



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TÍTULO:

“Evaluación nutricional en niños de 1 a 3 años, que asisten a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle” de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo de Octubre 2013- Marzo 2014: Guías alimentarias para una nutrición adecuada”.

AUTORA:

Vargas Holguín Priscilla Mónica

TUTOR:

Dra. Baque Ginger, Mgs

Lic. Novillo Paraes Sofía, Mgs

Guayaquil, Ecuador

2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Srta. Priscilla Mónica Vargas Holguín, como requerimiento parcial para la obtención del Título de LICENCIADO EN NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TUTOR

Dra. Ginger Baque, Mgs

Lic. Sofía Novillo Parales, Mgs

REVISOR

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. José Antonio Valle

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA CARRERA

SALUD Y BIENESTAR HUMANO

Guayaquil, 17 de Marzo del 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Priscilla Vargas Holguín

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación previa a la obtención del Título “Evaluación nutricional en niños de 1 a 3 años, que asisten a la unidad de atención Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo de Octubre 2013 - Marzo 2014: Guías alimentarias para una nutrición adecuada”, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 17 de Marzo del 2014

AUTORA

Priscilla Mónica Vargas Holguín



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Priscilla Vargas Holguín

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: "Evaluación nutricional en niños de 1 a 3 años, que asisten a la unidad de atención "Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle" de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo de Octubre 2013- Marzo 2014: Guías alimentarias para una nutrición adecuada", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil ,17 de Marzo del 2014

AUTORA

Priscilla Mónica Vargas Holguín

AGRADECIMIENTO

“Pon todo lo que hagas en manos del Señor y tus planes tendrán éxito”

Proverbios 16:3

Primeramente agradezco a Dios por haberme dado salud, sabiduría e inteligencia permitiéndome convertir este sueño en una realidad.

A mis padres Rafael Vargas y Mónica Holguín por ser los pilares fundamentales de mi vida, motivándome siempre a cumplir mis metas y guiándome en cada paso que doy.

A mis hermanas Kristy y Hennessy por su cariño, y darle alegría a mi vida

A José Menoscal por sus consejos, enseñándome que con esfuerzo y dedicación todo es posible. A mis amigas Evelin Torres, Susan Rodríguez y Solange Herrera por esa amistad incondicional y apoyo en la elaboración de mi proyecto.

A mis tutoras, la Dra. Ginger Baque y Mgs. Sofia Novillo por sus comentarios y orientaciones durante el desarrollo de mi tesis de grado.

Y a todas aquellas personas que intervinieron en estos años de estudios, y contribuyeron en mi formación académica.

Priscilla Vargas Holguín

Dedicatoria

Dedico este trabajo de tesis a Dios, por su infinito amor y quien me ha dado la sabiduría y fortaleza durante mi trabajo de titulación.

A mi papá, por brindarme los recursos necesarios y darme siempre palabras de aliento para lograr mis objetivos académicos y personales.

A mi mamá, mejor amiga y consejera, quien comparte conmigo esta alegría a distancia.

Priscilla Vargas Holguín

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Ginger Baque

Lic. Novillo Parales Sofía, Mgs

PROFESOR DELEGADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CALIFICACIÓN

Dra .Ginger Baque

Lic. Novillo Parales Sofía, Mgs

INDICE

RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
1.INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3. OBJETIVOS.....	5
3.1 Objetivo general.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
4. JUSTIFICACIÓN.....	6
5. MARCO TEÓRICO	7
5.1 Marco Referencial.....	7
5.2 Marco Teórico.....	9
5.2.1 Nutrición infantil.....	9
5.2.2 .Malnutrición Y Desnutrición.....	10
5.2.3 .Tipos y Signos de la desnutrición.....	13
5.2.4. <i>Valoración nutricional</i>	16
5.2.5. <i>Antropometría</i>	18
5.2.6. Clasificación del estado nutricional por percentiles	21
5.2.7. Formas de medición de peso y estatura.....	21
5.2.8 .Requerimientos nutricionales	24
5.2.9. Ablactación.....	26
5.2.10. Destete	28
5.2.11. Nutrición en Edad Preescolar.....	29
5.2.12. Desarrollo neuromuscular	31
5.2.13. Anemia	32

5.2.14. Clasificaciones de la anemia	34
5.3 . MARCO LEGAL	36
6. FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS.....	37
7. METODOLOGÍA	38
7.1. Diseño de la investigación	38
7.2. Población, Muestra, Selección de los participantes	39
7.3. Técnica recogida de datos.....	39
7.4. Técnicas y modelos de análisis de datos.	40
8. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	41
8. 1. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS/ RESULTADOS.....	41
8.2. ANÁLISIS DE LOS DATOS/RESULTADO	73
8.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
8.3.1. Conclusiones.....	74
8.3.2. Recomendaciones.....	75
9. PROPUESTA.....	76
9.1 Objetivo General.....	76
9.2 Objetivos Específicos	76
9.4. Guías Alimentarias	77
10. APARTADOS FINALES	88
10.1. Referencias Bibliográficas	88
10.2. ANEXOS.....	92

ÍNDICE DE TABLAS

8.1.1. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a T/E, de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.....	41
8.1.2. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a P/T de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.....	43
8.1.3. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a P/E de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.....	45
8.1.4. Distribución porcentual según nivel de instrucción de los padres de familia de los niños de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”.....	47
8.1.5. Distribución porcentual según presupuesto diario para la alimentación de los padres de familia.....	49
8.1.6. Distribución porcentual según número de comidas consumidas al día por los niños.....	51
8.1.7. Distribución porcentual según consumo frecuente de alimentos que los niños ingieren en el hogar.....	53
8.1.8. Distribución porcentual según estimación de peso y talla de parte de los padres de familia con respecto a sus hijos.....	55
8.1.9. Distribución porcentual según edad de destete de los niños.....	57
8.1.10. Distribución porcentual según inicio de Ablactación de los niños de la unidad.....	59
8.1.11. Distribución porcentual según manera de comer de los niños y niñas de acuerdo a criterio de padres de familia.....	61
8.1.12. Distribución porcentual según consumo de frutas de los niños.....	63
8.1.13. Distribución porcentual según consumo de vegetales de los niños.....	65

8.1.14. Distribución porcentual según consumo de lácteos de los niños....	67
8.1.15. Distribución porcentual según consumo de carnes de los niños	69
8.1.16. Distribución porcentual según criterio de padres de familia de acuerdo a la cantidad diaria que reciben sus hijos en relación a su edad.....	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

8.1.1. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a T/E, de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.....	41
8.1.2. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a P/T de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.....	434
8.1.3. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a P/E de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.....	456
8.1.4. Distribución porcentual según nivel de instrucción de los padres de familia de los niños de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”.....	478
8.1.5. Distribución porcentual según presupuesto diario para la alimentación de los padres de familia.....	50
8.1.6. Distribución porcentual según número de comidas consumidas al día por los niños.....	51
8.1.7 Distribución porcentual según consumo frecuente de alimentos que los niños ingieren en el hogar.....	534
8.1.8. Distribución porcentual según estimación de peso y talla de parte de los padres de familia con respecto a sus hijos.....	556
8.1.9. Distribución porcentual según edad de destete de los niños.....	57
8.1.10. Distribución porcentual según inicio de Ablactación de los niños de la unidad.....	60
8.1.11. Distribución porcentual según manera de comer de los niños y niñas de acuerdo a criterio de padres de familia.....	61

8.1.12. Distribución porcentual según consumo de frutas de los niños	63
8.1.13. Distribución porcentual según consumo de vegetales de los niños	65
8.1.14. Distribución porcentual según consumo de lácteos de los niños..	678
8.1.15. Distribución porcentual según consumo de carnes de los niños	69
8.1.16. Distribución porcentual según criterio de padres de familia de acuerdo a la cantidad diaria que reciben sus hijos en relación a su edad.....	71

