

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Tesis

Digitales UNMSM

**“FACTORES DE RIESGO PARA LA CURVA PLANA DE CRECIMIENTO EN
NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS DE EDAD”**

TESIS

Para optar el Título de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

AUTOR

Alena Francisca Valderrama Guevara

**LIMA – PERÚ
2003**

INDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DISEÑO METODOLOGICO**
- **RESULTADOS**
- **DISCUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**
- **ANEXOS**

INTRODUCCION

Existen múltiples estudios que indican, un síndrome con efectos generales en el comportamiento como resultado de la desnutrición en edades tempranas, la gestación podría ser el período más crítico. Las habilidades frecuentemente afectadas son el aprendizaje, las habilidades de negociación, la discriminación y las respuestas aprendidas, estas alteraciones serían el resultado directo de una restricción del crecimiento cerebral y no solamente por la desnutrición misma. Las investigaciones de laboratorio también sugieren alteraciones en la fisiología de los neurotransmisores (1).

Hay evidencia que la suplementación nutritiva en la primera infancia produce mejora en el desarrollo y apoya la inclusión de la intervención nutricional en las políticas sociales de los países en vías de desarrollo. Los beneficios se dan cuando estos duran dos a tres años. El impacto después de períodos cortos, se muestra más en el área motora que en el área mental, en Bogotá los niños demostraron mejorías a la edad de la iniciación escolar, en Cali demostraron un mejor desenvolvimiento escolar a la edad de 10 años. La performance de los tests psicoeducacionales fue significativamente mejor en adolescentes y jóvenes adultos que recibieron una alta carga energética y proteica en la primera infancia. Una adecuada nutrición en la primera infancia, favorece el empleo, una mayor productividad y un mayor acceso a ocupaciones mejor remuneradas (2).

La situación actual del estado nutricional de los niños en el Perú es dramática. Según ENDES 2000, el 25.3% de niños menores de 5 años tienen desnutrición Crónica, esta cifra prácticamente no se ha modificado en los últimos 5 años. Estas cifras llegan a 40 % en la sierra rural y 32.4% en la selva rural, las cifras más bajas las tienen la costa urbana y lima metropolitana con 11.6% y 7.7 % respectivamente (3) (4). Una de las razones por las que las cifras de desnutrición crónica no han variado es porque se privilegió la estrategia alimentaria, es decir la asistencia alimentaria sobre la estrategia no alimentaria como por ejemplo la estrategia de comunicación para cambios de comportamiento, entre otras (2) (5).

La desnutrición crónica se produce fundamentalmente antes de los 2 años de edad y los principales factores identificados son: bajo peso al nacer, lactancia artificial o lactancia

mixta, alimentación complementaria inadecuada, hábitos alimentarios inadecuados, déficit en el saneamiento básico, falta de acceso a servicios de salud, enfermedades agudas a repetición como infecciones respiratorias agudas y básicamente diarreas (2) (8) (13) (14) (16).

El objetivo para la reducción crónica en el Perú debe ser el de la prevención del mismo y no la recuperación de los niños que la padecen, y además prevenirla antes de los dos años de edad.

La carencia de alimentos no es la única causa que produce la desnutrición crónica esta se produce fundamentalmente antes de los dos años y se inicia con disminución en la ganancia ponderal. Por ello nos propusimos investigar: ¿Cuáles eran los factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años de edad de familias pobres de Lima Perú?.

Esta Investigación fue realizada en el consultorio externo de Pediatría del Centro de salud Laura Rodríguez Dulanto del distrito de Comas, zona urbano marginal de la ciudad de Lima.

OBJETIVO:

- Identificar factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años, que asisten al consultorio externo de pediatría del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto del distrito de Comas.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El Perú se encuentra en un proceso dirigido a disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, investigaciones que contribuyan a este tema son necesarias.

DISEÑO METODOLOGICO

Fue un estudio descriptivo, comparativo. Se realizaron entrevistas, por muestreo aleatorio simple, a 69 madres de hijos entre 6 meses y 2 años de edad, que asistieron al consultorio externo de pediatría del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto, durante los meses de septiembre y noviembre del 2002. Se tomó el peso y la talla de cada uno de los niños según recomendaciones técnicas. Estos niños fueron distribuidos en 2 grupos:

GRUPO DE NIÑOS CON CURVAS PLANAS DE CRECIMIENTO:

A los niños que no ganaron peso en dos o más controles durante los últimos 6 meses de seguimiento, evidenciado gráficamente en una curva plana de ganancia ponderal en la tarjeta de control de niño sano (tarjeta CRED).

