prevención.
- **Lactancia materna y alimentación complementaria:** la promoción es

importante debido a sus propiedades que brinda al niño para fortalecer su sistema inmunológico en menores de 6 meses, en este periodo es de alimento exclusivo. Sin embargo, pasado esta edad, se instaura la alimentación complementaria que debe cubrir los requerimientos necesarios para el lactante mayor.

- Ambiente: la higiene ventilación adecuada del lugar donde el niño crece y se desarrolla es importante para evitar enfermedades respiratorias. Adicionalmente evitar los espacios de hacinamiento y conglomerados (34-36).

2.2.1.5. Enfermedades Diarreicas Aguda (EDAS).

Las enfermedades que causan diarrea en caso de los niños menores de 5 años pueden causar diferentes complicaciones si no se detecta a tiempo, como cuadros de deshidratación leve hasta severas. Según las guías del AIEPI, las enfermedades diarreicas en cuanto a su definición y clasificación, así como también su tratamiento, se describe en líneas siguientes (34-36):

a. Definición de diarrea.

Se cataloga como diarrea, a la evacuación de más de tres posiciones líquidas o blandas en un periodo de 24 horas. En el caso de la consistencia de las heces tener en cuenta según la edad del niño, ya que en el caso de los lactantes tiene alta frecuencia de evasión y de consistencia blanda.

b. Clases de cuadros diarreicos.

- i. Diarrea aguda acuosa: puede durar por varias horas e incluso días, siendo su principal complicación la deshidratación, y con ello, pérdida de peso de no recuperar pronto la alimentación o lactancia materna.
- ii. Diarrea aguda con sangre: este tipo de diarrea también llamada disentería, ya que es causante del daño a nivel de la mucosa intestinal, una infección diseminada como la sepsis y la pérdida de peso ponderal del paciente.
- iii. Diarrea persistente: este tipo de diarrea tiene una duración de 14 días,

en este cuadro también las consecuencias son pérdida de peso, infecciones extraintestinales severas y la deshidratación.

c. El tratamiento.

Esta direccionado en base a los síntomas y signos, también a la etiología de la diarrea y sus complicaciones como; la deshidratación, que es un cuadro de pérdida en exceso de agua y electrolitos (Na, Cl, K y HCO₃) a través de las deposiciones líquidas y vómitos. Este cuadro se complica cuando no hay la reposición adecuada de las pérdidas. Cuando estamos en una etapa inicial no hay signos evidentes de deshidratación, sin embargo, cuando sigue progresando las pérdidas sin reposición aparecen los síntomas y signos como inquietud, signos de pliegue y ojos hundidos. En los casos más severos se desarrolla el choque hipovolémico con alteración de la conciencia, oliguria y presión baja.

d. Causa de las enfermedades diarreicas.

Es de importancia conocer la epidemiología de las regiones para tener un mejor entendimiento de la etiología; están asociadas a las prácticas de higiene como el lavado de manos, lavado de los alimentos entre otras prácticas, y su origen son virales las más comunes, bacterianas y menos comunes las de origen parasitarias (34-36).

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
<p>Dee de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsolable • Ojos hundidos. • Bebe mal o no puede beber. • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente a su estado anterior 	Deshidratación grave	<p>Si la niña o niño no tiene otra clasificación grave → Administrar Plan C en la unidad de salud (p. 25)</p> <p>Si la niña o niño tiene otra clasificación grave: → Después de iniciar el plan C, RefeRir URGENTE al hospital según recomendaciones de estabilización y transporte (p. 39) con la madre o cuidadores dándole sorbos de solución de SRO frecuentemente en el trayecto si la condición de la niña o niño lo permite (p. 25) → Recomendar a la madre que continúe dándole el seno.</p> <p>Si la niña o niño tiene 2 años o más y vive en una zona con cólera, administrar primera dosis de antibiótico recomendado por el MSP para cólera (p. 21) tan pronto como sea posible, cuando ya se hayan controlado los vómitos.</p>
<p>Dee de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intranquilo, irritable. • Ojos hundidos. • Bebe ávidamente, con sed • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior 	Deshidratación	<p>Si la niña o niño no tiene otra clasificación grave: → Administrar Plan B (p. 24) → Dar zinc por 14 días (p. 22) → Indicar a los padres o cuidadores cuándo deben regresar de inmediato (p. 28) → Citár a consulta de seguimiento a los 5 días si la niña o niño no mejora (p. 29)</p> <p>Si la niña o niño tiene otra clasificación grave o riesgo social (p. 83) → RefeRir URGENTE al hospital, con los padres o cuidadores dándole frecuentemente al niño o niña sorbos de solución de SRO en el trayecto → Recomendar a la madre que continúe dándole el seno.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No hay suficientes signos para clasificar como deshidratación grave o deshidratación. 	No tiene deshidratación	<p>→ Recomendar aplicación del Plan A en casa incluyendo zinc (p. 24) → Indicar a la madre/cuidadores cuándo debe regresar de inmediato (p. 28) → Citár a consulta de seguimiento 5 días después, si la niña/o no mejora (p. 29)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Con signos de deshidratación 	Diarrea persistente grave	<p>→ Clasificar la deshidratación según cuadro anterior y tratarla antes de referir a la niña / niño, salvo que tenga otra clasificación grave. → RefeRir al hospital siguiendo recomendaciones para el transporte (p. 39) → Recomendar a la madre que siga dando el pecho → Si no es posible referir al niño/a, luego de tratar la deshidratación seguir recomendaciones del cuadro DIARREA PERSISTENTE (color amarillo)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No hay signos de deshidratación 	Diarrea persistente	<p>→ Dar vitamina A (p. 27) excepto si ya recibió una megadosis en el pasado mes. → Dar zinc por 14 días (p. 22) → Explicar a los padres o cuidadores cómo deben alimentar a la niña o niño con diarreia persistente sin deshidratación (p. 36) → Recomendar la madre que siga dándole el seno → Indicar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 28) → Hacer el seguimiento 5 días después en el establecimiento de salud (p. 29)</p>
<p>Si atención de sangre en las heces tiene uno de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre alta • Cólicos abdominales • Dificultad o dolor al orinar o defecar 	Disenteria grave	<p>→ Clasificar la deshidratación y tratarla antes de referir a la niña o niño → Aplicar una dosis de un antibiótico apropiado antes de referir (p. 21) → REFERRIR al hospital aplicando normas "REFIERA" (p. 39)</p>
<p>Si tiene sangre en las heces pero ninguno de los signos anteriores</p>	Disenteria^(a)	<p>→ Clasificar la deshidratación y tratarla → Dar recomendaciones para la alimentación de la niña o niño enfermo (p. 36) → Explicar a la madre que la sangre desaparecerá después de algunos días. → Indicar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 28) → Hacer seguimiento 3 días después (p. 29)</p>

(a) En caso de epidemia de disenteria y si las autoridades sanitarias lo especifican administrar antibiótico apropiado por 3 días (p. 21)

Figura 6. Evaluación clínica – enfermedades diarreicas.

Nota: Evaluación y clasificación de las enfermedades diarreicas, tomado de AIEPI Clínico – cuadro de Procedimientos. Ecuador – 2017. (37)

e. Medidas de prevención de las EDAS

- Cumplimiento de lactancia materna de forma exclusiva hasta los 6 meses.
- Inicio y cumplimiento con la ablactancia luego de los 6 meses.
- Cumplimiento con el calendario de vacunación (34,35).

f. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas.

- Ausencia de la lactancia materna durante los 6 meses.

- Ingerir alimentos que permanecen a temperatura ambiente por largos periodos de tiempo.
- Ausencia de higiene de manos antes y después de preparación de alimentos.
- Ingerir agua con restos de contaminación.
- Estado de desnutrición (34,35).

g. Signos de alarma de las enfermedades diarreicas.

- Presencia de diarreas.
- Ojos hundidos.
- Presencia de pliegue.
- No lacta.
- Irritabilidad.
- Disminución del apetito (34,35).

2.2.2. Desnutrición.

La desnutrición es una condición que afecta la adecuada ganancia de peso y talla, además de su desarrollo del niño menor de 5 años como resultado de una alimentación inadecuada o por enfermedades recurrentes que le impiden consumir una lactancia adecuada o ablactación. Esta condición en el niño traerá consecuencias desalentadoras, especialmente en su inteligencia y capacidad cognitiva.

En consecuencia, es importante hacer un seguimiento del peso y la talla del niño para hacer una adecuada interpretación y seguimiento del estado actual del niño. Se combinan tres datos para el análisis, el peso, la talla y la edad (34,35).

2.2.2.1. Anemia.

En el Perú, la anemia es un problema de salud que presenta cifras elevadas de prevalencia,

por ello la importancia de su tamizaje en niños menores de 5 años. Además afecta el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. Las causas, diagnóstico y tratamiento, se describe en el Plan Nacional para la Reducción y control de la Anemia del Minsa (38):

a. Causas.

La deficiencia de hierro por una ingesta inadecuada durante la dieta, es la principal causa de los cuadros de anemia, adicionalmente a una absorción inadecuada a nivel del sistema digestivo que se traducen a diferentes patologías como, la enfermedad celíaca, resección de estómago o intestino; también existen etapas del ser humano en el cual las necesidades de hierro se incrementa, como en la infancia y embarazo, o cuando existe un déficit durante el sangrado menstrual y pérdidas digestivas.

b. Sintomatología de anemia.

La sintomatología de la anemia es variada, y se presenta como: agotamiento, alteración de la coloración de la piel, disminución del apetito; además, el retraso en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años.

ÓRGANOS O SISTEMA AFECTADO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y fanereas	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coloniquia).
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
Síntomas cardiopulmonares	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL).
Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
Alteraciones inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

Figura 7. Órganos y sistemas afectados por la anemia.

Nota. Afectación de los órganos como consecuencia de la anemia. Tomado de: plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil (38).

c. Consecuencias.

La anemia por deficiencia de hierro por ingesta, es una de las más comunes, las consecuencias sobre todo durante la infancia son de gran impacto; por crecimiento y desarrollo que está en constante progreso, como menciona un artículo del National Institutes of Health, que

el infante puede presentar alteración a nivel psicológico, así como la disminución de atención en la formación educativa.

d. Diagnóstico.

El diagnóstico de anemia se realiza mediante el tamizaje de hemoglobina, a través de un examen de extracción de sangre.

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin Anemia Si la concentración de hemoglobina (g/dL)
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5

Figura 8. Valores de hemoglobina según grupo etario

Nota. rango de valores de dosaje de hemoglobina por grupo etario. Tomado de: Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil (38)

e. Tratamiento.

El tratamiento de anemia se encuentra estandarizado de acuerdo a la norma técnica de control de anemia, que consta de acuerdo a su edad y peso del infante, el hierro que será administrado por lo menos 6 meses, y luego tamizar para verificar la recuperación o identificación de rangos normales de la hemoglobina (34-36).

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ¹ (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

Figura 9. Tratamiento de la anemia por grupos etarios.