RESUMEN

El presente proyecto, el cual involucra a los niños y niñas de 1 a 3 años de edad que asistieron a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”, durante el periodo de Octubre del 2013 a Marzo del 2014, tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional de los niños de dicha institución. El diseño metodológico es descriptivo y no experimental de corte transversal. Utilizando técnicas de entrevista y cuestionario, y al mismo tiempo se realizó la valoración antropométrica para poder determinar su estado nutricional. Se incluyó a los menores de dichas edades, los cuales se dividen en 21 menores de género masculino y 25 del género femenino, y se excluyó aquellos niños que asistieron al mismo programa pero ubicado en otro centro de la ciudad que no haya sido mencionado. De los resultados de la evaluación antropométrica, el parámetro nutricional más relevante es la relación de talla y edad insuficiente, con una cantidad considerable de aquellos niños que se encuentran con el 33% en riesgo de desnutrición y 13% desnutridos. Se determinó también el grado de conocimiento de los padres de familia mediante encuestas, y en un porcentaje significativo de aquellos padres, que no les brindan a sus hijos las porciones recomendadas de alimentos, ya que no poseen una orientación nutricional, tomando en cuenta que la población estudiada es de bajos recursos económicos con un nivel de instrucción secundario en su mayoría del 48%.

Palabras Claves: Estado nutricional, evaluación antropométrica, talla insuficiente, grado de conocimiento, orientación nutricional, recursos económicos.

ABSTRACT

This project, which involves children from 1 to 3 years old who attended to care unit “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle” during the period from October 2013 to January 2014, had the purpose of evaluation their nutritional status of children of that institution. The methodology design is descriptive and non-experimental, cross sectional studies, using questionnaire and direct interview techniques and at the same time, infantometer and balance to assess their nutritional status. The study included children of these ages, which are divided into 21 boys 25 girls, and children who attended the same program but located in another city center were excluded which has not been mentioned. From the results of anthropometric assessment, the most relevant nutritional parameter is the relationship of insufficient stature and age, with a considerable number of children who are with 33% at risk of malnutrition and 13% malnourished. The degree of knowledge of parents was also determined through surveys, and in a significant percentage of parents who do not give their children the recommended portions of food, they don't have a nutritional guidance, the study population is low income with a level of secondary education in most of the 48%.

Key words: Nutritional status, anthropometric evaluation, insufficient stature, degree of knowledge, nutritional guidance, economic resources

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación nutricional sirve como base para el diagnóstico nutricional, y es aconsejable llevar un control para evitar problemas de malnutrición que conlleva a una desnutrición, sobrepeso u obesidad en la niñez y la adolescencia, y uno de estas consecuencias nutricionales es el retraso del crecimiento que se presenta más adelante.

Es necesario que se evalúe constantemente el estado nutricional de los infantes sobre todo en aquellos que se encuentran con un peso inadecuado ya sea por exceso o déficit, muchas veces se debe a problemas socioeconómicos debido a que los padres de familia no le ofrecen a sus hijos una alimentación correcta; y algunas veces no poseen de una orientación nutricional; esta evaluación se realiza mediante la antropometría el cual se necesita solamente el peso y estatura de los niños.

En el Ecuador, una de las principales causas de estos problemas no es la falta de disponibilidad de alimentos, sino el acceso a una alimentación adecuada que se da por factores educativos y factores económicos, un ejemplo de ellos es la pobreza que existe actualmente, es decir un salario insuficiente; según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), a marzo de 2013, una persona es pobre cuando sus ingresos son menores a la línea de la pobreza urbana, que es de 2,56 dólares diarios, así como el caso de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”, donde se han encontrado ciertos niveles de pobreza. Podríamos mencionar que es emergente que la persona que este al cuidado directo del niño en este caso la madre tenga una orientación referente a una educación nutricional.

Considerablemente, es peligroso que exista malnutrición infantil, debido a que en la infancia es precisamente la etapa de desarrollo del sistema nervioso

del niño; y un suministro insuficiente de los nutrientes durante ese periodo tendrá efectos adversos en su desarrollo. Es importante combatir la malnutrición en los niños impulsando el acceso a alimentos sanos, suficientes y nutritivos para su crecimiento y actividad.

En el presente proyecto se pretende evaluar el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 3 años de edad que asisten a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle” mediante una evaluación antropométrica, la cual permite diagnosticar y diferenciar las desviaciones nutricionales que se reflejan en el infante; y también se pretende determinar el grado de conocimiento de los padres de familia de los niños de dicha institución, en lo que se basa a una correcta alimentación y se lo realizará mediante encuestas que sirve como material de apoyo para poder valorar la cantidad y calidad de alimentos que los niños consumen diariamente. Además se elaborará guías nutricionales que servirá de ayuda a los padres o encargados de los niños en el hogar a corregir los hábitos alimentarios que tienen los infantes y de esa manera puedan brindarles una nutrición adecuada a sus necesidades.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio es de relevancia debido a que la malnutrición es un problema que continúa generando preocupación a nivel mundial. Podemos decir que hoy en día se utiliza el término “subnutrición” ya que la malnutrición puede existir sin pérdida de peso o incluso en casos de obesidad, este déficit nutritivo puede afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas como suele suceder durante el primer año. Cruz, M. (2010).

Uno de estos problemas nutricionales causados por la malnutrición es la desnutrición, que es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos, o de una deficiente absorción de los nutrientes consumidos. Uno de cada 4 niños menor de 5 años tiene baja talla para la edad, la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Internacional) indica que en el Ecuador el 12 % de los niños tiene desnutrición global es decir bajo peso para la edad. El 16% nace con bajo peso, 6 de cada 10 embarazadas, y 7 de cada 10 menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro estas cifras se duplican en poblaciones rurales e indígenas.

Es por eso necesario evaluar la ingesta de alimentos que los niños consumen a diario , debido a que el estudio de una dieta busca determinar no solo la ingesta, tipo, frecuencia de alimentos, tamaño de las raciones etc., sino también las conductas alimentarias tales como: apetito, saciedad, situación social, comportamiento durante la comida, tratando de buscar los motivos y las alteraciones detectadas; debido a que una de las causas de los problemas nutricionales es la falta de preparación nutricional de los cuidadores o padres de familia , nivel económico bajo y una dieta desequilibrada. Mataix, J. (2009).

En el Ecuador, el MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social) se ocupa de varios programas de “Creciendo con Nuestros Hijos”, el cual consiste en enviar un profesional a cada centro o casa para que pueda capacitar a los representantes de los infantes, este programa de estimulación temprana, es dirigido a los menores entre las edades de 0 a 3 años de edad; atiende a más de 500 niños y niñas, en 12 unidades dentro de los sectores más vulnerables de la ciudad de Guayaquil. Entre uno de estos se encuentra Creciendo con Nuestros Hijos “Flor del Valle” ubicado en el noroeste de Guayaquil, sitio en el cual se realizó el presente proyecto.

Se debe valorar constantemente el estado nutricional de los niños de dicha unidad y sobre todo en aquellos que no se encuentran en su peso y talla adecuados; mediante esta valoración se puede llevar un control y registro de los menores, y saber si se están desarrollando dentro de sus parámetros normales. Se realizó una evaluación antropométrica en el lugar de estudio, y se los ubicó en tablas actualizadas de percentiles de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

La finalidad de este proyecto, además de evaluar el estado de nutricional de los menores, es también ofrecer guías alimentarias a los representantes de los niños de dicha institución, brindándoles recomendaciones nutricionales adecuadas a sus requerimientos, para que los padres puedan capacitarse a través de charlas y talleres y de esa manera puedan brindarles a sus hijos una alimentación correcta. Ante esto, nos formulamos la siguiente pregunta investigativa ¿Cuál es el estado nutricional en los niños de 1 a 3 años de edad que asisten a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar el estado nutricional en niños de 1 a 3 años, que asisten a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle” de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo de Octubre 2013- Marzo 2014.