GRUPO DE NIÑOS CON CURVAS ASCENDENTES DE CRECIMIENTO:

A los niños cuya ganancia ponderal fue la esperada, que no tenían curva plana de crecimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron a los niños portadores de enfermedades crónicas y o degenerativas.

VARIABLES

Variable dependiente: Curva plana de crecimiento y ganancia ponderal mensual.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Se investigaron las siguientes variables: edad de la madre, años escolares concluidos, ocupación de la madre, composición familiar, estado civil, edad del niño, sexo del niño, peso del nacimiento y peso actual, lactancia materna, uso de biberón, problemas para comer referido por la madre, número de Enfermedades diarreicas agudas, número de Infecciones respiratorias agudas, número de controles en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, si ha recibido información sobre nutrición en el consultorio externo después de un episodio de IRA o EDA, servicios básicos, antecedentes de maltrato físico y psicológico.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados de la entrevista se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 10. se aplicó estadísticas descriptivas para las variables demográficas. Se buscó correlación entre las variables independientes cuantitativas y la variable dependiente para buscar asociación significativa con el análisis de correlación de r de pearson. Se aplicó análisis de regresión lineal y análisis de regresión logística para buscar un modelo significativo de causalidad.

RESULTADOS

Se entrevistaron 69 madres, 36 niños con curvas normales de crecimiento y 33 con curvas planas de crecimiento. Las tablas 1 y 2 muestran las características de ambos grupos en las variables estudiadas. Se resalta que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en el número de controles CRED realizados a los niños. Estas alcanzan en el grupo de curva de crecimiento normal a 6.36 veces y en el grupo de curva plana de crecimiento a 6.39 veces. Se hace notar que la diferencia entre el peso actual y la ganancia ponderal entre ambos grupos es significativa.

En la tabla 3 se muestra el análisis de correlación con la r de Pearson entre la ganancia ponderal mensual y las variables cualitativas. Se hace notar que existe una asociación positiva significativa entre la ganancia ponderal mensual y el peso al nacimiento y una asociación negativa significativa entre la ganancia ponderal mensual y la edad en meses de los niños y el número de episodios de infecciones respiratorias agudas.

Las tablas 4 y 5 donde se aplica el análisis de regresión lineal muestra que persiste la significancia con las variables peso al nacimiento y edad de los niños.

Las tablas 6 y 7 muestran los modelos de regresión logística donde en el modelo completo se muestra relación con las variables uso del biberón y signo de alarma es decir la referencia de la madre de que el niño tiene problemas para alimentarse. En el mejor modelo queda la variable: madres que han referido que sus niños tienen problemas para alimentarse. El OR es de 0.24.

Las referencias ganancia de peso se refieren a la ganancia ponderal mensual.

VARIABLES	Curva de crecimiento normal		Curva plana de crecimiento	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Edad Materna (años)	28.83	6.56	26.97	5.32
Escolaridad materna	11.19	3	10.73	2.92
Composición familiar	5.08	2.01	5.33	1.88
Edad de niños (meses)	13.75	4.38	15.39	4.87
Número de EDAS	1.64	1.31	2.18	1.38
Número de IRAS	3.94	2.56	4.94	3.06
Peso de nacimiento (gr)	3580	1121.65	3772.42	1545.16
Peso actual (gr)	10538.05	1900.15	9575.75	1045.16
Ganancia de Peso (gr)	532.38	86.30	417.53	119.14
Número de CRED	6.56	3.59	6.70	3.35

TABLA N° 1 CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE CURVA DE CRECIMIENTO NORMAL Y CURVA PLANA DE CRECIMIENTO.