Nota. Dosificación de hierro en sus diferentes presentaciones de acuerdo al grupo de edad. Tomado de: Norma técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérpera. Perú – 2017(39)

f. Suplementación con hierro.

La ingesta de hierro de manera adicional, en cuadros donde los niveles de hemoglobina y hematocrito están en rangos normales, buscan que no presenten cuadro de anemia o disminuyan las reservas de hierro. La ingesta de hierro debe estar acompañada de alimentos que puedan ayudar a su absorción, así también de la ingesta de alimentos ricos en hierro. Además, es importante la dosificación de hierro para el monitoreo adecuado.

CONDICIÓN DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ¹ (Vía oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACIÓN
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes*: Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres

Figura 10. Suplemento de hierro y micronutrientes.

Nota. Suplemento de hierro y micronutrientes por edad y peso. Tomado de: Norma técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérpera. Perú – 2017(39).

g. Factores protectores y factores de riesgo.

Según el Plan nacional para la Reducción y Control de la Anemia, situaciones como el cumplimiento de la inmunización, adecuado control de crecimiento y desarrollo, además de la consejería, nos permite reducir diversos problemas durante los 1 000 primeros días. Además, se hace referencia a distintas prácticas como, dieta adecuada, lactancia materna exclusiva e higiene de manos. Todo lo anterior buscará disminuir la presencia de anemia en el niño mediante el programa articulado nutricional (38).

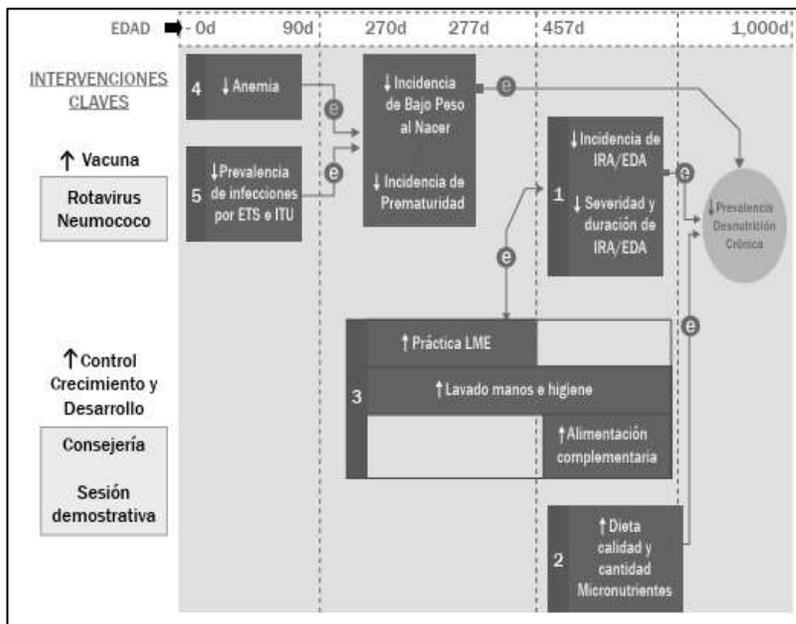


Figura 11. Programa articulado nutricional: conceptual vs ciclo de vida. (38).

Nota. plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil. (38).

2.2.3. Cuidador del Infante post Pandemia.

Para el crecimiento y desarrollo de los infantes, son necesarios los cuidados de un miembro de la familia o tutor, el cual será el encargado de cuidar y velar. En su mayoría es el padre y/o madre en sus diferentes roles; designación de actividades y funciones de las familias de acuerdo a sus características propias. Sin embargo, esta dinámica se vio alterada en el periodo actual post pandemia.

Situación que nos hace referencia una publicación del Banco Interamericano de Desarrollo sobre la pérdida de un o más miembros de la familia; según el siguiente gráfico, hace referencia a los porcentajes de niños en situación de orfandad. Además, aproximadamente 140 000 niños

sufrieron el fallecimiento de uno de sus padres o cuidador (40).

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	GLOBAL
Argentina: 1,0	Inglaterra y Gales: 0,6
Brasil: 2,1	India: 0,3
Colombia: 2,0	Estados Unidos: 1,4
México: 3,3	Irán: 1,7
Perú: 9,6	Sudáfrica: 4,4

Figura 12. Estimado de huérfanos (por cada 1 000 niños postpandemia).

Nota. Descripción de 9.6 huérfanos por cada 1000 niños en Perú. Tomado de: El impacto del COVID en el cuidado de los más pequeños. 2022.(40)

La pérdida del padre como principal figura de aporte en economía la familiar, cambiaría la dinámica de la figura materna en relación al cuidado del niño, tiene que dividir sus actividades laborales por la necesidad económica. En la figura 12 hace referencia al comparativo de pérdida del familiar, el estudio fue realizado por la LANCET en el 2022; además, en este estudio hace referencia el caso de Perú, por cada 1 000 niños, un 9,6 perdió a sus padres. En consecuencia, el niño recibirá el cuidado de alguna institución o de otro familiar. Otra consecuencia son la aparición de enfermedades infecciosas y los problemas de la salud mental por la pérdida de una de las figuras principales paternas (41).

2.2.4. Rol del Cuidador del Infante.

Respecto al rol del cuidado, generalmente está orientado a los padres y su relación con los infantes, sin embargo, también involucra a otros integrantes de familia, en consecuencia, todos ellos serían cuidadores del infante. Por ello, se menciona en la norma técnica CRED y el AIEPI, como cuidador del infante a través de pautas de crianza y el rol que cumple.

Es importante la interacción que se establece entre el cuidado y el infante en sus diferentes etapas. En consecuencia, identifica las enfermedades en el infante, refuerza su salud mediante una adecuada alimentación y cumplimiento con el calendario de vacunación. Todas las medidas que adopte el cuidador mediante su rol, fortalecen un adecuado crecimiento y desarrollo. Además de disminuir la morbilidad y mortalidad infantil.

El personal de salud quien evalúa al infante, es un agente importante que tiene como rol

de orientar y brindar la consejería hacia el cuidado, para fortalecer la salud del infante; así como la identificación de riesgos y actividades que estimularán al infante para un adecuado desarrollo. Es importante que el cuidador comprenda las indicaciones y acuerdos establecidos con el personal de salud y así genere un adecuado crecimiento y desarrollo del infante. Situaciones como la pandemia hizo que otros miembros de la familia desarrollen el rol de cuidador del infante por la ausencia de los progenitores, como muestran cifras de Latinoamérica sobre pérdida de los padres y la orfandad.

2.2.4.1. Conocimiento del Cuidador.

El desarrollo de la crianza de los niños se relaciona por la intervención de los padres en su calidad de cuidadores, que permiten fortalecer la personalidad a través de las características como creencias, cultura y vivencias. El informe presentado por CEPAL, refiere sobre los cuidados sensibles y cariño que debería conocer e impartir el cuidador, para un entorno estable, saludable de pleno desarrollo en interacción con los servicios de salud y la comunidad (44).

La norma técnica de crecimiento y desarrollo, hace referencia sobre pautas de crianza y conocimiento del cuidador que debería adoptar.

a. Las facetas de crianza.

- i. Estrategias orientadas a la disciplina que refuerce las actividades adecuadas y entrega de afecto mutuo, como relación cuidador e infante.
- ii. El cuidado que se establece con el infante, debe fortalecer el vínculo con el niño que está orientado en los distintos escenarios como el proceso de aceptación, manejo psicológico, la negativa, para una adecuada formación de su independencia y autonomía del niño (9).
- iii. La coherencia debería ser clara en los mensajes de los cuidadores hacia los niños durante las prácticas de su cuidado, esto permitirá conocer los límites y respeto para un adecuado interaccionar con su entorno.
- iv. La seguridad es una medida importante que se tiene que mantener de parte de los cuidadores al interactuar y dirigirse hacia los niños y niñas

menores de 5 años, porque son los principales agentes que transmitirán de forma positiva el comportamiento hacia los niños.

b. Consideraciones de crianza y cuidados.

- La estabilidad familiar que debe mantenerse para brindar seguridad al niño, puede alterarse por diferentes circunstancias como, separación y/o ausencia de los padres, crisis económica y desastres naturales.
- El cuidado y la crianza debe ser evitado por estereotipos.
- Los padres deben ser partícipes y conocedores sobre el manejo de estrés en apoyo del personal de salud, para tomar mejores medidas frente a situaciones donde el niño o niña esté en un escenario de conflicto, para evitar situaciones de violencia, maltrato y abandono.
- El cuidador debe conocer como impartir el tiempo brindado al niño o niña, y que este sea de calidad (9).

c. Intervención del personal de salud sobre el cuidador.

- La orientación que recibe el cuidador del niño menor de 5 años, debe estar orientado a la realidad de su entorno, como su situación económica, acceso de agua, prácticas culturales e higiene.
- Durante la evaluación del niño o niños por el personal de salud, se orienta al cuidador, que, siempre al tomar o desarrollar algún movimiento del lactante, se debe mantener el contacto visual, de esta manera se fortalece el apego, y también debe estar presente la comunicación.
- Se orienta al cuidador, que durante la higiene, se tiene que contar con todos los materiales, además que la temperatura del agua debe estar adecuado (aproximadamente 36°C), además de evitar las corrientes de aire.
- Se explica al cuidador, la importancia de los movimientos que realiza

el niño o niña, este debe ser de forma placentera, además debe propiciar la posición adecuada y sostén para mayor seguridad.

- Brindar los tiempos adecuados al niño durante su vestir de acuerdo a su desarrollo.
- Es importante que la ropa sea holgada, de un material adecuado para el infante.
- Durante el cuidado del infante, se orienta al cuidador mantener la autonomía de acuerdo a su edad, además de incentivarlo a realizar actividades de acuerdo a su crecimiento y su desarrollo, como el lavado de manos, vestirse, iniciar a conocerse por sí mismo, etc. (9).

2.2.5. Etapas de la Infancia.

La palabra infante, etimológicamente proviene de la palabra en latín *infantia*, que tiene un significado como incapacidad para hablar; en este sentido, el individuo en esta etapa, manifiesta la relación entre él y la capacidad de lenguaje que se desarrolla en un periodo sin especificación de inicio en concreto mediante el juego. También es una etapa de constantes cambios mediados por su crecimiento y desarrollo (27).

De acuerdo a la norma técnica de crecimiento y desarrollo del niño del Minsa, la etapa llamada la primera infancia, puede comprender desde el nacimiento hasta los 8 años de edad, también hace mención sobre la etapa en la cual el cerebro se desarrolla en su máximo potencial y será de base fundamental para las fases posteriores. La UNICEF, también hace referencia a los cuidados esenciales que debe recibir un infante (28,29).

a. Edad y etapa de la infancia.

La primera infancia se divide en varias fases que están condicionadas por la edad, algunas literaturas extienden hasta los 8 años. Algunos organismos internacionales como la UNICEF; las separa en tres fases.

- Desde la concepción hasta el nacimiento. Delimitado como el periodo prenatal, en el cual los cuidados maternos son fundamentales para el desarrollo. Sin embargo, el periodo desde la concepción hasta el

primer año de vida del infante, es una etapa de gran importancia para el desarrollo cerebral, por la velocidad alcanzada en el primer año de vida que está condicionada por diferentes factores, como, la nutrición, la estimulación y la protección brindada de parte de los padres.