3.2 Objetivos específicos

1. Evaluar el estado nutricional en los niños de 1 a 3 años de edad a través de datos antropométricos.
2. Determinar el grado de conocimiento acerca de una alimentación adecuada de los padres de familia que acuden a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle” mediante encuestas.
3. Elaborar guías nutricionales dirigidas a los padres de familia de los niños de 1 a 3 años de edad en la unidad de atención” Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle” para una correcta alimentación.

4. JUSTIFICACIÓN

Según la Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Internacional) la nutrición adecuada constituye un beneficio enorme, las personas bien alimentadas tienden a ser más saludables y productivas, una alimentación correcta beneficia a las familias y a un mundo entero, y muchas veces son afectadas por algunos factores como el nivel socioeconómico, carencia de preparación nutricional de parte de los representantes, o por una dieta desequilibrada.

En el presente proyecto se realizarán evaluaciones nutricionales utilizando una báscula e infantómetro y dichos valores obtenidos serán graficados en tablas de percentiles de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y así poder clasificar a los niños en el estado nutricional que se encuentren. También se determinará el grado de conocimiento de los padres de familia acerca de una nutrición adecuada, mediante entrevistas y encuestas alimentarias.

Los beneficiarios de este proyecto serán los niños y niñas de 1 a 3 años de edad de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros hijos, Flor del Valle” y de la misma manera los padres de familia tendrían una orientación nutricional mediante charlas acerca de los puntos más importantes de la nutrición infantil.

Con el fin, de que a través de las recomendaciones nutricionales los representantes puedan ofrecerles a sus hijos en el hogar la calidad y cantidad de alimentos que ellos necesitan para su desarrollo y crecimiento.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Marco Referencial

Según la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Internacional) en el año 2013, mencionó que el Sur de Asia es la zona con mayor número de desnutrición crónica, mientras que el 12 % de los menores de 5 años de Latinoamérica y el Caribe sufren de desnutrición, es la tasa más baja del mundo en desarrollo, pero en países como Guatemala existe un 48% de desnutrición, diferente a Haití y Perú que existe una mejora de la situación nutricional. En Latinoamérica y el Caribe, el porcentaje de niños menores de 5 años, moderada o severamente desnutridos pasó del 22 % en 1990 al 12 % en el 2011.

En el Ecuador, la malnutrición tanto por déficit como por exceso, se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, en la sierra rural, más de cuatro de cada diez preescolares tienen problemas de malnutrición ya sea por déficit o exceso, explica el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA que el 26% de los niños y niñas menores de cinco años sufre una talla baja relacionado a su edad (T/E) o desnutrición crónica y, de este total, alrededor del 7% padece de delgadez severa. De estas cifras, los niños y niñas indígenas representan el 20% de desnutrición crónica y el 28% de desnutrición crónica grave. El 60% de desnutridos crónicos y 71% de los niños y niñas con desnutrición crónica severa viven en áreas rurales, Y el 6% de los menores de cinco años padecen de sobrepeso.

Según ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) dice que los indígenas son unos de los grupos con las condiciones de vida más pobres en el Ecuador y se ve reflejado en la alta prevalencia de retardo en talla con el 42.3% en comparación con los otros grupos étnicos. En la subregión más afectada por

el retardo en talla es la Sierra rural 38.4%, seguida por la Sierra urbana 27.1% y la Amazonía rural 27.2%.

Por provincias, en el retraso en el crecimiento lineal se encuentran las provincias de Chimborazo 48.8% y Bolívar 40.8%, por otro lado, la subregión con mayor prevalencias de sobrepeso y obesidad es Galápagos con el 12.7%, seguida por Guayaquil 10.2 %.

La nutrición infantil debe proporcionar todos los nutrientes necesarios para obtener un crecimiento y desarrollo ideal, para evitar deficiencias nutricionales específicas, se debe incentivar hábitos de alimentación correctos y prevenir desde la infancia los problemas de salud derivados de una dieta inadecuada que pueden aparecer en la edad adulta. García, P., Bellido, D., y Luis, D. (2010).

5.2 Marco Teórico

5.2.1 Nutrición infantil

Según la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Internacional) la nutrición adecuada constituye un beneficio enorme. Las personas bien alimentadas tienden a ser más saludables y productivas y a aprender con más facilidad. La buena nutrición beneficia a las familias y las comunidades, y al mundo en general.

La nutrición infantil tiene como principal objetivo asegurar una alimentación equilibrada que proporcione todos los nutrientes necesarios para conseguir un crecimiento y desarrollo adecuado, evitando así deficiencias nutricionales específicas, instaurar hábitos de alimentación correctos y prevenir desde la infancia los problemas de salud derivados de una dieta inadecuada que pueden aparecer en la edad adulta. García, P., Bellido, D., y Luis, D. (2010).

5.2.2 .Malnutrición Y Desnutrición

Según ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) las adolescentes y mujeres malnutridas traen al mundo niños con bajo peso, y algunas veces desnutridos porque sufrieron un retardo del crecimiento en su vida intrauterina, estos menores poseen menor capacidad de aprendizaje, podemos decir que la desnutrición que ocurre en la niñez y la adolescencia, durante el embarazo tiene un efecto negativo y se ve reflejado en bajo peso al nacer, y por lo tanto con mayor riesgo de muerte neonatal, una dieta desequilibrada de proteínas, hierro y zinc, más las frecuentes infecciones , contribuye a los efectos negativos del retardo en el crecimiento fetal, bajo peso, diarrea y neumonía .

Desde el punto de vista de la OMS, la malnutrición se define como el desequilibrio entre el aporte de nutrientes, energía, y los requerimientos corporales para poder vivir, crecer y realizar funciones específicas.

El Ministerio de la Salud y la Nación (2009) menciona que los déficits en el estado nutricional infantil están asociados a múltiples factores del ambiente en el que vivió el niño desde su concepción, la pérdida de peso o su insuficiente aumento y retraso del crecimiento en talla son procesos de agresiones múltiples, la desnutrición es la expresión de una patología social más generalizada, la pobreza. Entre estos factores de riesgo se pueden englobar los siguientes:

- **Factores propios del niño:** Peso inadecuado al nacer (menor de 3 kg), patologías de base.

- **Factores relacionados con el vínculo madre-hijo:** Carencia de educación materna, embarazo no deseado, madre adolescente, tiempo de que dispone de atención para su hijo.
- **Factores socioeconómicos:** Ingresos inestables (bajos) en el hogar, sistema de compra de alimentos, madre como único sostén de la familia, alcoholismo/adicciones.

La influencia del nivel socioeconómico y del medio ambiente sobre el crecimiento de niños es de gran importancia en esta época. De acuerdo con la OMS (Organización mundial de la salud) 2005, las causas más directas de la talla baja en los niños de los países en desarrollo están relacionadas con la falta y disminución de factores básicos para un crecimiento y desarrollo normal.

Los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que comemos, cómo preparamos los alimentos, las prácticas alimentarias y los alimentos que preferimos, algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población.

La FAO (Organización para la Agricultura y la Alimentación, perteneciente a las Naciones Unidas) expresa que la educación nutricional ha tenido una importante influencia en los hábitos alimentarios debido a que las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos, y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios. La religión puede tener una importante función en prohibir el consumo de ciertos platos. Ver anexo tabla #1

La UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Internacional) refiere:

“La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas; La cual puede ser crónica, aguda y también desnutrición según peso para la edad. La desnutrición involucra tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad es decir retraso en el crecimiento y estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta)”.

Los problemas y las causas de desnutrición que se debaten en la actualidad incluyen: crecimiento inconsistente, bajo peso al nacer, desnutrición materna, deficiencia de nutrientes específicos (yodo, vitamina A, hierro, zinc), diarrea, infección por el VIH y otras enfermedades infecciosas, prácticas de alimentación infantil inadecuadas e inseguridad alimentaria. Kliegman et al. (2008).