Prueba T-Student para igualdad de medias entre ambos grupos

VARIABLES	Significancia (P)	Intervalo de confianza de las diferencias al 95%	
Edad Materna (años)	0.2	-1.02	4.75
Escolaridad materna	0.51	-0.96	1.89
Composición familiar	0.59	-1.19	0.69
Edad de niños (meses)	0.15	-3.94	0.65
N° de EDAS	0.09	-1.19	0.10
N° de IRAS	0.15	-2.37	0.38
Peso de nacimiento (gr)	0.55	-837	452.51
Peso actual (gr)	*0.01	215.85	1708.73
Ganancia de Peso (gr)	*0.00	65.15	164.53
N° de CREDs	0.86	-1.81	1.53

* Las diferencias son estadísticamente significativas para $P < 0.05$

TABLA N° 2 CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE CURVA DE CRECIMIENTO NORMAL Y CURVA PLANA DE CRECIMIENTO.

VARIABLES	Curva de crecimiento normal		Curva plana de crecimiento	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Estado Civil	N°	%	N°	%
Ocupación				
Ama de casa	31	44.9	24	34.8
Otros	4	5.8	6	8.7
Soltera	7	19.4	5	15.1
Divorciada	1	2.7	1	3
Lactancia	24	66.6	19	57.5
Biberón	25	69.4	17	51.1
Agua	30	83.3	24	72.7
Desagüe	29	80.5	25	75.7
Luz	35	97.2	32	96.9
Signos de alarma	9	25	19	57.5
Maltrato Psicológico	10	27.7	10	27.7
Maltrato físico	4	11.1	4	11.1
Total	36	100	33	100

TABLA N° 3 .- ANÁLISIS CORRELACIONAL CON GANANCIA DE PESO

VARIABLES	Ganancia de Peso	
	R-Pearson	Significancia
Edad Materna (años)	-0.008	0.94
Escolaridad materna	0.04	0.72
Composición familiar	-0.08	0.47
Edad de niños (meses)	-0.68	**0.00
Número de EDAS	-0.22	0.06
Número de IRAS	-0.38	**0.001
Peso de nacimiento (gr)	0.36	*0.013
Peso actual (gr)	-0.24	0.84
Número de CRED	0.05	0.67

** La correlación es significativa para 0.01

* La correlación es significativa para 0.05

TABLA N°4 ANALISIS DE REGRESIÓN LINEAL MODELO COMPLETO

Variable	Coeficientes	Error estándar	T	Significancia	Intervalo de confianza al 95%	
					Lim. Inferior	Lim. superior
(Constant)	754,29	79,06	9,54	*0,00	596,19	912,38
Edad materna	0,43	1,71	0,25	0,80	-3,00	3,85
Escolaridad materna	4,95	3,34	1,48	0,14	-1,73	11,63
Edad de niños	-15,75	2,31	-6,81	*0,00	-20,38	-11,12
Número de EDAS	6,49	8,14	0,80	0,43	-9,79	22,77
Número de IRAS	-7,18	4,18	-1,72	0,09	-15,54	1,18
Peso de nacimiento	-0,03	0,01	-3,78	*0,00	-0,04	-0,01
Número de CRED	1,33	2,96	0,45	0,66	-4,59	7,25
R ²	59.2%					

Variable dependiente :Ganancia de Peso

* Los coeficientes son significativos al 0.05

TABLA N°5 ANALISIS DE REGRESIÓN LINEAL CON VARIABLES SELECCIONADAS POR EL MÉTODO DE FORWARD

Variable	Coeficientes B	Error estandar	T	Significancia	Intervalo de confianza al 95%	
					Lim. Inferior	Lim. superior
(Constant)	816,27	86,06	9,54	*0,00	734,88	897,66
Edad de niños	-16,66	1,68	7,25	*0,00	-20,69	-12,64
Peso de nacimiento	-0,03	2,34	5,48	*0,00	-0,04	-0,01
R ²	72..25%					

Variable dependiente :Ganancia de peso
*Los coeficientes son significativo al 0.05

TABLA 6.- ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MODELO COMPLETO

Variable	Coeficientes B	Error estandar	Significancia
(Constant)	-1.64	3.47	0.63
Estadi civil	0.27	1.73	0.87
Sexo	0.37	0.58	0.52
Lactancia	0.99	0.65	0.12
Biberón	1.01	0.63	*0.009
Luz	0.0048	2.02	0.99
Maltrato Psicológico	-0.21	0.65	0.74
Maltrato Fisico	-0.51	0.92	0.98
Signos de alarma	-1.51	0.60	*0.01