- Del nacimiento hasta los 3 años de edad. Este periodo de desarrollo cerebral continua a una velocidad creciente, sigue dependiendo de factores como, una adecuada nutrición, estimulación recibida mediante las interacciones lúdicas que cumplen un refuerzo positivo en participación con los cuidadores que pueden impartir cariño hacia el infante.
- Edad preescolar. Esta etapa se considera desde los 3 años de edad hasta antes del inicio de la etapa escolar. En este periodo sigue el crecimiento y desarrollo constante, donde los factores externos de nutrición, cuidado y atención de salud son importantes (28).

b. Puntos clave en el periodo de infancia.

La neurociencia como herramienta fundamental para comprender el desarrollo y su relación con el crecimiento del infante, permite un mejor entendimiento de los factores que potencian esta etapa, como la nutrición, estimulación y la protección positiva que hacen referencia en la revista Lancet en el 2016, donde hace referencia de los cinco cuidados básicos que involucra en la etapa de la infancia denominados “cuidados adecuados”

- Atención sanitaria. En este ítem, hace referencia a las inmunizaciones, prevención y tratamiento de las enfermedades prevenibles en la infancia, garantizar agua potable, saneamiento e higiene.
- Nutrición adecuada. Garantizar su nutrición adecuada y cumplimiento de los nutrientes propios de su edad, desde su nacimiento en su etapa de lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida, y luego la incorporación de la ablactancia de calidad.
- Protección. Debe garantizarse asegurar que no se cree un ambiente de violencia en su entorno, así como la contaminación ambiental y/o

conflictos que pueda desarrollarse en su nación.

- Cuidados responsables. Involucra la interacción que se desarrolla con el infante por parte de la madre, padre o cuidador, mediante el juego, y la alimentación adecuada.
- Aprendizaje temprano. Se debe garantizar la educación temprana del infante, mediante actividades como el juego y la interacción entre adultos y compañeros de edades similares (28).

c. Control y desarrollo del infante

Son evaluaciones periódicas desarrolladas por el profesional de salud en interacción con el infante y el cuidador. Según la norma técnica de control de crecimiento y desarrollo del niño, está orientada a prevenir enfermedades prevalentes de la infancia, así como identificar de manera precoz. Adicionalmente, potenciar su adecuado crecimiento mediante la ganancia de peso y talla de forma favorable; también realizar actividades de estimulación temprana para potenciar el desarrollo adecuado. Este control de crecimiento y desarrollo hace referencia a distintos componentes (29).

- Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales. En esta evaluación se identifica los riesgos que puedan afectar su crecimiento y desarrollo, así como el contacto del primer control del recién nacido, además de la identificación individualizada de forma periódica. Algunas situaciones de riesgo individualizados: niños en proceso de adopción, niño sin cuidador estable y/o estado de malnutrición. Algunos de estos sucesos son condiciones de infantes luego de la pandemia.
- Evaluación física y neurológica. Hace referencia a examinar correctamente el examen físico y neurológico.
 - Control de función visual. Se realiza de forma periódica de acuerdo a la edad del infante.
 - Control de la función auditiva. Permite de la detección temprana de patologías que pueden recibir tratamiento de forma oportuna.

- Evaluación de enfermedades prevalentes en la infancia. Disminuir los riesgos de enfermar o recibir tratamiento oportuno.
- Evaluación de crecimiento estado nutricional. Referente a la ganancia de peso periódico.
- Control de calendario de vacunación. Cumplimiento con la aplicación de las vacunas de acuerdo a su edad.
- Control del desarrollo. Evaluación neurológica periódico (29).

2.2.6. Realidad del Infante Post Pandemia.

La pandemia fue un suceso que transformó la vida cotidiana de los infantes y sus familias; en el caso de los infantes que tenían situaciones económicas precaria y de bienestar difíciles, las situaciones pandemia empeoró. Diversas medidas fueron instaladas en diferentes países para poder reducir los contagios; para mencionar, en el caso de nuestro país, se cerraron los servicios de primer nivel de atención, y eso trajo como consecuencia, que los infantes no accedan al servicio de control de crecimiento y desarrollo, cumplimiento con el calendario de vacunación, evaluación médica por otras patologías.

En cuanto a la educación, también fue suspendida, luego adoptaron otras estrategias para retomar, situación que afectó al infante en su estimulación e inicio de su educación preescolar; muchos de ellos sin la posibilidad de acceso a internet. Según la UNICEF, 168 millones de estudiantes tuvieron las escuelas cerradas, de las cuales, las 2/3 partes son de Latinoamérica. Respecto a su nutrición, cerca de 6 millones de niños menores de 5 años, habrían sufrido desnutrición (30).

Otra situación que cambio la realidad del infante y lo coloca en una situación de vulnerabilidad que se suma a la situación de salud, economía y bienestar deteriorada por pandemia, es la pérdida de uno de los padres o el tutor a cargo, quienes brindaban la protección y el cuidado para su adecuado crecimiento y desarrollo. El National Geographic, hace referencia a que unos 10,4 millones de niños de todo el mundo, perdieron a uno de sus padres o cuidadores durante la pandemia; también hace referencia que este grupo de infantes los pone en riesgo de abuso, pobreza y problemas de salud mental, como depresión, ansiedad entre otros (31).

En Perú, los niños y niñas que quedaron en calidad de huérfanos fueron 98 000, tal como

señala la cadena informativa Francia 24.

2.2.7. Estado Nutricional del Infante Post Pandemia.

a. La nutrición del infante.

Es un proceso que se inicia con la lactancia materna mínimamente hasta los 6 meses, fortalece el vínculo madre e hijo. Luego se le proporcionará alimentos blandos, semisólidos a partir de los 6 meses. Según publicaciones referente al inicio y permanecía de la lactancia materna, cerca del 40 % a nivel mundial, no garantiza la continuidad de este tipo de lactancia; además cerca de la mitad de niños de 6 hasta los 23 meses, no cubren sus requerimientos para un adecuado crecimiento y desarrollo, todo esto condiciona a un niño a estar en riesgo de padecer enfermedades prevalentes y retraso en su crecimiento y desarrollo (28).

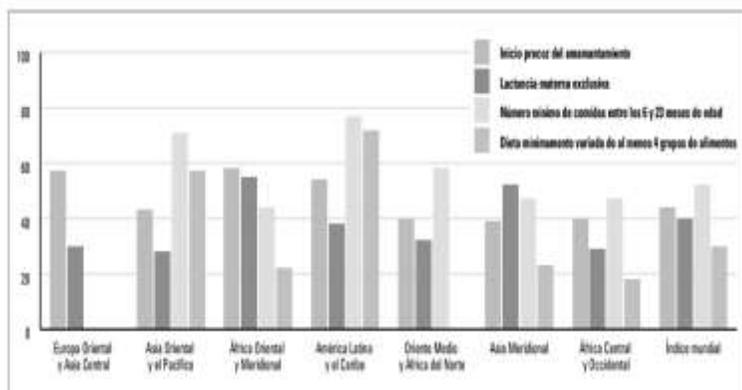


Figura 13. Nutrición del infante. Centro de estadística 2017.

Nota. Tomado de la primera infancia importa para cada niño. UNICEF. (28)

b. Valoración del estado nutricional

Anamnesis. Es importante en esta etapa, la recopilación de existencia de enfermedades agudas o crónicas, el inicio de la lactancia o su interrupción, así como el destete. También sus alimentos que consume a diario y la higiene empleada en la preparación, y la cantidad que consume al día (32).

Exploración clínica. Se inspeccionará la carencia de algunos nutrientes y afectaciones patológicas.

Antropometría:

- **Peso.** Es un indicador que hace referencia a su masa corporal.
- **Talla.** Es un indicador que hace referencia a su crecimiento en longitud.
- **Perímetro cefálico.** Se realiza mediante la medición de la cabeza del recién nacido mediante una cinta métrica, y si el resultado se encuentra por debajo del percentil 50, estaremos bajo la sospecha de una microcefalia, malnutrición crónica intrauterina o durante el desarrollo de la primera infancia.
- **Relación de peso y talla.** Nos permite relacionar estos dos parámetros y poder ubicarlos entre el percentil 90 y 10. Fuera de ellos serían patológicos (32).
- **Medidas antropométricas.** Se pueden identificar en distintas literaturas, como el caso de los siguientes índices internacionales:
 - **Índice de Quetelet.** Es una medición que tiene como referencia al peso y talla, sin embargo, se hace las correcciones por la talla alta con bajo peso en familiares.

$$IQ = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$

- **Índice nutricional de Waterloo.** Nos brinda diferencias mediante la relación de peso, talla y la edad, en malnutrición aguda o crónica (32).

$$\% \text{ Peso para talla } P_{50} = \frac{\text{Peso actual (kg)} \times 100}{\text{Peso para la talla en } P_{50} \text{ (kg)}}$$

Tabla 1. Estadios de Malnutrición aguda.

Estadio 0 (normal)	Mayor del 90 %
Estadio 1 (Malnutrición leve)	80 % - 90 %
Estadio 2 (malnutrición moderada)	70 % - 80 %
Estadio 3 (malnutrición grave)	Menos del 70 %

Nota: Estadaje de la malnutrición infantil por porcentaje, tomado de: Norma técnica de control de crecimiento del niño. (29)

Tabla 2. Malnutrición crónica.

Estadio 0 (normal)	Mayor del 95 %
Estadio 1 (Malnutrición leve)	90 % - 95 %
Estadio 2(malnutrición moderada)	85 % -90 %
Estadio 3 (malnutrición grave)	Menos del 85 %

Nota. Estadiaje de la malnutrición infantil por porcentaje, tomado de: Norma técnica de control de crecimiento del niño. (29)

- **Medidas antropométricas según la Norma técnica de control de crecimiento y desarrollo menor de 5 años (MINSA).**

Se definen según las desviaciones estándares entre +2 y -2 según las medidas antropométricas descritas en los siguientes cuadros. Durante las consultas se hace uso del carnet del niño sano donde se grafican el peso y talla (anexo A) (29).

Indicador	Definición	Grupo de edad a utilizar
Peso para la edad (P/E)	Peso global	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	Estado nutricional actual	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	Crecimiento longitudinal	≥ a 29 días a < 5 años
Perímetro cefálico para edad (PC/E)	Macrocefalia o microcefalia	≥ a 29 días a < 3 años

Figura 14. Medidas antropométricas.

Nota. Relación del peso, talla y edad del infante respecto a su estado nutricional, tomado de: Norma técnica de control de crecimiento del niño (29).

Tabla 3. Clasificación nutricional de los indicadores antropométricos.

Bajo peso o desnutrición global	P/E: esta debajo de -2DS
Desnutrición aguda	P/T: esta debajo de -2DS
Talla baja o desnutrición crónica	T/E: esta debajo de -2DS
Sobrepeso	P/E: esta encima de +2DS
Obesidad	P/E: esta encima de +3DS

Nota. Relación del peso, talla y edad del infante respecto a su estado nutricional, tomado de: Norma técnica de control de crecimiento del niño (29).