Es entonces importante tratar el tema de malnutrición infantil, no solo por la afectación emocional sobre el menor y su desenvolvimiento en el medio que lo rodea, así como en el hogar, sino también podría traer consecuencias en la niñez y repercutir sobre su desarrollo y futura adolescencia; aunque esta alteración es multifactorial y posee diversidad en cuanto a sus etiologías, se podría hacer un hincapié en una de las más relevantes en el Ecuador, la cual es el factor socioeconómico, debido a que la elección de alimentos en cuanto a calidad, y cantidad se refiere, podría influir en el estado nutricional del infante.

5.2.3 .Tipos y Signos de la desnutrición

La UNICEF 2012 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Internacional) nos menciona 3 tipos de desnutrición:

1. **Marasmo:** Es causada por pérdida de la masa muscular y grasa, el niño luce como un anciano con pérdida de grasa subcutánea, las costillas pueden observarse fácilmente, puede haber pliegues de piel en glúteos y piernas (signos de pantalón). Por lo general el peso para la edad (P/E) y el índice de masa corporal para la edad (IMC) de estos niños, está por muy debajo del percentil 3.



Fuente: Unicef, 2012

Gráfico #1: Signos clínicos de la desnutrición, niño con marasmo.

2. **Kwashiorkor:** Ingestión insuficiente de proteínas con ingestión adecuada de energía. Es una desnutrición severa, los músculos del niño están consumidos, la pérdida de peso no es muy notoria ya que

presentan edema generalizado debido a causa de retención de líquido en los tejidos, palidez, irritabilidad, se niegan a comer, la cara luce redonda debido al edema y también su pelo es fino, escaso y algunas veces decolorado, su piel tiene manchas simétricas decoloradas donde la piel se agrieta y se descama, este tipo de desnutrición aparenta tener un peso adecuado para su edad, sin embargo el peso real es bajo y está enmarcado por edema.



Fuente: Unicef, 2012

Gráfico #2: Signos clínicos de la desnutrición, niño con kwashiorkor.

3. **Kwashiorkor marasmático:** Son condiciones distintas pero en comunidades donde ocurren ambas, un ejemplo es, que un niño puede presentar adelgazamiento severo como se observa en el marasmo pero al mismo tiempo puede presentar alteraciones en la piel, pelo o edema típico de kwashiorkor.

Los signos clásicos de la desnutrición según Meléndez, L. (2010):

1. Universales: Siempre presentes independientemente de etiología, intensidad o variedad clínica. Ver anexo en tabla #2

Dilución: El agua corporal aumenta en relación a la masa magra, grasa y hueso. El espacio intra y extra celular se ve afectado, sobre todo el extracelular, incrementa este volumen secundario entre muchos otros factores a la carencia de proteínas responsables de la presión oncótica (más acentuado en kwashiorkor).

Disfunción: La bomba de Na y K más lenta, el potencial de acción se afecta con la consecuente incapacidad para desarrollar funciones básicas.

Atrofia: Alteración anatómica que condiciona disfuncionalidad orgánica.

1. **Circunstanciales:** Se desencadenan como una expresión exagerada de los signos universales, tales como: edema, caída del cabello, petequias, hipotermia, insuficiencia cardíaca, hepatomegalia, piel seca, fría y seborreica.

3. Agregados:

Determinan la terapéutica y mortalidad.

Signos de condición primaria: diarrea, esteatorrea, vómito y anorexia.

Signos de infecciones agregadas: infecciones entéricas, fiebre, neumonía y anemia

Desequilibrio hidroelectrolítico: náuseas, vómito, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, colapso vascular. Síntomas determinados por el ambiente social y cultural.

5.2.4. Valoración nutricional

Anamnesis:

Cruz, M. (2011). Se deberá valorar los antecedentes familiares de patologías relacionadas con la nutrición tales como: obesidad HTA, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, los antecedentes personales de enfermedad y las características de la dieta, la conducta alimentaria y la actividad física, intolerancias hacia algún alimento, también es de interés el peso al nacimiento, el tipo y duración de la lactancia, la edad del destete, la introducción y preparación de la alimentación complementaria, el calendario de vacunaciones, la evolución del peso, talla y relación peso/talla.

Evaluación bioquímica:

Es importante ya que nos ayuda a detectar cambios secundarios antes que aparezcan síntomas clínicos. La disponibilidad de biomarcadores es cada vez más precisa y específica, acerca de los déficits o excesos nutricionales, de la respuesta metabólica, funcional o estructural.

Ingesta dietética:

El estudio de la dieta busca determinar no solo la ingesta, tipo, frecuencia de alimento, recordatorio de 24 horas y tamaño de las raciones. Sino también la conducta alimentaria tales como: apetito y saciedad, situación social y comportamiento durante la comida. Mataix, J. (2009).

García, P., Bellido, D., y Luis, D. (2010) señala que cuando no se puede realizar una encuesta completa, se debe por lo menos realizar una historia dietética, y preguntar el consumo habitual en las comidas principales al día, cantidad y tipo de alimento, y completarlo con la frecuencia diaria y semanal de los principales grupos de alimentos. Se incluirán, en caso de consumirlos, y también se debe preguntar si consume algún producto de nutrición enteral, así como suplementos vitamínicos y minerales.

Por lo tanto el primer paso para una evaluar a un niño siempre deberá ser la evaluación nutricional, la cual consta de historia clínica o anamnesis ;este paso es de suma importancia para valorar el estado nutricional de un infante, debido a que nos permite conocer enfermedades previas, antecedentes personales y familiares, peso al nacer , etc. Otro punto importante es la historia dietética, que nos permite conocer el ingreso de nutriente en los niños, saber si tienen un exceso o carencia de ellos. También nos ayuda a identificar los hábitos alimentarios a través del recordatorio de 24 horas.

5.2.5. Antropometría

Krause (2009) explica que la antropometría consiste en la obtención de las medidas físicas de una persona y relacionarlas con los modelos que reflejan en el crecimiento y desarrollo del individuo; son importantes ya que son otro componente de la valoración nutricional y es útil para evaluar la nutrición excesiva o insuficiente. Ver Anexo tabla #3

Las mediciones antropométricas mínimas serán: peso, talla, perímetro craneal y del brazo, pliegues cutáneos tricípital y subescapular con estas mediciones, se pueden diagnosticar y cuantificar las desviaciones nutricionales y también diferenciar los cuadros agudos de los crónicos. Mataix, J. (2009). El peso y la estatura son las medidas que permitirán un diagnóstico del estado nutricional del niño, por eso es necesario llevar un control de ellos durante el primer año de vida, por eso, en caso que el niño no reciba suficiente aporte de energía y proteínas; en corto tiempo esta deficiencia se verá reflejada en el peso y luego en la talla.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) desarrolla las curvas de crecimiento, para conocer cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) desde el primer año de vida hasta los seis años. Se debe utilizar el peso y la talla para construir los índices antropométricos los cuales son combinaciones de medidas. Los índices básicos son:

- **Peso para la edad (P/E):** Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso.

- **Talla para la edad (T/E):** Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad y sus déficits, se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo.
- **Peso para la talla (P/T):** Refleja el peso relativo para una talla y define la probabilidad de la masa corporal. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición, y alto es de sobrepeso y obesidad.
- **Índice de masa corporal:** Se calcula con la división del peso sobre la estatura al cuadrado, su interpretación es similar a la mencionada para el peso talla pero con más precisión.
- **Perímetro craneal o cefálico:** Valora indirectamente el desarrollo del sistema nervioso central. Se altera en la malnutrición intrauterina y en anomalías fenotípicas.
- **Pliegues tricipital:** El pliegue tricipital valora la composición corporal (grasa), se mide en el brazo izquierdo (en el punto medio, en su cara posterior) se debe utilizar un calibrador del pliegue cutáneo.
- **Perímetro braquial:** Es muy útil para valorar la composición corporal (grasa y masa muscular) informa el estado nutricional actual, se mide en el brazo izquierdo o no dominante, Debe utilizarse una cinta métrica. García, P., Bellido, D., y Luis, D. (2010).