*Significativo al 0.05

ODD RATIO Coeficientes del modelo de Regresión Logística

Variable	Odd Rattio	Intervalo de confianza al 95%	
		Lim. Infeior	Lim. Superior
(Constant)			
Estado civil	1.32	0.01	113.86
Sexo	1.45	0.32	6.53
Lactancia	2.69	0.50	14.51
Biberón	2.76	0.53	14.23
Luz	1.00	0.00	187.17
Maltrato Psicológico	0.80	0.15	4.32
Maltrato Físico	1.01	0.09	10.94
Signos de alarma	0.21	0.04	1.05

**TABLA N° 7: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA
MODELO CON VARIABLES SELECCIONADAS**

VARIABLES CONSIDERADAS EN EL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA POR EL MÉTODO FORWARD
COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Variable	Coeficientes B	Error estándar	Significancia
(Constant)	-1.40	0.527	*0.00
Signos de alarma	2.15	0.87	*0.01

*Significativo al 0.05

ODD RATIO

Variable	Odd Rattio	Intervalo de confianza al 95%	
		Lim. Infeior	Lim. Superior
Signos de alarma	0.24	0.06	0.94

DISCUSIÓN

Esta investigación fue realizada en un centro de salud del Ministerio de Salud, Laura Rodríguez Dulanto, de la urbanización El Pinar, en el distrito urbano marginal de Comas. Esta urbanización es considerada como una zona pobre, pero no como una zona en extrema pobreza, la mayoría de los pobladores cuentan con servicios básicos y tienen acceso a los servicios de salud, esta conformada principalmente por emigrantes del interior del país quienes se dedican a actividades comerciales menores (6).

El grupo de madres de familia entrevistadas tienen la característica de ser madres jóvenes cuya ocupación es principalmente el de ama de casa, es decir están al cuidado de sus propios hijos. Su nivel de escolaridad (11.9 y 10.7 años en el grupo de curva normal y plana respectivamente) esta por encima del promedio nacional (6 años) (3), esto es característica de las poblaciones urbanas, que además tienen acceso a servicios básicos y servicios de salud. Muy pocas madres son madres adolescentes y la gran mayoría tienen familias estables, siendo estas no muy amplias. Aunque no se midió el ingreso mensual, estos datos muestran, que este grupo en particular, no es de los más desfavorecidos del país, perteneciendo a un área urbano marginal en un distrito emergente de la capital.

Una de las estrategias que tiene el país para cuidar y promover el desarrollo de los niños es el programa de Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Salud, cuyas normas establecen que todo niño menor de 1 año debe ser controlado en 7 oportunidades. En estas citas se evalúan el estado de inmunización, se pesan y tallan a los niños y se dan recomendaciones nutricionales y de cuidado (7).

Consideramos que uno de los hallazgos importantes de esta investigación es la ausencia de asociación entre el número de controles CRED y la presencia de una curva normal o plana de crecimiento. Las revisiones sistemáticas de la literatura existente en el impacto de los controles periódicos de peso y talla en morbi mortalidad infantil, en conocimientos nutricionales de la madre y en disminución de la desnutrición muestra resultados muy contradictorios, que sugieren fuertemente la revisión de estos programas que invierten gran cantidad de recursos humanos y financieros (8) (9) (10) (11).

Aunque el objetivo del estudio no fue evaluar el impacto de este programa, en este grupo en particular, en la ganancia ponderal de los niños de 6 meses a dos años, consideramos que esta estrategia debe de ser revisada. Recientemente el Ministerio de Salud incremento el número de controles a niños menores de 1 año, de 5 a 7 veces para ser considerado “niño controlado”. Medida que desde este punto de vista es discutible porque los niños con curvas planas de crecimiento no variaron su evolución con la intervención en el consultorio de crecimiento y desarrollo.

El análisis de correlación muestra asociación negativa entre la ganancia ponderal y el número de episodios de infecciones respiratorias agudas. Los episodios infecciosos agudos en niños menores de 2 años (principalmente EDAS e IRAS) son considerados como uno de los factores, que contribuyen a la pérdida de peso en este grupo etáreo y posteriormente a la desnutrición crónica (2) (12) (14) (18).

En esta investigación no se encontró asociación significativa con el número de episodios de diarreas, esto pudo ser porque la mayoría de las familias contaban con servicios básicos y porque el estudio fue realizado en una época donde la prevalencia de diarreas es menor.