- **Ganancia de peso y talla.**

En el caso de los niños es gradual. El incremento de peso es proporcional con el tiempo y también la talla, que luego serán relacionados entre sí, como también con la edad.

EDAD	INCREMENTO POR MES /AÑO
0 – 3 MESES	4 cm. / mes
4 – 6 MESES	2 cm. / mes
7 – 12 MESES	1 cm. / mes
1 – 2 años	10 a 12 cm. / año
2 – 5 años	5 a 7 cm. / año

EDAD	GRAMOS POR DÍAS	GRAMOS POR MES
0 – 3 MESES	40	1000 - 1200
4 – 6 MESES	30	800 - 900
7 – 12 MESES	25	700 - 800
1 – 2 AÑOS	15	400 - 450
2 – 5 AÑOS	10	2 a 3.5 kgr. / años

Figura 15. Talla y Peso.

Nota. Ganancia de peso y talla por trimestres, tomado de: Norma técnica de control de crecimiento del niño. (29)

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Anemia.

Situación patológica donde el infante presenta una hemoglobina por debajo de los rangos normales.

2.3.2. Conocimiento del Cuidador.

El cuidador es la persona que está a cargo del niño menor de 5 años, cumple el rol de identificar medidas de alarma y reforzar las de protección frente a las enfermedades que afectan en la infancia.

2.3.3. Crecimiento y Desarrollo del Infante.

Es una etapa donde la velocidad de ganancia de peso y talla está en ascenso para lograr los estándares de acuerdo a su edad, el desarrollo es la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas cognitivas logrados de acuerdo a su edad. Ambos procesos son incentivados por diferentes componentes como los padres o cuidadores y la intervención del personal de salud.

2.3.4. Cuidador.

Persona que realiza actividades de protección, seguridad y apoyo hacia el infante que puede guardar un vínculo sanguíneo o no; sin embargo, esta bajo su resguardo.

2.3.5. Enfermedades Diarreicas.

Patologías que afectan al infante como consecuencia principal de falta de higiene, y como consecuencia deshidratación.

2.3.6. Enfermedades Prevalentes.

Patologías presentes en los niños menores de 5 años, que incluyen infecciones de tracto respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, desnutrición, anemia y parasitosis.

2.3.7. Enfermedades Respiratorias.

Patologías que afectan al infante a nivel de las vías respiratorias altas y bajas que causan morbimortalidad.

2.3.8. Estado Nutricional.

Situación en relación a su peso, talla y edad actual del infante post pandemia.

2.3.9. Factores Protectores.

Son medidas adoptadas por el cuidador y su entorno para prevenir la aparición de enfermedades en la infancia, fortalecer la salud y su adecuado crecimiento y desarrollo.

2.3.10. Infante.

Es la etapa del ser humano que está en el rango de nacimiento hasta los 8 años llamado la primera infancia, donde está sujeto a una velocidad acelerada en su crecimiento y desarrollo.

2.3.11. Signos de Alarma.

Son medidas y pautas que permiten identificar los riesgos frente a las enfermedades prevalentes en la infancia, y como consecuencia, retrasan el adecuado crecimiento y desarrollo del infante.

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General.

La relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia es significativa.

3.1.2. Identificación de Variables.

Variable 1. Nivel de conocimiento del cuidador sobre enfermedades infancia.

Variable 2. El estado nutricional infantil post pandemia.

3.2. Matriz de Operacionalización de Variables – Facultad de CC. SS.

Título: Relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Operacionalización		
					Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable
<p>Nivel de conocimiento del cuidador sobre enfermedades infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023</p> <p>Estado nutricional infantil post pandemia</p>	Es las ideas, opiniones que tiene la persona que es encargada de cuidador al menor de 5 años respecto a las enfermedades en la infancia en cuanto a los signos de alarma y medidas protectoras	Es la información que tiene la persona que cuida al niño menor de 5 años y identificara los signos de alarma y las medidas protectoras de las enfermedades como IRAS, EDAS y anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de Signos de alarma de IRA • Conocimiento de medidas protectoras de IRA • Conocimiento de Signos de alarma de EDAS. • Conocimiento de medidas protectoras de EDAS • Conocimiento de Signos de alarma de Anemia. • Conocimiento de medidas protectoras de Anemia • Grados de desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Retracción costal. • Respiración aumentada • Temperatura elevada • Dificultad para beber o lactar • Inmunizaciones • Lactancia materna • Ambiente • Medidas áreas • Diarrea, • Fiebre • Hiporexia • Vómito • No lacta • Ojos hundidos • Lavado de manos • Higiene de alimentos • Lactancia materna • Inmunizaciones • Cansancio • Palidez • Debilidad • Pérdida de apetito • Alimentos ricos en hierro • Profilaxis de hierro • Tamizaje de hierro • Desnutrición aguda. • Desnutrición global. • Desnutrición crónica 	<p>Alto: Más 17</p> <p>Medio: 11 – 16</p> <p>Bajo: menos de 11</p> <p>Peso</p> <p>Talla</p>	Ordinal	Cuantitativa – politomica

Capítulo IV

Metodología

4.1. Método, Tipo y Nivel de la Investigación

4.1.1. Método de la Investigación.

Se utilizó el método científico, del modo hipotético deductivo, porque se planteó una hipótesis para llegar a los resultados.

4.1.2. Tipo de la Investigación.

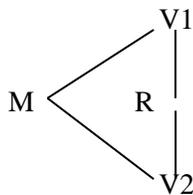
Se empleó el tipo de investigación básica, ya que el problema no se resuelve por completo, sin embargo, sirve de base para nuevas investigaciones que se desarrollaran. Es de enfoque cuantitativo, porque se procesaron los datos de manera numérica (45).

4.1.3. Nivel de la Investigación.

El nivel de la investigación fue descriptivo – relacional, porque se especificaron las características y rasgos fundamentales, además se estableció una relación entre ambas variables descriptivas (45).

4.2. Diseño de la Investigación

Se trató de un estudio no experimental, transversal y correlacional.



4.3. Población y Muestra

4.3.1. Población.

La población estuvo conformada por todos los cuidadores de niños menores de 5 años que asistieron a consulta de los servicios del centro de salud con sus respectivos niños, fueron un promedio de 136 consultas.

4.3.2. Muestra.

La muestra se obtuvo de manera no probabilística y censal; es decir de todos los cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión.

a. Criterios de inclusión

- Cuidadores de niño menor de 5 años.
- Niños menores de 5 años que hayan tenido al menos tres consultas durante el primer semestre.
- Cuidadores que desearon participar del estudio.

b. Criterios de exclusión.

- Cuidadores de niños mayores de 5 años.
- Cuidadores esporádicos (horas) del menor de 5 años.
- Niños menores de 5 años que hayan tenido menos de tres consultas.
- Cuidadores que no desearon participar del estudio.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.4.1. Técnicas.

La técnica que se utilizó fue la encuesta, la misma que se aplicó a cada participante.

4.4.2. Instrumentos de Recolección de Datos.

Los instrumentos fueron tomados de tres estudios diferentes que fueron validados por juicio de expertos y pruebas de confiabilidad.

A. Diseño.

a. Encuesta

Parte A: características sociodemográficas del cuidador, tales como edad, número de hijos, procedencia, nivel de instrucción y ocupación, además de las características socioeconómicas.

Parte B: Conformado por preguntas de tipo cerrada con respuestas politómicas; a cada ítem se le asignó un valor de 2 puntos para las respuestas correctas y 0 puntos para las incorrectas, haciendo un máximo de 25 puntos y un mínimo de 0 puntos.

b. Curvas estandarizadas de niños menores de 5 años.

Confiabilidad. Los instrumentos utilizados contaron con la prueba de alfa de Cronbach para determinar la validez que se detalla en el anexo 5.

Validez: Los tres instrumentos contaron con la valoración de juicio de expertos en las diferentes áreas de salud, como enfermeras, médicos o nutricionistas. Se detalla en el anexo 5.

4.4.3. Técnicas de Procesamiento de Datos.

Al término de la aplicación de las encuestas mediante los instrumentos descritos, se procedieron a almacenar los datos en el programa Microsoft Excel versión 2019; luego se procedió a la verificación y traslado de los datos al programa SPSS versión 25, donde se finalizó con el análisis de los datos. Posteriormente se realizó la elaboración de tablas y figuras para plasmar los resultados obtenidos. Adicionalmente se analizó la relación de las variables y las dimensiones a través del estadístico Chi Cuadrado.

4.4.4. Procedimiento de la Investigación.

Se realizó la recopilación de información de acuerdo a la interrogante de investigación y área que se deseaba investigar. Por tal motivo se elaboró el plan de tesis y se procedió a solicitar la revisión por el Comité de Ética, quienes evaluaron aspectos metodológicos, éticos y legales, del

proyecto de investigación. Luego de la aprobación, se realizaron los trámites en el Centro de Salud Ermitaño Bajo, para la obtención de los permisos y poder recolectar los datos; al obtener los permisos correspondientes con el oficio el N.º 001-2023; se procedió con la recolección de datos según el cronograma presentado. El desarrollo de esta parte consistió en la entrevista mediante la encuesta a los cuidadores de los niños menores de 5 años en la sala de espera del centro de salud, previa presentación del consentimiento informado a los cuidadores y luego de su aceptación se procedió con la aplicación del instrumento de investigación.

4.5. Consideraciones Éticas.

La investigación fue revisada por el comité de ética de la Universidad Continental;

Se informó a cada participante con un consentimiento informado. Se declara que la investigación es autofinanciada y que no hay conflicto de intereses, los instrumentos fueron validados.

Capítulo V

Resultados

5.1. Presentación de Resultados

5.1.1. Conocimiento del Cuidador sobre las Enfermedades Prevalentes.

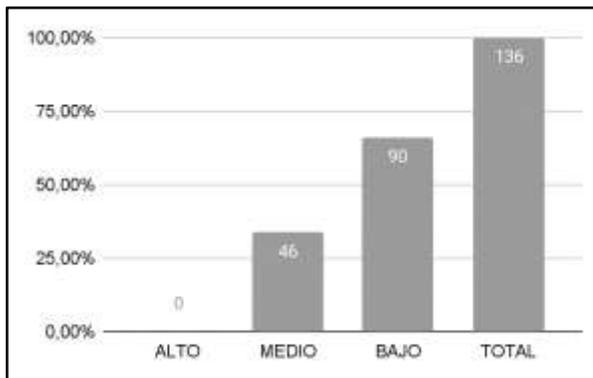


Figura 16. Nivel de conocimiento del cuidador sobre enfermedades prevalentes.

La figura 16, señala que el 33,86 % de cuidadores poseen un nivel medio de conocimiento sobre enfermedades prevalentes, y el 66,17 % un nivel bajo. No se encontró cuidadores con nivel alto.