Una vez recogidas las medidas del paciente es necesario contrastarlas con los patrones de referencia, se lo puede hacer mediante percentiles o calculando puntuaciones z. Los percentiles son usados generalmente en versión gráfica, indican que tanto por ciento de la población de la misma edad y sexo se haya por arriba o debajo de la medición efectuada. La relación peso y talla son útiles para clasificar el estado de nutrición y realizar su seguimiento.

Entonces con este tipo de valoración como lo es la evaluación antropométrica, los indicadores más importantes sin lugar a dudas, son peso y talla, porque a partir de estos parámetros podemos ubicar los datos obtenidos en los percentiles de la OMS e indicar en qué estado nutricional se encuentran los menores como por ejemplo: eutróficos, bajo peso, desnutrición, riesgo de desnutrición, sobrepeso y obesidad. Además esta es la evaluación más económica, ya que la podemos realizar solo usando una balanza y un infantómetro, así como se realizó en el presente proyecto.

5.2.6. Clasificación del estado nutricional por percentiles

Clasificación del estado nutricional	Peso/edad	Talla/edad o longitud/edad	Peso/talla o peso/longitud
Obesidad	Mayor de P97	-	Mayor del P95
Sobrepeso	Entre P90 Y P97	-	Entre P85 y P95
Adecuado	Entre P10 Y P90	Entre P10 y P90	Entre P10 Y P85
Riesgo de Desnutrición	Entre P3 y P10	Entre P3 y P10	Entre P3 y P10
Desnutrición	Menor del P3	Menor del P3	Menor del P3

Fuente: Meléndez, L. (2010).

5.2.7. Formas de medición de peso y estatura

Meléndez, J. (2010) nos recomienda las siguientes maneras para pesar y tallar de manera eficaz:

- **Peso de niños y niñas menores de 2 años**

Se debe pesar al niño con ropa ligera y colocarlo en la canasta, silla o bandeja de la balanza. En caso que no disponga balanza para bebés es posible utilizar la balanza de pie y solicitar a la madre o el cuidador que

cargue al niño o niña, con el fin de establecer el peso de la madre por diferencia. Y debe ponerse de pie sobre el centro de la balanza, encima de las plantillas, cargando el niño, sostenido en los brazos, pegado a su cuerpo y lo más quieto posible.

- **Peso de niños y niñas mayores de 2 años**

Solicitar al niño o niña que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la superficie de la báscula con la mínima cantidad de ropa posible y que este en posición recta y erguida, poner la bascula sobre una superficie plana y firme y asegurarse de que este calibrada en cero.

- **Talla de niños y niñas menores de 2 años**

Para menores de 2 años, la medición debe hacerse con el niño acostado (posición horizontal) y la medida se denomina LONGITUD. Se tomará la longitud con la ayuda de un infantómetro que se debe colocar en posición horizontal, en una superficie plana y firme para evitar que el niño se caiga, el niño tiene que estar acostado sobre el cuerpo del infantómetro con la cabeza apoyada en la plataforma fija, sin zapatos.

- **Talla de niños y niñas mayores de 2 años**

Para mayores de 2 años, la medición se debe realizar de pie (de manera vertical) en posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas. La medida se denomina TALLA o ESTATURA, la cual se tomará con un infantómetro, el cual debe de estar en una superficie plana y contra la pared.



Fuente: Unicef, 2012

Grafico # 3: Infantómetro, medición de la estatura para niños.

Existiendo diferentes formas de medición para pesar y tallar a un niño , es importante tener en cuenta la edad, ya que dependiendo de la misma que posea, es diferente la manera de medición, como por ejemplo, en un niño menor a 2 años, primero se debería pesar a la madre para obtener su peso exacto y luego debería pesarse a la madre con el niño en brazos para sacar la diferencia del peso restante, este método se utiliza para tener el peso correcto del infante y de esa manera ubicarlos en percentiles para diagnosticar en que parámetro nutricional se encuentran. En pocas palabras la medición siempre dependerá de la edad del infante, por las ya comentadas variedades en cuanto a la toma.

5.2.8 .Requerimientos nutricionales

Cruz, M. (2011) refiere:

“El conocimiento de las necesidades nutricionales constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo. El rápido crecimiento del niño durante el primer año de vida hasta su adolescencia conlleva unas necesidades nutricionales a las de cualquier otra época de su existencia. Un suministro insuficiente de los nutrientes durante este periodo tendrá efectos adversos en su desarrollo.”(Pág. 663)

El niño durante su primer año de vida, triplica su peso y aumenta su altura a un 50%. Kliegman et al. (2008), en ellos se está produciendo el crecimiento y desarrollo de los huesos, dientes, músculos y sangre, por lo tanto necesitan más nutrientes en su proporción adecuada que en los adultos. Puede haber incluso riesgo de mal nutrición si tienen falta de apetito durante un periodo prolongado o diluyen sus dietas significativamente con alimentos bajos en nutrientes Krause (2009).

Durante el segundo y tercer año de vida, un niño que comience a caminar crecerá entre sus 14 y 19 cm y ganará un peso de aproximadamente 4 y 5 kg, gastan más energía debido a su elevado nivel de actividad.

Por lo tanto, su dieta debe aportar una cantidad adecuada de nutrientes para soportar su crecimiento y actividad. Thompson, J. (2008). Ver anexo tabla #3, #4 y #5

Los requerimientos nutricionales son los siguientes:

1. **Requerimientos calóricos:** los requerimientos calóricos debe ser 1000 kcal como base en el primer año y debe aumentar 100 kcal por año. Velásquez, O. (2007).
2. **Requerimientos proteicos:** Las necesidades proteicas actuales entre 1 y 3 años representan el 5-20% del valor calórico total (VCT), lo que corresponde a 13g/día o 1.1g/kg/día. García, P., Bellido, D., y Luis, D. (2010).
3. **Requerimiento de lípidos:** Debe brindar el 30-40 % de las calorías consumidas en la dieta. Son necesarias para cubrir las necesidades energéticas de vitaminas liposolubles y de ácidos grasos esenciales, la ingesta de ácidos grasos saturados debe ser inferior al 10%. Estas recomendaciones son aplicables también para el niño en edad escolar, el adolescente y adulto.
4. **Requerimiento de carbohidratos:** Deben cubrir, en todas las etapas de la vida del 45 al 65 % del aporte energético global. El 10% debe proceder de los azúcares de absorción rápida mono y disacáridos (sacarosa, fructuosa y glucosa) y el 90% restante de los azúcares lentos o complejos contenidos en los cereales, pastas, féculas, verduras y frutas. La fibra está compuesta por hidratos de carbono complejos no digeribles. Las necesidades diarias de fibra son de 19g/día para niños en edad preescolar y de 15g/día para niños en edad escolar.

Es necesario que padres de familia o los encargados de los menores tengan conocimiento acerca de nutrición infantil ,para que puedan ofrecerle los alimentos necesarios, ya que si existe una nutrición adecuada podrán tener el

peso y talla ideal para su edad, también se puede mencionar que a partir de esta etapa preescolar, es cuando se desarrollan los hábitos alimentarios, es por eso que los padres deben incentivar a sus hijos a una alimentación correcta para evitar problemas nutricionales, así como el retraso del crecimiento, un ejemplo para corregir esos hábitos es que se les debe brindar refrigerios saludables, ya que en la actualidad la comida chatarra es de mayor consumo en jardines y escuelas.