El 100% de las madres encuestadas refirieron que no recibieron información nutricional en el consultorio externo, después de un episodio agudo como IRAS o EDAS. Se desprende la importancia de la recuperación ponderal posterior. La población estudiada tiene acceso a los servicios de salud, por lo que el potencial de estos establecimientos y de los profesionales de la salud que atienden a niños para intervenir en este problema, es grande. Hemos observado que algunas madres cuyos niños tenían curvas planas de crecimiento y se les dio información específica, la curva de crecimiento mejoró en sus próximos controles mensuales.

En el análisis de regresión lineal el modelo con las variables edad del niño y peso del nacimiento son significativas. Los problemas de desnutrición como la desnutrición crónica son acumulativas con la edad del niño (2) (13).

En este estudio un niño con mayor peso al nacimiento tiene una mejor curva de crecimiento posteriormente, esto apoya las estrategias que plantea que el problema de la desnutrición debe de ser afrontada desde la concepción e incluso antes en las condiciones de salud de la futura madre (2) (13) (16) (17).

El análisis de regresión logística demostró que el antecedente referido por la madre de “problemas para comer”, considerada en este estudio como: signo de alarma, es un predictor de que el niño tiene una curva plana de crecimiento y que requiere una evaluación e intervención al respecto. Los niños con problemas del apetito no son priorizados o minuciosamente evaluados por los profesionales de la salud que atienden niños (15), más aún en el sector público. El motivo de consulta en tres de los niños con curvas planas de crecimiento fue: “problemas para comer” referido por las madres.

Hemos elegido como variables dependiente a “la curva plana de crecimiento”, considerando a esta como una de los primeros pasos previos hacia la desnutrición, esta definición no es igual a la definición de falla en el crecimiento (“failure to thrive”) que incluye a los niños con peso para la edad por debajo del percentil 3 según las tablas del NCHS (17). Debe considerarse que esta definición incluye a una proporción de niños normales, se ha descrito que hasta el 30% de niños normales entre 3 meses y 18 meses experimentan una disminución normal en su curva de crecimiento, siendo la edad promedio la de 13 meses (17). Ninguno de los niños de nuestra muestra tenía desnutrición aguda. No se midió otras variables que influyen en la curva de crecimiento como la talla materna.

Tres de los niños con curvas planas de crecimiento tenían claras muestras de provenir de familias en extrema pobreza en quienes la causa era el problema de seguridad alimentaria y que en consecuencia requerían asistencia alimentaria.

Las variables de familia y de salud mental de la madre no se asociaron a curva plana de crecimiento, creemos que podría plantearse un mejor diseño para medir estas variables. Estas podrían tener algún nivel de causalidad (18).

Concluimos que los niños que tienen referencia de sus madres “problemas para comer” probablemente tienen curvas planas de crecimiento y deben de ser rigurosamente evaluados e idealmente en forma multidisciplinaria. Se debe considerar la recuperación de la pérdida de peso posterior a los episodios repetitivos de infecciones respiratorias agudas. El peso del nacimiento contribuye a la ganancia ponderal posterior. La estrategia estatal de intervención de crecimiento y desarrollo probablemente no tiene impacto.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pan American Health Organización, The World Bank, Nutrición, Health, And Child Development. Washington 1998.
2. Lorge Beatrice Reducción de la desnutrición crónica en el Perú. Propuesta para una estrategia nacional, School of Nutrition Science and Policy at Tufts University, octubre 2001.
3. ENDES 2000
4. GIN, la situación de los niños, niñas y adolescentes en el Perú, informe 1997
5. Proyecto niños del milenio. Políticas públicas e infancia en el Perú, recomendaciones de política. Save The children.
6. Municipalidad de Comas información general 2001.
7. programa de atención al niño menor de 5 años manual de normas y procedimientos MINSA 1998
8. De souza Ac . Relationship between health services, socioeconomic variables and inadequate weight gain among brazilian children. Bull World health organ 1999, 77(11) 895-905.
9. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine Growth monitoring effective ? a systematic review of trials. Arch Dis Child 2000; 82:197-201.
10. Raynos P. Rufolf CJ. Anthropometric indices of failure to thrive. Arch Dis Child 2000;82:364-365.
11. Hall D. Growth monitoring. Arch Dis Child 2000;82:10-15.
12. Ballard TJ; Neuman CG. The effects of malnutrition, parental literacy and household crowding on acute lower respiratory in young Kenyan children. J Trop Pediatr 1995; 41(1):8-13.
13. Saleemi MA, Ashraf RN, Mellander L, Zamam S. Determinants of stunting at 6, 12, 24 and 60 months and postnatal linear growth in Pakistani children. Acta Paediatr 2001 90(11):1304-8.
14. Kikafunda JK Walker AF, Collett D, Tumwinw JK. Risk factors for early childhood malnutrition in Uganda. Pediatrics 1998; 102(04):E45
15. Thomlinson EH. The lived experience of families of children who are failing to thrive. J Adv Nurs 2002 39(6): 537-45
16. Fallo PK Risk factors for growth retardation in children of low economic and social level in Sao Paulo Brazil. Arch Latinkam Nutr 2000; 50(2) 121-5.
17. Schwarts D. Failure to thrive: an old nemesis in the new millennium. Pediatrics in review. 2000;21(8).
18. Bithoney W, Van Sciveer M, Fosster S, Corso S, Tentindo C. Parental Stress and Growth outcome in growth deficient children. Pediatrics 1995 96(4) 707-800.