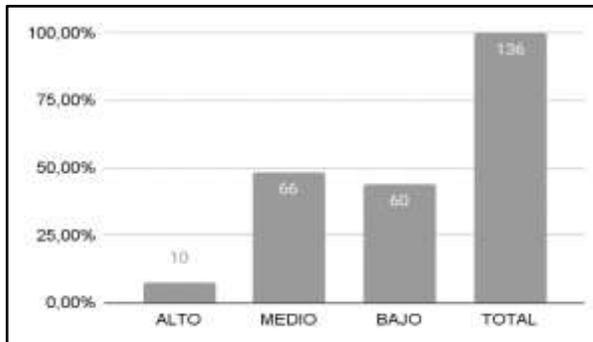


Figura 17. Nivel de conocimiento del cuidador sobre signos de alarma de las enfermedades prevalentes.

La figura 17, señala que el 48,52 % de cuidadores tienen un nivel medio de conocimientos sobre los signos de alarma de enfermedades prevalentes como las IRAS, edad y la anemia. El 44,11 % presentan un nivel bajo.

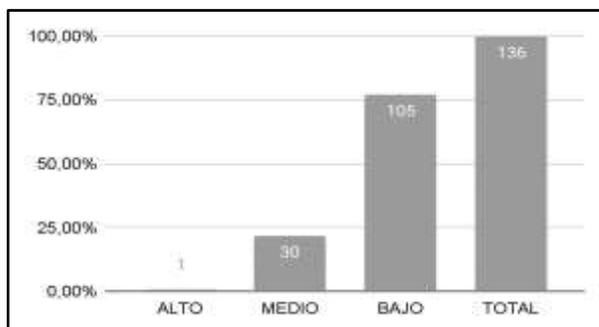


Figura 18. Nivel de conocimiento del cuidador sobre medidas protectoras sobre las enfermedades prevalentes.

La figura 18, señala que el 77,20 % de cuidadores posee un nivel bajo de conocimientos sobre las medidas protectoras de enfermedades prevalentes. El 22,05 % presenta un nivel medio.

5.1.2. Estado Nutricional del Niño Menor de 5 años.

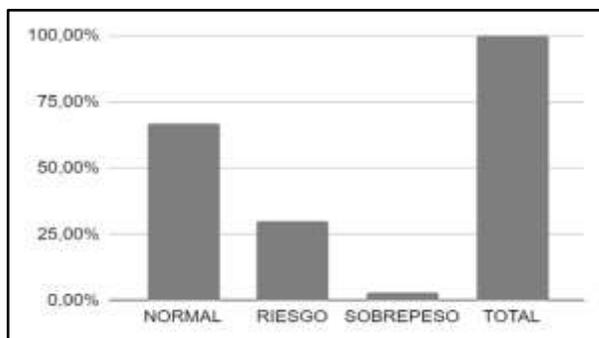


Figura 19. Estado nutricional: respecto a la desnutrición global.

La figura 19, señala que el 30,30 % de niños menores de 5 años se encuentran en riesgo de desnutrición. El 3,03 % presentan sobrepeso.

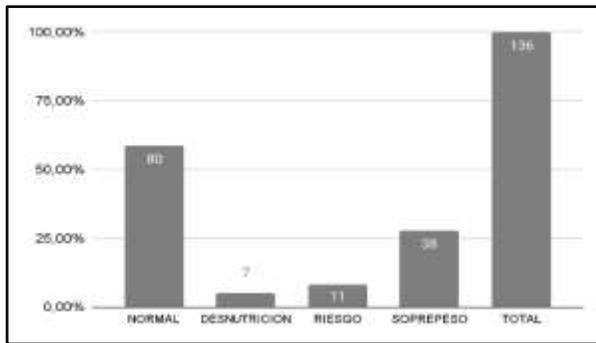


Figura 20. Estado nutricional: respecto a la desnutrición aguda.

En la figura 20 se observa que el 5,10 % de niños menores de 5 años se encuentran en condición de desnutrición aguda, y un 27,90 % con sobrepeso.

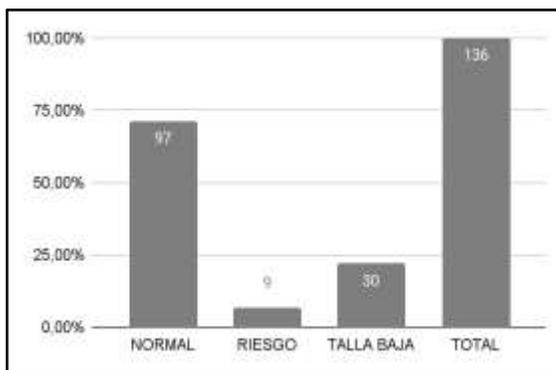


Figura 21. Estado nutricional: respecto a la desnutrición crónica.

En el Figura 21, el 22,05 % presenta la condición de talla baja, y el 6 % se encuentra en riesgo de padecer desnutrición crónica.

5.1.3. Datos de Filiación

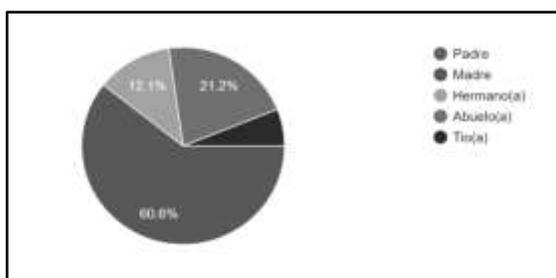


Figura 22. Relación del cuidador y el niño menor de 5 años

En el figura 22, se observa que el 60,6 % de cuidadores está a cargo de la madre, sin

embargo, el 21,2 % está bajo la tutela de la abuela.

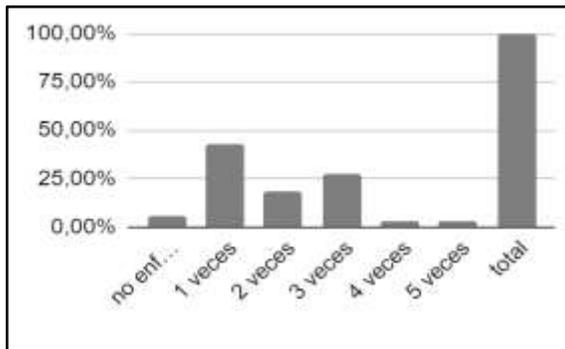


Figura 23. Número de veces que enferman en los últimos 6 meses.

En el figura 23, se observa que 27,27 % de niños menores de 5 años, tuvieron al menos tres episodios de enfermedad, y el 17,17 % al menos dos veces en los últimos 6 meses.

5.1.4. Prueba de Hipótesis General

En la tabla 14, el 41,9 % de pacientes presentan nivel bajo de conocimiento sobre estado nutricional inadecuado. Respecto a las dimensiones: el 13,23 % alcanzó un nivel adecuado de conocimiento general, y el estado nutricional de los niños es inadecuado; el 24,26 %, presentó un nivel bajo de conocimiento sobre el estado nutricional adecuado, y el 20,5 % muestra un nivel adecuado de conocimiento.

Tabla 4. Análisis descriptivo de conocimiento y el estado nutricional.

	Conoce	No conoce	Total
Adecuado	20,5 %	24,26 %	44,76 %
Inadecuado	13,23 %	41,9 %	55,13 %
Total	33,73 %	66,16 %	100 %

H_a : Existe una relación significativa entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia.

H_0 : No existe relación significativa entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia.

La hipótesis es evaluada por las variables mediante la prueba estadística Chi Cuadrado, que se muestra en el anexo B.

Referente al anexo B se describe, Chi cuadrado es 7,15, con un p-valor menor a 0,01 (Chi cuadrado $p = 0,000$ y $0,000 < 0,01$), por lo tanto, la hipótesis nula fue rechazada y la hipótesis alterna se aceptó, con el nivel de confianza del 90 %. Por lo tanto, se concluye en la existencia de una correlación entre el nivel de conocimiento de enfermedades y estado nutricional infantil post pandemia, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

5.2. Discusión de Resultados

La dirección del trabajo de investigación, es identificar el conocimiento del cuidador y el estado nutricional del infante post pandemia, también la relación entre las dos variables.

Como resultado del análisis, nos mostró que un 66,17 % presentó un nivel bajo de conocimiento sobre las enfermedades prevalentes; este escenario se respalda en los diferentes estudios y estrategias diseñadas para fortalecer los cuidados de los infantes a través de los conocimientos de los cuidadores, como menciona la norma técnica de crecimiento y desarrollo (29), además de un estudio realizado por Arturo Guardian sobre conocimientos y enfermedades respiratorias, que también presenta porcentajes similares a los nuestros sobre los conocimientos de los cuidadores (13). Uno de los componentes referente a las enfermedades prevalentes en la infancia son los signos de alarma que nos permiten identificarlas y brindar atención con prontitud. En el trabajo de investigación se analizó que un 48,52 % de los cuidadores presentaba un nivel de conocimiento medio frente al 44,11 % de nivel bajo; esta situación podría ser contrastada por los diferentes estudios que informan que los niños en la actualidad post pandemia dejaron de ser cuidados por los padres, en algunos casos por ambos a causa de fallecimientos durante la pandemia, es así que los niños tienen como cuidadores a los abuelos, tíos u otro familiar (31,33). En el figura 22 muestra un porcentaje mayoritario de 60,6 % que el cuidador es la madre, sin embargo, también describe que un 21,2 % está a cargo de la abuela. Estas cifras también lo respaldan en los estudios realizados como el publicado en la National Geographic, que menciona el impacto de la orfandad de los infantes (31,40,41). Así como los signos de alarma nos permiten identificar las enfermedades en los infantes, otra dimensión que nos permite fortalecer la salud de ellos son las medidas protectoras frente a estas enfermedades, que son de importancia que conozcan los cuidadores; sin embargo, se obtuvo en el trabajo de investigación un 77,2 % de nivel bajo respecto al conocimiento del cuidado (31,34).

Sobre el estado nutricional de los niños menores de 5 años, se evidencia que un 30,3 % se encuentra en riesgo de desnutrición, así también, se evidencia que un 3,03 % se encuentra en

sobrepeso. Respecto al estado nutricional de los infantes, se menciona sobre la desnutrición, sin embargo, también están las situaciones de sobrepeso que hacen referencia a una nutrición inadecuada; como refiere AIEPI, la nutrición inadecuada del infante es uno de los problemas de salud que adolecen varios países y que el nuestro no es ajeno, sumado a esta situación es el problema de anemia, que en nuestro país estamos en un 40,5 %; porcentaje que podrían ser más elevados en otros países (34,29). La figura 21 nos muestra que el 22,05 % se encuentra en condición de talla baja y que un 6 % se encuentra en riesgo de padecer esta condición de desnutrición crónica. Son otras condiciones que no permiten que el infante tenga un adecuado crecimiento y desarrollo (16).

Otra situación que se logró analizar en el trabajo de investigación, es que, el 27,27 % de los infantes se enfermó en menos de 6 meses, adicionalmente el 21,1 % era cuidado por otro familiar.