5.2.9. Ablactación

La ablactación es el proceso en el cual consiste la introducción de manera progresiva, alimentos diferentes a la leche, hasta incorporarlos a la dieta familiar, algunas veces se utiliza el término suplementación o complementación de alimentos.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), refiere:

“Los alimentos complementarios, son aquellos alimentos sólidos o líquidos diferentes a la leche humana que se administran a los niños durante la lactancia o simultáneamente durante la alimentación al seno materno”.

Durante el proceso de ablactación, algunas veces se producen deficiencias nutricionales que se hacen más evidentes entre los 12 y 24 meses de edad; así como la desnutrición aguda y las deficiencias de algunos nutrientes.

Puede también existir mayor frecuencia de infecciones gastrointestinales debido a la introducción de alimentos contaminados, y también alimentos con baja densidad de energía, vitaminas y nutrimentos inorgánicos condición que

introduce a la desnutrición, el problema con estos alimentos es que resulta menor aporte de energía a las que provee la leche, entre las deficiencias de nutrientes los más frecuentes son hierro y zinc.

La ablactación contribuye a la maduración de las funciones motoras tales como: masticación y deglución de sólidos.

La OMS señala que el momento indicado para la introducción de alimentos distintos de la leche es a partir de los 6 meses de edad, debido a que la alimentación exclusiva, es el seno materno y es capaz de mantener un buen crecimiento de los lactantes hasta esa edad. La introducción de alimentos sólidos, bacteriológicamente seguros a partir de los 4 meses de edad, no hace diferencia en el crecimiento ni en la ingestión total de energía de los lactantes. Casanueva et al. (2008).

Por lo tanto, a partir del 6º mes de vida, se deben introducir diferentes alimentos que nos aseguren el correcto desarrollo y buen estado de salud del infante, este proceso de ablactación debe ser progresivo. Es vital señalar que no se debe eliminar la leche materna mientras se incorporan estos nuevos alimentos, se debe administrar en forma simultánea.

La importancia de la ablactación es tal, que si adquirieren en el primer año de vida hábitos alimenticios sanos y equilibrados, le ayudarán al infante a llevar una dieta saludable en los años venideros, si es que se la realiza de forma progresiva como ya se ha establecido, recordando que de esta manera no solo ayudamos a desarrollar al aparato digestivo, sino también contribuyendo con la función motora.

5.2.10. Destete

La OMS (Organización Mundial de la Salud) refiere que en los primeros 6 meses de vida, la leche materna debe ser el único alimento que el niño consuma, excepto por medicinas, vitaminas y minerales y a partir de los 6 meses se sugiere iniciar la alimentación complementaria, y mantener la lactancia materna hasta los 2 años de vida.

Los alimentos que se usen durante el destete deben elegirla con cuidado para poder complementar las necesidades nutricionales del lactante, favorecer la ingestión de los nutrientes, y mantener el crecimiento. Krause (2009).

Según la Asociación Española de Pediatría. (2008), el término destete es el periodo el cual comienza con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna y se finaliza por completo el periodo de la lactancia.

Un destete normal debe ser lento, porque tiene que haber tiempo para introducir todos los alimentos de la dieta y permitir el desarrollo de la habilidad para masticar y deglutir sólidos; a partir de los 6 meses. La leche materna cubre todas las necesidades de nutriente que el niño necesita, es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El proceso del destete es influido por factores médicos, sociales y personales.
- La mayoría de los destetes se originan antes de los 24 meses.
- El destete no debe interferir con la adquisición de hábitos alimentarios correctos.

Es decir, la edad en que ocurre el destete por completo, cuando el infante abandona definitivamente la leche materna, debería ser a los 2 años de edad, pero en nuestro medio la realidad es variable y está influida por factores de muy diversa índole. Pese a que el momento del destete definitivo generalmente es una elección personal, se debe tener en cuenta que el destete no solo es un cambio en la dieta del niño, sino que es un asunto muy serio con gran repercusión emocional para él y para su madre.

5.2.11. Nutrición en Edad Preescolar

García, P., Bellido, D., y Luis, D. (2010) indica que los niños de 1 a 3 años de edad son considerados como adultos pequeños y los consejos dietéticos aplicables son: Darle lo mismo que a los mayores, pero disminuyendo la porción; constituye una etapa de transición entre el periodo de crecimiento acelerado del lactante y el periodo de crecimiento estable del escolar, en la que el niño gana 20 cm de talla y 4 kg de peso, es decir experimenta una ganancia de su estatura del 30% y del 40 %, a los tres años hay una madurez de la mayoría de órganos, aumentan las necesidades proteicas, por el crecimiento de músculos y otros tejidos, aumentan de peso entre 2 a 2.5 kg por año , crece 12 cm en el segundo año , 8-9 cm el tercero y 5-7 cm a partir de esa edad.

Las recomendaciones diarias de energía en función de la edad y sexo entre 1 y 2 años es de 1046 Kcal para los niños y 992 para las niñas.

Los infantes entre 1 y 6 años de edad experimentan progresos en su desarrollo y habilidades; los niños de un año de edad usan los dedos y piden ayuda para utilizar una taza, a los 2 años pueden sujetar una taza con una mano y usan correctamente la cuchara, los niños de 6 años desarrollan

habilidades más refinadas y empiezan a usar el cuchillo para untar y cortar. El apetito disminuye a medida que se frena el crecimiento después del primer año de vida, ellos no están preocupados por los alimentos sino por el mundo que les rodea.

El índice de crecimiento no es constante, a medida que el niño crece, el índice de crecimiento en realidad es más lento. Sus apetitos suelen disminuir, a la edad entre 1 y 3 años de edad se someten a grandes cambios. Sus piernas se alargan: desarrollan músculos, empiezan a caminar, hablar, aprenden a comer y a valerse por sí solos. Se debe ofrecer a los niños alimentos densos en nutrientes, porque la porción de comida de ellos será pequeña. No deben limitarse las grasas antes de la edad de 2 años, pero las comidas no deben ser abundantes en grasa. Se recomienda la leche entera hasta la edad de 2 años, en cuanto a la leche baja en grasa o sin grasa a partir de los 2 años. La guía para la ingesta de grasa es de 30 a 35 % para los niños de 2 a 3 años de edad y de 25 a 35 % de para los niños de 4 a 18 años, con más de 7% de grasas saturada.

El atragantarse es frecuente en niños pequeños, para prevenirlo, no se les debe dar a los niños menores de 4 años cacahuates, uvas, salchichas, zanahorias crudas y crema de cacahuete espesa; la hora de comer debe ser placentera y la comida no debe forzarse en el niño, debe ser en pedazos pequeños. La responsabilidad principal de los padres es proporcionar comida nutritiva en un ambiente placentero y la responsabilidad del niño es decidir cuanta comida comer o si la come o no. Roth, R. (2009).

A medida que los niños crecen aumentan su peso y estatura, desarrollando también sus habilidades para comer, se vuelven más independientes, es por eso que dependiendo de la edad debería brindarse ciertos tipos de alimentos, asimismo como el tamaño, a pesar que el índice de

crecimiento no es constante, muchas veces el apetito suele disminuir en los primeros años ,como se mencionó anteriormente , suelen ser sometidos a grandes cambios, es por ello que debe seguirse con las recomendaciones ya comentadas en cuanto a alimentos densos y grasos se refiere. Además evitar siempre los alimentos pequeños y los enlistados por las posibles repercusiones orgánicas secundarias a las obstrucciones.

5.2.12. Desarrollo neuromuscular

Los niños nacen con varios reflejos lo cual permite su ingestión y deglución en sus alimentos, el primer reflejo es la <<búsqueda>> lo cual hace que el niño voltee la cabeza en dirección de que se toque su cara y busque el pezón con la boca este reflejo se pierde en el 2 y 3 mes, el segundo reflejo es la <<succión>> es el mejor estímulo para una lactancia exitosa ya que estimula la secreción hormonal para la producción y secreción de leche, el tercer reflejo es la <<deglución>> el cual el niño utiliza la parte posterior de la lengua, quedándose bien atrás y así empezando la deglución.