Anexo 1:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Entrevista semi estructurada a la madre

Número de entrevista.....fecha de entrevista.....Número de historia clínica.....

1.-La curva de crecimiento es: a.- ascendente () b.-plana ()

Datos de filiación:

Nombre de la madre.....

2.-Edadaños , madre adolescente: si () no ()

3.-años escolares concluidos.....

4.-Ocupación: a.-ama de casa () b.-comerciante informal () c.-empleada del hogar () d.-obrera () e.-otros ()

5.-composición familiar: quienes comparten la olla

Número de hijos.....

Padres.....

Abuelos.....

Tíos.....

Primos.....

Total de miembros:.....

6.- estado civil: casada () conviviente () madre soltera () divorciada o separada ()

7.-Edad del hijo por el que ingresa al estudio:años ymeses

8.-Sexo del hijo por el que ingresa al estudio: a.-femenino () b.-masculino ()

Hábitos alimentarios

9.-¿Esta lactando? a.-Si () b.-no ()

10.-Usa biberón? a.-Si () b.-no ()

11.-tiene problemas para comer? Si () no ()

12.-cuantos episodios de EDAS ha tenido hasta la actualidad?.....

13.-cuantos episodios de IRAS ha tenido hasta la actualidad?.....

14.-Peso del nacimiento.....talla del nacimiento.....

diagnostico nutricional: normal () Des aguda () des crónica () des cron reagud () obeso ()

15.- Peso actual del niño (percentil):.....

Talla actual del niño (percentil):.....

Acceso al servicio de salud.

¿La última vez que su niño enfermó lo llevo al establecimiento de salud? a.-Si () b.-no ()

16.-Cuantas veces ha asistido al consultorio de crecimiento y desarrollo.....

la última vez que su niño enfermó de diarrea o resfrío recibió información sobre nutrición durante la consulta en el establecimiento de salud? a.-Si () b.-No ()

Servicios básicos:

17.-Agua potable a.- si () b.- no ()

18.-Desagüe a.- si () b.- no ()



Factores de riesgo para la Curva Plana de Crecimiento en niños de 6 Meses a 2 años de edad. Valderrama Guevara, Alena Francisca.

Derechos reservados conforme a Ley

19.-Luz a.- si () b.- no ()

Familia:

20.-durante la últimas semana los miembros de la familia se han gritado, se han dicho palabras feas, han peleado a.-si () b.-no ()

21.-durante las últimas dos semanas los miembros de la familia se han maltratado físicamente a.-si () b.-no()
el día de ayer los miembros de la familia se han dado muestras de afecto a.-si () b.-no ()

Expectativas familiares frente la vida

qué planes tiene para el futuro.....
.....

Qué quisiera que sus niños sean cuando sean grandes?

.....
.....

Prácticas alimentarias:

Qué se alimentaron el día de ayer tus niños de 6 meses a 2 años de edad? Anotar estrictamente frecuencia consistencia y volumen de alimentos descritos.

Desayuno cantidad:.....

.....

Media mañana cantidad:

.....

.....

Almuerzo cantidad:

.....

.....

media tarde cantidad:

.....

.....

cena cantidad:

.....

.....

otros cantidad:

.....

.....