Para concluir, luego del análisis de las variables, se identificó que existía la relación entre el conocimiento del cuidado y el estado nutricional del infante, sumado a todas las condiciones como el caso del cuidador, que en el caso de la madre es quien participa del control de crecimiento y desarrollo del infante en su gran mayoría, y respalda un estado nutricional favorable a través de los cuidados oportunos y la identificación de los signos de alarma y las medidas protectoras como el caso de las inmunizaciones. Sin embargo, en el caso del infante que presente algunos cuadros patológicos a repetición, hace que su crecimiento y desarrollo no sea el adecuado; por ende, la ganancia de peso no es la adecuada, ni la talla que hace que el niño se encuentre en una condición de riesgo de desnutrición (29,41,33).

Conclusiones

1. Existe una correlación entre el nivel de conocimiento del cuidador y el estado nutricional, lo cual quiere decir que la nutrición depende de cuánto sabe su cuidador. Se halló que el nivel de conocimiento del cuidador es medio bajo.
2. Se halló la condición de desnutrición crónica infantil, que se traduce talla baja en los infantes; así también, una condición de desnutrición aguda que tiene relación con el peso adecuado que no alcanza el niño.
3. Se encontró que los infantes presentaron al menos tres veces procesos de enfermedad en menos de 6 meses y que son cuidados por otros familiares.
4. En algunos casos cambió la dinámica familiar post pandemia, por fallecimiento y por alteración en la economía familiar.

Recomendaciones

Debido a los resultados de la investigación, sugerimos al centro de salud, a la jefe y todo el personal sanitario que se vincula directamente con el cuidador y el infante, las siguientes recomendaciones:

1. Reforzar mediante estrategias y actividades educativas, se difunda temas sobre la importancia de identificación y prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia.
2. Concientizar a los cuidadores sobre los signos de alarma y las medidas protectoras de las enfermedades prevalentes en la infancia.
3. Informar en cada consulta de crecimiento y desarrollo, así como de pediatría, sobre el estado actual del infante y la importancia de evitar procesos de enfermedad para favorecer su estado nutricional y alcanzar su adecuado crecimiento y desarrollo
4. Enfatizar el seguimiento en aquellos infantes que tienen problemas de salud a repetición, para que su crecimiento y desarrollo no presente un logro decreciente.
5. Socializar los resultados que se obtuvieron de la investigación con grupos asistenciales, para impulsar nuevas estrategias a fin de favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo del infante post pandemia. También se debería realizar nuevas investigaciones que permitan brindar información con un seguimiento más largo en el tiempo.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud – OMS. Washington, DC.: Salud del niño. Informe de grupo de científicos de la OMS. Ginebra: abril 2013 [Internet]. [citado el 18 agosto 2022]. Disponible en: <https://lc.cx/6y62sh>
2. Organización Panamericana de la Salud – OMS. Washington, DC.: Estrategia de plan de acción para la salud integral en la niñez; Informe de grupo de científicos de la OPS. abril – 2013. [Internet]. [citado el agosto 2022]. Disponible en: <https://lc.cx/XsZsG->
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Morbilidad y estado nutricional de niños y madres. Perú. 2021. [Internet]. [citado el 20 setiembre de 2022]. Disponible en: <https://lc.cx/X2RYVy>
4. ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú. 2021 [Internet]. [citado 20 setiembre de 2022]. Disponible en: <https://lc.cx/3IJJb9>
5. Meyerowitz EA, Richterman A, Gandhi RT, Sax PE. Transmisión of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. *Ann Intern Med* [Internet]. enero de 2021 [citado el 20 enero 2023];174(1):69–79. Disponible en: <https://lc.cx/a5tanf>
6. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med* [Internet]. el 26 de marzo de 2020 [citado el 20 de enero de 2023];382(13):1199–207. Disponible en: <https://lc.cx/H2cNuz>
7. Silverberg SL, Zhang BY, Li SNJ, Burgert C, Shulha HP, Kitchin V, et al. Child transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr* [Internet]. diciembre de 2022 [citado el 24 de junio de 2022];22(1):172. Disponible en: <https://lc.cx/OjkUZJ>
8. Silverberg SL, Zhang BY, Li SNJ, Burgert C, Shulha HP, Kitchin V, et al. Child transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr* [Internet]. diciembre de 2022 [citado el 24 de enero de 2023];22(1):172. Disponible en: <https://lc.cx/OjkUZJ>
9. Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA [Internet]. [citado el 24 de junio de 2022]. Disponible en: <https://lc.cx/uaK0nK>

10. Olga María París Pineda. Lisette Katherine Cárdenas Sandoval. Factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia en hogares de atención integral. Revista Cubana de Pediatría. [Internet].Junio de 2021. [citado el 24 de enero de 2023]; 93(4):15. Disponible: <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1280>
11. Minsa. Manual de Cuidados durante el Crecimiento y Desarrollo del niño y la niña menores de 5 años en el contexto de la COVID-19. ESSALUD – 2021. [Internet]. [citado 20 enero de 2023]. Disponible en: <https://lc.cx/190Iji>
12. Diana Hincapié. Florencia López-Boo. Marta Rubio-Codina. El alto costo del COVID-19 para los niños. Banco Interamericano de Desarrollo. [Internet] Junio del 2020. [citado el 24 de enero de 2023]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/el-alto-costo-del-covid-19-para-los-ninos-estrategias-para-mitigar-su-impacto-en-america-latina-y>
13. Arturo Eugenio Gurdíán Flores. Carlos Fernando Mairena Sáenz. Conocimientos y prácticas de madres o cuidadoras de niños menores de 5 años en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas: Tesis descriptiva. en 2016. [Internet]. Universidad autónoma de Nicaragua. 2016.. [citado el 22 de enero de 2023]. Disponible en: <https://lc.cx/W0K2HG>
14. Claudio Castillo. María Luisa Marinho. Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe. Naciones unidas- CEPAL[Internet]. diciembre de 2022 [citado el 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://lc.cx/2PmEGI>
15. Carlos Alberto. Ruiz Camacho. Enfermedades prevalentes en menores de 5 años del centro de salud Sauces. 2017: Tesis en 2016. [Internet]. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. 2017. [citado el 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://lc.cx/xieq4T>
16. Moncada Blanco Andrea, Villanueva Herrera Alba, Relación entre el estado nutricional y las patologías presentes en el lactante y pre escolar hospitalizados en el E.S.E Hospital del niño Barranquilla – Colombia: Tesis en 2019. [Internet]. Universidad Libre Seccional Barranquilla. Facultad de Ciencias de la Salud.2019 [citado el 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://lc.cx/udXnBM>
17. Núñez Martínez Beatriz, Meza Miranda Eliana y Sanabria Fleitas Tania. Conocimiento y prácticas de cuidadores de niños de 2 a 5 años sobre la alimentación infantil en el hospital materno infantil Loma de Payta. Tesis en 2020. [Internet]. Universidad Autónoma de

Asunción – Paraguay (2020). [citado el 12 de febrero de 2023] Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v18n1/1812-9528-iics-18-01-47.pdf>

18. Cardoz Romero Paola, Reyes Gavino Patricia y Espinoza Rodríguez Juan. Conocimiento de los cuidadores de niños sobre signos de alarma y factores de riesgo de enfermedades diarreicas aguda. Sociedad española de médicos generales y de familia. España. [Internet]. Junio de 2017. [citado el 24 de enero de 2023]; 12:4. Disponible en: <https://lc.cx/dbhY-4>
19. Luna Hernández José, Hernández Arteaga Isabel y Rojas Zapata Andrés. Nutritional Status and Neurodevelopment in Early Childhood. Revista Cubana Salud Publica. Cuba. [Internet]. Diciembre de 2018. [citado el 24 de enero de 2023];44(4.). Disponible en: <https://lc.cx/uUkC3U>
20. Jerí Leguía J. Prácticas del cuidador en el cuidado infantil y desarrollo psicomotor del preescolar que asiste a la I.E.P Unicornio, Huancayo - 2019. 2020. Tesis en 2020. [Internet]. Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la salud. 2020. [citado el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://lc.cx/EOdZgT>
21. Begazo Arteaga R. Asociación entre enfermedades diarreicas agudas, desnutrición crónica y variables sociodemográficas en menores de 5 años en Perú, empleando la base de datos de la ENDES 2019. Tesis en 2020. [Internet]. Universidad Cayetano Heredia. [citado el 12 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9727>
22. Caycho Portugués AN. Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud Cooperativa Universal-2021. 2021. Tesis en 2021. [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal. [citado el 20 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3289550>
23. Quispe Bernal PL. Nivel de conocimiento sobre AIEPI clínico en médicos SERUMS, periodo octubre 2017-2018. Tesis en 2019. [Internet] Repositorio Académico Universidad San Martín de Porres. 2019. [citado el 12 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://lc.cx/QvM639>
24. Arteaga Poma Lisbeth, Cáceres García Jhair y Chaponan Camasca Brian. Conocimiento y practica del cuidador primario sobre el cuidado de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 en un servicio I-3. Lima – Perú (2020). Tesis en 2020. [Internet] Repositorio de la Universidad Cayetano Heredia. [citado el 12 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://shre.ink/ryMW>

25. Palomino Silva Isabella. Conocimiento de los cuidadores sobre alimentación infantil y estado nutricional del preescolar del colegio Getsemaní. Lima – Perú (2019). Tesis en 2020. [Internet] Repositorio de la Universidad Cayetano Heredia. [citado el 12 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://shre.ink/ryMT>
26. Canahuire Condori Shiuny. Realizo un estudio sobre atención integrada de enfermedades prevalentes de a infancia que influye en el control del estado nutricional del niño menor de 5 años. Juliaca – Perú (2022). Tesis en 2022. [Internet] Universidad Andina Néstor Cáceres Velasquez.2022. [citado el 12 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://shre.ink/ryMQ>
27. Acuña Bermúdez Edgar Alfonso. La infancia desde una perspectiva del psicoanálisis. Un breve recorrido por la obra de Klein y Freud. Brasil – 2018. [citado el 12 de febrero de 2023] v. 50.1, p. 325-353, 2018 Disponible en: <https://shre.ink/ryM2>
28. Rebello Britto Pia. Informe “la primera infancia importa para cada niño”. UNICEF [Internet] setiembre de 2017. [citado el 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://shre.ink/ryMc>
29. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima – Perú 2017. [Internet]. [citado el 28 de enero de 2023] Disponible en: <https://shre.ink/ryMa>
30. UNICEF: How the COVID – 19 Pandemic has scarred the Word’s children. Informe de científicos de UNICEF: New York: Marzo del 2021 [Internet]. [citado el 18 febrero 2023]. Disponible en: <https://shre.ink/ryMI>
31. Amy Mckeever.. Huérfanos de la Pandemia: otra consecuencia del COVID-19. National Geographic [Internet]. mayo 2022. [citado el 24 de enero de 2023]. Disponible en: <https://shre.ink/ryM9>
32. Segarra Canton o.; Redecillas Ferreiro s.; Clemente Bautista S.; Guía de nutrición pediátrica hospitalaria. 5ta edición. Hospital Universitario Vall Hebron España (Barcelona) – 2022. Disponible en: <https://shre.ink/ryMn>
33. Ana de Mendoza, Laura Salamanca. Niñas, niños y adolescentes en el Perú. Análisis de la situación al 2020. Representantes en Perú – UNICEF. [Internet] Diciembre del 2021. [citado el 24 de enero de 2023].. Disponible en: <https://shre.ink/ryM1>