El tercero es el <<extrusivo>> o <<protrusivo >> gracias a que empujan hacia fuera de la boca todo lo que se aproxima al tercio anterior de su lengua, por eso intentar alimentar al infante con alimentos sólidos y semisólidos a esa edad es inútil, las habilidades para masticar y beber de un vaso requiere la maduración neuromuscular y se adquieren alrededor de 6 y 8 meses, la maduración neuromuscular es sumamente importante para lograr la autoalimentación, el uso de manos se vuelve más eficiente, ya pueden tomar y sujetar un objeto en una posición pulgar-dedo para poder sostener el alimento, levantarlo y llevarlo a la boca, esto sucede a los 7 y 8 meses.

En la edad preescolar las habilidades adquiridas se logran por el aumento de la masa muscular y densidad ósea, así también como la

disminución de la grasa corporal origina grandes cambios, a los 12 meses se mantienen erguidos y dan sus primeros pasos, empiezan a controlar su cuerpo y movimientos, a los 15 meses caminan solos, suben escaleras con ayuda. Entre los 18 y 24 meses se vuelven menos dependiente, la coordinación motriz fina también avanza lo que hace que el niño sea más eficiente en la manipulación de objetos, incluyendo la comida, entre los 12 y 18 meses se adquiere el control de la muñeca que es un requisito para la autoalimentación, al comienzo necesita ayuda para sostener un vaso, pero a los 2 años ya lo puede hacer con mucha precisión. Téllez, M. (2010). Ver anexo tabla #6

De esta manera, es primordial poder reconocer cada uno de estos cambios, para poder identificar aquellos niños que poseen retardo en su desarrollo neuromuscular, para poder encaminar a su prevención secundaria en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, y de esta manera seguir hacia la prevención primaria, haciendo hincapié en los cambios obligatorios que debe poseer el infante en sus primeros años, y evitar de esa manera secuelas de difícil e imposible regresión, ya que en el sistema nervioso las lesiones pueden ser permanentes e irreversibles.

5.2.13. Anemia

ENSANUT 2011 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) señala que la anemia por deficiencia de hierro que existe en el Ecuador entre la población menor de 5 años es de 25.7%, con una alta prevalencia de anemia en los niños y niñas de 6 a 12 meses con el 62% y es más grande en la población indígena con el 41.6% en relación con el resto de grupos étnicos; y comienza a disminuir a partir del año de edad.

Anemia proviene del griego “an”, no y “haina”, sangre (no sangre) , es decir una disminución de cantidad de hemoglobina (oligocromemia) se considera anemia cuando un hombre adulto posee menos de 13g/dl de hemoglobina, en mujeres 12g/dl valores inferiores a 11g/dl en niños y mujeres gestantes. Mataix, J. (2009).

Krause (2009) refiere:

“La anemia es un trastorno el cual la deficiencia de tamaño o número de hematíes o la cantidad de hemoglobina limita el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y las células tisulares, la mayoría de las anemias son ocasionadas por falta de nutrientes necesarios para la síntesis de hematíes, principalmente hierro, folatos y vitamina B12 otras son causadas por otros procesos como hemorragias, anomalías genéticas, enfermedades crónicas o toxicidad por fármacos”. (Pág. 811)

Según Escott, S. (2010) menciona que los signos y síntomas generales de la anemia son los siguientes:

Anorexia

Ascitis

Cefaleas

Conjuntivas pálidas

Cambios del estado mental

Taquicardia

Extremidades frías

Fatiga, debilidad, irritabilidad

Mareos

Vértigos

Dificultad para dormir o concentrarse

5.2.14. Clasificaciones de la anemia

Anemia ferropénica:

Krause (2009) refiere que este tipo de anemia se caracteriza por la producción de hematíes pequeños (microcíticos) y un nivel disminuido de hemoglobina en la circulación, la anemia microcítica es la última fase de la deficiencia de hierro y el resultado de un largo periodo por privación de hierro.

Los niños entre 1 y 3 años de edad tienen un alto riesgo de anemia ferropénica, el periodo de crecimiento rápido de la lactancia está enmarcado por el incremento de la hemoglobina y de la masa total del hierro, los niños que usan biberón prolongado son los que tienen el máximo riesgo de deficiencia de hierro, la ingesta recomendada depende la velocidad de la absorción y de la cantidad de hierro en los alimentos, en especial los de origen vegetal.

Dosis profiláctica de hierro: 3mg/kg/día (niños)

Dosis terapéutica de hierro: 5-6 mg/kg/día (niños)

Anemia megaloblástica

Son alteraciones de la hematopoyesis, la anormalidad fisiopatológica de base en un bloqueo de la síntesis de ácidos nucleicos, determinado por

deficiencia de folatos, vitamina B12 y también otra de sus causas puede ser por las alteraciones metabólicas, desarrolladas en enfermedades hepáticas crónicas, hemocromatosis, procesos neoplásicos y drogas antineoplásicas mielotóxicas. Meléndez, L. (2010).

Anemia perniciosa

Es el resultado de la falta de absorción de vitamina B12 debida a la carencia de factor intrínseco presente en el jugo gástrico normal.

Anemia por deficiencia de ácido fólico

Es asociada con el espreue tropical, puede afectar a las mujeres embarazadas y se encuentra en los lactantes, hijos de madre con deficiencia de ácido fólico, esta anemia puede producir al principio del embarazo aún defectos del tubo neural en el lactante, las causas más frecuentes son dietas inadecuadas prolongadas, defectos en la absorción y el uso del ácido fólico. Krause (2009).

En otras palabras, la anemia siendo una de las enfermedades más frecuentes en nuestra población, y entre ellas la ferropenia, con una prevalencia de 25.7% en niños menores de 5 años, es importante tenerla presente, debido a que podría ser un factor e incluso una etiología más para la malnutrición. Hay que recordar siempre, que los síntomas generales ya nombrados, podrían orientar a diagnosticar este desorden, ya que si no es tamizado desde sus inicios podría tener severas consecuencias en el crecimiento.

5.3 . MARCO LEGAL

En la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR vigente en el año 2013, en el Capítulo III, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, Sección V, niñas, niños y adolescentes; artículos 44 y 45, se menciona el derecho que tienen los menores y adolescentes a la nutrición por parte de la familia y el estado, y como esta debe cumplirse.

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener

una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

6. FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS

Los niños de 1 a 3 años de edad de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle” ubicado en el noroeste de Guayaquil, poseen un estado nutricional deficiente, debido a una inadecuada alimentación.

7. METODOLOGÍA

7.1. Diseño de la investigación

El empleo del método inductivo nos permite analizar casos particulares de los niños de 1 a 3 años de edad, analizando sus características en común a través de observaciones, comparaciones y conclusiones generales.

Por otro lado, el uso del método analítico nos ayuda a conocer paso a paso el objeto de estudio mediante una observación minuciosa y de esa manera relacionar el estado nutricional de los niños y el grado de conocimiento de los padres de familia acerca de la elección de alimentos que les brindan a sus hijos en su alimentación cotidiana.

El presente proyecto es de corte transversal , y se llevó a cabo durante el periodo del mes de Octubre 2013 a Marzo del 2014 en la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle “ ubicado en el noroeste de la ciudad de Guayaquil, se utilizó la investigación no experimental debido a que no se manipuló las variables, solo se observó el fenómeno y como se da en su contenido natural, para después analizarlos y así mismo se recurrió a la investigación descriptiva porque se recolectaron los datos antropométricos de los infantes que acudieron a dicha unidad ya que mediante ello ,se pudo evaluar en qué estado nutricional se encuentran y también las características de su alimentación diaria a través de encuestas.