34. Dr. Luis Carolos Ochoa V., Dr. Ricardo Posada s., Dr. Felipe Restrejo N. Atención integrada de las enfermedades prevalente en la infancia. AIEPI. Guia de Bolsillo. Colombia – 2000. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi.pdf>
35. MINSA. Curso clínico de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque de derechos. Perú -Lima: 2007 [Internet]. [citado el 18 agosto 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1818.pdf>
36. MINSA. Manual de procedimiento para la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia de 0 – 5 (AIEPI) – atención primaria. Nicaragua – 2018. [Internet]. [citado el 18 marzo 2023].Disponible en: <https://shre.ink/ryMm>
37. Ministerio de salud pública del Ecuador. Atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia. AIEPI Clínico – cuadro de Procedimientos. Ecuador – 2017. [Internet]. [citado el 18 marzo 2023]. Disponible en: <https://shre.ink/ryeY>
38. MINSA. Documento técnico plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil 2017-2021. Lima – Perú en 2021. [Internet]. [citado el 18 febrero 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
39. MINSA Norma técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérpera. Perú – 2017. [Internet]. [citado el 18 febrero 2023].Disponible en: <https://shre.ink/rye4>
40. López Boo Florencia. El impacto del COVID en el cuidado de los más pequeños. 2022. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington en 2022. [Internet] Junio del 2022. [citado el 24 de enero de 2023]. <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/impacto-covid-ninos/>
41. Susan Hill, Lucie Cluver, Phillip Godman. Estimaciones mínimas mundiales, nacionales y regionales de niños afectados por orfandad asociados a COVID – 19 y muerte de cuidadores, por edad y circunstancia familiares hasta el 31 de octubre del 2021: un estudio modelado actualizado. The Lancet. 2022. [Internet] Junio del 2022. [citado el 24 de enero de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35219404/>
42. Ministerio de protección social de Colombia y la OPS. Guía para la atención y consejería de la niñez en la familia. Colombia en 2010. [Internet]. [citado el 18 febrero 2023].Disponible en: <https://shre.ink/rye6>

43. Mapa político de Perú. [MAPA]. Disponible en: <https://www.viajaraperu.com/mapa-de-peru/>
44. Mapa distrital de Lima. [MAPA]. Disponible en: <https://shre.ink/rye0>
45. Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la investigación. 5ta edición. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA. México – 2014. Disponible en: <https://shre.ink/ryeJ>

Anexos

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Título: Relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variable e indicadores	Metodología	Población y muestra
Problema general ¿Cuál es la relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023?	Objetivo general Determinar la relación entre el conocimiento sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil de los cuidadores post pandemia en el Centro de Salud Ermitaño Bajo de la ciudad de Lima en el 2023	Hipótesis general La Relación entre el conocimiento sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil del cuidador post pandemia es significativa.	Variable independiente Nivel de conocimiento sobre enfermedades en la infancia en el cuidador infantil. Indicadores: Alto: Más 17 Medio: 11 – 16 Menos de 11	<ul style="list-style-type: none"> ● Método: científico del modo hipotético deductivo. ● Tipo de investigación: ● Finalidad: Investigación aplicada ● Alcance: Cuantitativo ● Enfoque: Cuantitativo debido a la recopilación de información en un corte de tiempo ● Diseño: Transversal, no experimental. ● Método: científico del modo hipotético deductivo. ● Tipo de investigación: ● Finalidad: Investigación aplicada ● Alcance: Cuantitativo ● Enfoque: Cuantitativo debido a la recopilación de información en un corte de tiempo ● Diseño: Transversal, no experimental. 	Población: 360 niños menores de 5 años que asisten con su cuidador Muestra: Toda la población censal Técnica: Encuesta y Curvas estandarizadas de peso y talla de niños menores de 5 años. Población: 360 niños menores de 5 años que asisten con su cuidador Muestra: Toda la población censal Técnica: Encuesta y Curvas estandarizadas de peso y talla de niños menores de 5 años.
Problema Especifico ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre enfermedades infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023? ¿Cuál es el estado nutricional infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023?	Objetivos específicos Determinar el nivel de conocimiento del cuidador sobre enfermedades infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023 Identificar el estado nutricional infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023.		Variable dependiente Estado nutricional infantil post pandemia. Indicadores: Peso y talla		

Anexo 2: Documento de Aprobación por el Comité de Ética



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Huancayo, 22 de agosto del 2023

OFICIO N°0501-2023-CIEI-UC

Investigadores:

DEYSI MENDOZA COCHACHI

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE LAS ENFERMEDADES Y EL ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL POST PANDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO BAJO – LIMA, 2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente




Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 000

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 000

Huancayo
Av. San Carlos 1990
(064) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado-Lito B, N°7 Av. Colasuyo
(084) 490 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendiolá 520, Los Olivos
(01) 213 2760

J. Juní, 355, Miraflores
(01) 213 2760

Anexo 3: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo – Lima, 2023”

Estimado(a) participante:

La presente investigación es conducida por Deysi Mendoza Cochachi; estudiante de la universidad Continental. El nombre del trabajo de investigación: Relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia en el centro de salud Ermitaño Bajo; y el objetivo es determinar la relación entre el conocimiento del cuidador sobre las enfermedades y el estado nutricional infantil post pandemia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a través de este medio.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su respuesta al cuestionario será codificada usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas.

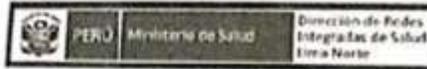
He recibido detalles de la investigación de manera clara y auténtica por parte de la investigadora y por lo cual voluntariamente brindo mi consentimiento y acepto participar del estudio. Asimismo, se me garantiza el cumplimiento de los aspectos éticos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo 4: Permiso Institucional



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

INFORME N°001- 2023- C.S.E./B/MJ

DE : M.C.RICARDO GALARZA YACOLCA
Medico Jefe del C.S Ermitaño Bajo

PARA : DEYSI MENDOZA COCHACHI

ASUNTO : AUTORIZACION DE ENCUESTA

FECHA : INDEPENDENCIA, 11 DE AGOSTO 2023

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez, informarle que la jefatura del C.S Ermitaño Bajo no tiene ningún inconveniente que la estudiante de Medicina Humana **DEYSI MENDOZA COCHACHI** de la Universidad Continental realice la encuesta de investigación de título "CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR INFANTIL POST PANDEMIA".

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
M.C. RICARDO GALARZA YACOLCA
C.M.P. 32140
MEDICO JEFE DEL C. S. ERMITAÑO BAJO

cas@siempreconel pueblo.pe

Av. Los Pinos 100 C/da SN
INDEPENDENCIA
T: (01) 3194891

 **Siempre**
con el pueblo

Anexo 5: Instrumentos de Recolección de Datos

Validación del instrumento

1.1. Instrumento A

a. Prueba de confiabilidad

Considerando que el instrumento mantiene de opciones múltiples para la respuesta de los encuestados, se ha considerado aplicar para la fiabilidad el método de Kuder de Richard, de acuerdo a Bisquerra (2006) la confiabilidad se refiere al grado de consistencia del instrumento de medida, para el cálculo se considera la utilización de fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad que pueden oscilar entre 0 y 1, donde un coeficiente de cero significa nula la confiabilidad y 1 representa el máximo de confiabilidad.

Ante lo mencionado, se ha considerado una prueba piloto conformada por 15 madres acompañantes de niños menores de 5 años que acuden al servicio de emergencias de un Policlínico de EsSalud de Lima, durante el mes de julio del 2021.

Fórmula del alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_r^2} \right]$$

ALFA DE CRONBACH	Nº DE ELEMENTOS
0.902	15

Considerando el resultado obtenido podemos mencionar que la confiabilidad es Muy Alta, debido a que está en el rango de 0,81 a 0,99.

b. Prueba de validez

Items	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	S	N	C-	V de Aiken
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Orden de las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Dificultad para entender las preguntas	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	5	1	0.8
Palabras difíciles de entender en los items	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	5	1	0.8
Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	1	0.8
Correspondencia con la dimensión o constructo	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	5	5	1	1
V de Aiken Total													0.90	

$$V = \frac{S}{N(C-1)}$$

1.2. Instrumento B

- a. **Prueba de confiabilidad y validez:** según la referencia de la investigación; detalla que el instrumento tenía validez y confiabilidad ya establecida por una investigación utilizada donde realizaron juicio de expertos con especialistas en el área adicionalmente de toda la muestra se analizó al 10 % de la población referente al entendimiento del instrumento.

1.3. Instrumento C.

a. Prueba de validez

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
PRUEBA BINOMIAL
CONSOLIDACIÓN DE JUECES EXPERTOS**

Este instrumento fue sometido a la validación de la Prueba Binomial, para ello se recurrió a 10 expertos en el tema, los cuales analizaron la validez del instrumento.

ÍTEMS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	JUEZ 7	JUEZ 8	JUEZ 9	JUEZ 10	TOTAL DE PUNTOS POR ÍTEMS	P VALOR PROBABILIDAD X
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	0,009765625
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0,009765625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0,009765625
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0,009765625
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0,009765625
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0,009765625
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0,009765625
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,000976563

n= 10 (número de expertos)

x= 10 (número de aciertos)

p= 0.5 (probabilidad de éxito)

Análisis del instrumento:

P= Σp valor = 0,0859375= 0,0034375 P< 0,05

Nº de ítems 25

Se ha considerado:

0: si la respuesta es negativa

1: si la respuesta es positiva

Si p es menor de 0,05, el grado de concordancia es significativo.

b. Prueba de confiabilidad

Confiabilidad del Instrumento mediante el Alfa de Cronbach.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,821	,856	22

Coefficiente de Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left\{ 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right\}$$

Donde:

α = Coeficiente de confiabilidad

K = N° de ítems utilizados para el cálculo

S_i^2 = Varianza de la suma de los ítems

S_t^2 = sumatoria de la varianza de los ítems

El coeficiente Alfa de Cronbach calculado mediante el software SPSS versión 25

Nivel de confiabilidad:

0.80 a 1.00 elevada

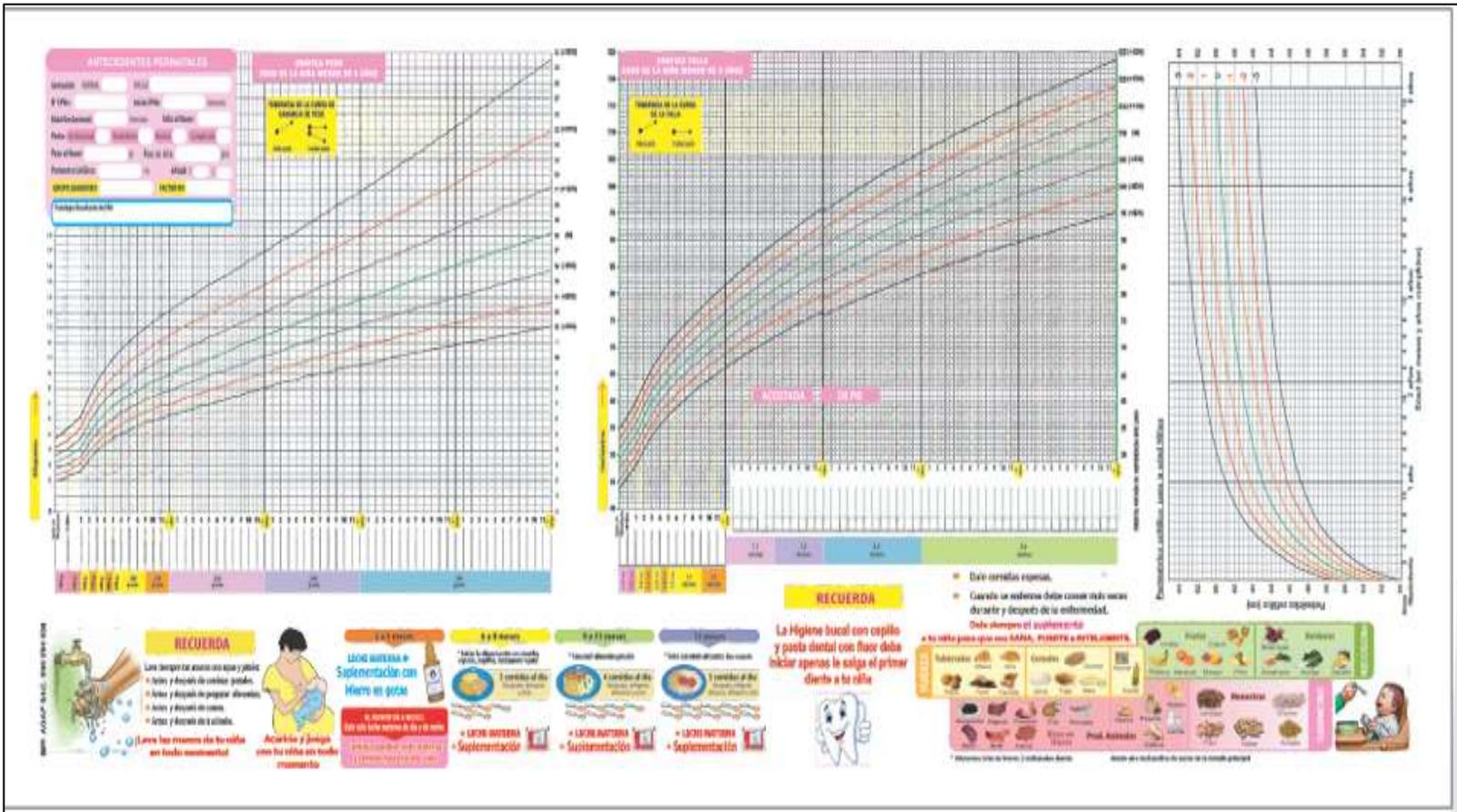
0.60 a 0.79 aceptable

0.40 a 0.59 moderada

Reemplazando los datos obtenidos en el SPSS:

$\alpha = 0.821$

Anexo 6: Carné de Control de Crecimiento y Desarrollo para Niña y Niño



Anexo 7: Base de datos

CONOCIMIENTO	AGUDA	CRONICA	CONOCIMIENTO	AGUDA	CRONICA	CONOCIMIENTO	AGUDA	CRONICA	CONOCIMIENTO	AGUDA	CRONICA
11	N	NR	11,5	NORMAL	NORMAL	4,5	SOBREPESO	NORMAL	7	SOPREPESO	TALLA BAJA
8,5	N	TALLA BAJA	11	NORMAL	NORMAL	5,5	SOBREPESO	TALLA BAJA	7	NORMAL	NR
4,5	SOBREPESO	NORMAL	12	NORMAL	NORMAL	7	SOPREPESO	TALLA BAJA	5,5	NORMAL	N A
5,5	SOBREPESO	TALLA BAJA	11	NORMAL	NORMAL	7	NORMAL	NR	4,5	SOPREPESO	TALLA BAJA
7	SOPREPESO	TALLA BAJA	13	NORMAL	NORMAL	8	SOBREPESO	NORMAL	8	SOPREPESO	NORMAL
7	NORMAL	NR	11	NORMAL	NORMAL	6,5	N. S	TALLA BAJA	4,5	SOPREPESO	NORMAL
11	NORMAL	NORMAL	11	NORMAL	NORMAL	11	NORMAL	NORMAL	6,5	SOPREPESO	NORMAL
6	NORMAL	NORMAL	12	NORMAL	NORMAL	11,5	NORMAL	NORMAL	8,5	N	TALLA BAJA
12	NORMAL	NORMAL	11	NORMAL	NORMAL	11	NORMAL	NORMAL	4,5	SOBREPESO	NORMAL
6,5	NORMAL	NORMAL	11,5	NORMAL	NORMAL	12	NORMAL	NORMAL	5,5	SOBREPESO	TALLA BAJA
13	NORMAL	NORMAL	8,5	NORMAL	NORMAL	11	NORMAL	NORMAL	7	SOPREPESO	TALLA BAJA
4	NORMAL	NORMAL	8	NORMAL	NORMAL	13	NORMAL	NORMAL	7	NORMAL	NR
5,5	NORMAL	N A	7	NORMAL	NORMAL	11	NORMAL	NORMAL	5,5	NORMAL	N A
11,5	NORMAL	NORMAL	6,5	NORMAL	NORMAL	11,5	NORMAL	NORMAL	4,5	SOPREPESO	TALLA BAJA
13	NORMAL	NORMAL	6	NORMAL	NORMAL	6,5	NORMAL	NORMAL	8	SOPREPESO	NORMAL
12	NORMAL	NORMAL	8	NORMAL	NORMAL	8	NORMAL	NORMAL	4,5	SOPREPESO	NORMAL
4,5	SOPREPESO	TALLA BAJA	9	NORMAL	NORMAL	7	NORMAL	NORMAL	6,5	SOPREPESO	NORMAL
6,5	NORMAL	NORMAL	6,5	NORMAL	NORMAL	6,5	NORMAL	NORMAL	6,5	NORMAL	NORMAL
13	NORMAL	NORMAL	7	NORMAL	NORMAL	6	NORMAL	NORMAL	8	NORMAL	NORMAL
8	SOPREPESO	NORMAL	8	NORMAL	NORMAL	8	NORMAL	NORMAL	7	NORMAL	NORMAL
4,5	SOPREPESO	NORMAL	12	NORMAL	TALLA BAJA	9	NORMAL	NORMAL	6,5	NORMAL	NORMAL
12	NORMAL	TALLA BAJA	11,5	SOBREPESO	NORMAL	6,5	NORMAL	NORMAL	6	NORMAL	NORMAL
13	NORMAL	NORMAL	13	DESNUTRICION	NORMAL	7	NORMAL	NORMAL	8	NORMAL	NORMAL
4,5	NORMAL	NORMAL	12	DESNUTRICION	NORMAL	8	NORMAL	NORMAL	9	NORMAL	NORMAL
6,5	SOPREPESO	NORMAL	11	RIESGO	TALLA BAJA	12	NORMAL	TALLA BAJA	8	SOBREPESO	NORMAL
6,5	SOBREPESO	TALLA BAJA	13	RIESGO	NORMAL	11,5	SOBREPESO	NORMAL	6,5	N. S	TALLA BAJA
5,5	DESNUTRICION	NORMAL	11,5	NORMAL	TALLA BAJA	13	DESNUTRICION	NORMAL	8,5	N	TALLA BAJA
6,5	DESNUTRICION	NORMAL	12	DESNUTRICION	NORMAL	12	DESNUTRICION	NORMAL	4,5	SOBREPESO	NORMAL
11	NORMAL	NORMAL	13	SOBREPESO	NORMAL	11	RIESGO	TALLA BAJA	5,5	SOBREPESO	NORMAL
5	NORMAL	NORMAL	12,5	RIESGO	NORMAL	13	RIESGO	NORMAL	7	SOPREPESO	NORMAL
8	SOBREPESO	NORMAL	5	NORMAL	NORMAL	8,5	N	TALLA BAJA	7	NORMAL	NR
6,5	N. S	TALLA BAJA	8	SOBREPESO	NORMAL	4,5	SOBREPESO	NORMAL	8	SOBREPESO	NORMAL
11	NORMAL	NORMAL	6,5	N. S	TALLA BAJA	5,5	SOBREPESO	TALLA BAJA	6,5	N. S	TALLA BAJA

DESNUTRICION AGUDA		DESNUTRICION CRONICA		DESNUTRICION AGUDA		DESNUTRICION CRONICA	
N	NORMAL	NR	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
N	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
SOBREPESO	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	TALLA BAJA	NORMAL
SOBREPESO	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	TALLA BAJA	NORMAL
SOBREPESO	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	NR	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NR	NORMAL	NORMAL	NORMAL	N A	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	N A	TALLA BAJA	NORMAL	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	N. S	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	N	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	SOBREPESO	NORMAL	TALLA BAJA
SOPREPESO	NORMAL	TALLA BAJA	TALLA BAJA	DESNUTRICION	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	DESNUTRICION	SOBREPESO	NORMAL	TALLA BAJA
NORMAL	NORMAL	NORMAL	TALLA BAJA	RIESGO	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
SOPREPESO	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL	RIESGO	SOBREPESO	TALLA BAJA	TALLA BAJA
SOPREPESO	DESNUTRICION	NORMAL	NORMAL	NORMAL	N. S	NORMAL	TALLA BAJA
NORMAL	DESNUTRICION	TALLA BAJA	NORMAL	DESNUTRICION	SOBREPESO	NORMAL	NR
NORMAL	RIESGO	NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	SOBREPESO	NORMAL	N A
NORMAL	RIESGO	NORMAL	NORMAL	RIESGO	N. S	NR	TALLA BAJA
SOBREPESO	N	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
SOBREPESO	SOBREPESO	TALLA BAJA	TALLA BAJA	SOBREPESO	SOBREPESO	TALLA BAJA	NORMAL
DESNUTRICION	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL	N. S	NORMAL	TALLA BAJA	NORMAL
DESNUTRICION	SOBREPESO	NORMAL	TALLA BAJA	N	SOBREPESO	NORMAL	TALLA BAJA
NORMAL	NORMAL	NORMAL	TALLA BAJA	SOBREPESO	N. S	TALLA BAJA	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NR	NORMAL	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
SOBREPESO	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL	NORMAL	N	NORMAL	NORMAL
N. S	SOBREPESO	TALLA BAJA	TALLA BAJA	NORMAL	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
NORMAL	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	NORMAL	NORMAL

Anexo 8: Imágenes