7.2. Población, Muestra, Selección de los participantes

La población estará conformada por 46 niños, tanto sexo femenino como masculino, entre las edades de 1 y 3 años, divididos entre 21 niños y 25 niñas. Entonces se utilizó el total del universo de 46 niños, debido a que la población era muy pequeña para seleccionar una muestra.

Se incluirá en el proyecto a los niños y niñas que se encuentren en el rango de 1 a 3 años de edad y que asisten a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle” situado en el noroeste de Guayaquil, y se excluirá del estudio a los niños que pertenezcan al mismo programa, pero ubicado en otro sector de la ciudad que no haya sido mencionado.

7.3. Técnica recogida de datos

Durante la investigación se aplicó las técnicas de entrevista directa y cuestionarios, con el fin de buscar datos relevantes a través de la deducción; utilizando preguntas concretas dirigidas a los padres de familia, así como: Elección y cantidad de alimentos que les ofrecen a sus hijos en el hogar diariamente.

También se necesitó de las medidas antropométricas utilizando su peso y talla para luego ubicarlos en percentiles de P/E, T/E y P/T según las tablas actualizadas de la Organización Mundial de la Salud, y se lo realizó utilizando una báscula para la medición de peso y un infantómetro para la medición de su estatura exacta, y de esta manera, se pudo comparar los valores referidos si el niño o niña se desarrollaba dentro de su parámetro normal.

Para el desarrollo de este proceso se tomó en cuenta la debida autorización por parte de la Dirección de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle”.

7.4. Técnicas y modelos de análisis de datos.

Luego de haber recolectado los datos de todos los niños de 1 a 3 años de la unidad de atención “Creciendo Con Nuestros Hijos, Flor del Valle”, por medio de las técnicas de entrevista y cuestionario, se procedió a registrar todos los datos en Excel, para que a través de los procesos sumatorios, podamos obtener las cifras totales, para luego correlacionarlas en tablas y gráficos de manera porcentual para un mejor análisis de los mismos.

8. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

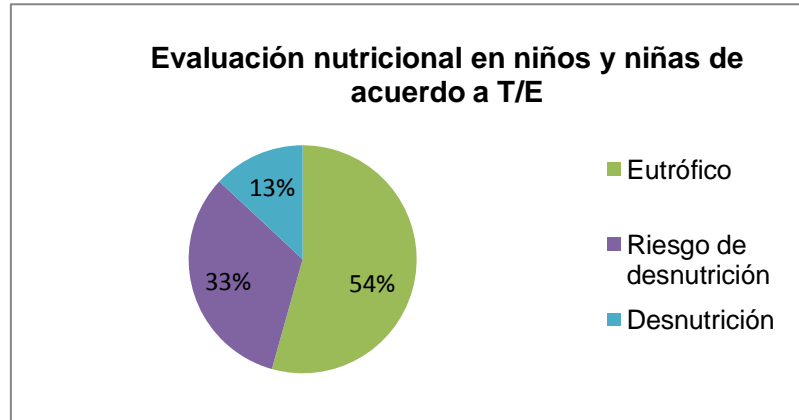
8. 1. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS/ RESULTADOS

8.1.1. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a T/E, de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.

Cuadro N° 1

Estado nutricional T/E	N° Casos	Porcentaje
Eutrófico	25	54%
Riesgo de desnutrición	15	33%
Desnutrición	6	13%
Total	46	100

Gráfico N° 1



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

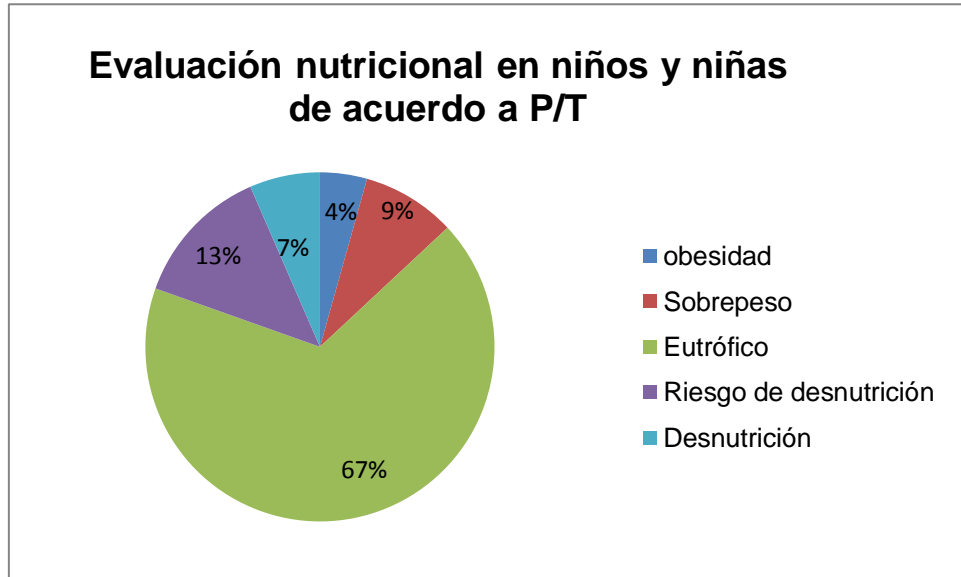
De la población estudiada, el 54% de los niños poseen una talla eutrófica en relación a su edad, se puede observar que existe una cantidad considerable de niños y niñas con riesgo de desnutrición del 33%. En el lugar de estudio existen ciertos niveles de pobreza y esta puede ser también un factor de riesgo para la adquisición de alimentos; y de esa manera puede intervenir en su crecimiento y desarrollo.

8.1.2. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a P/T de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.

Cuadro N°2

Evaluación Nutricional P/T	N° Casos	Porcentaje
Obesidad	2	4%
Sobrepeso	4	9%
Eutrófico	31	67%
Riesgo de desnutrición	6	13%
Desnutrición	3	7%
Total	46	100%

Gráfico N° 2



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

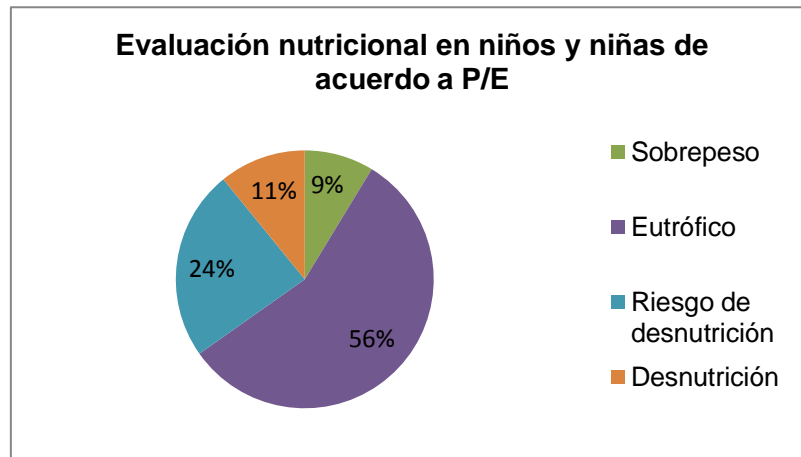
Del total de niños evaluados, el 67% se encuentran en un rango normal es decir, presentan un peso ideal para su talla, lo cual indica que los menores tienen una ingesta suficiente de alimentos y se encuentra reflejado en su peso.

8.1.3. Distribución porcentual según estado nutricional del total de niños y niñas de acuerdo a P/E de acuerdo a percentiles de la Organización Mundial de la Salud.

Gráfico N° 3

Estado nutricional P/E	N° Casos	Porcentaje
Sobrepeso	4	9%
Eutrófico	26	56%
Riesgo de desnutrición	11	24%
Desnutrición	5	11%
Total	46	100%

Gráfico N°3



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

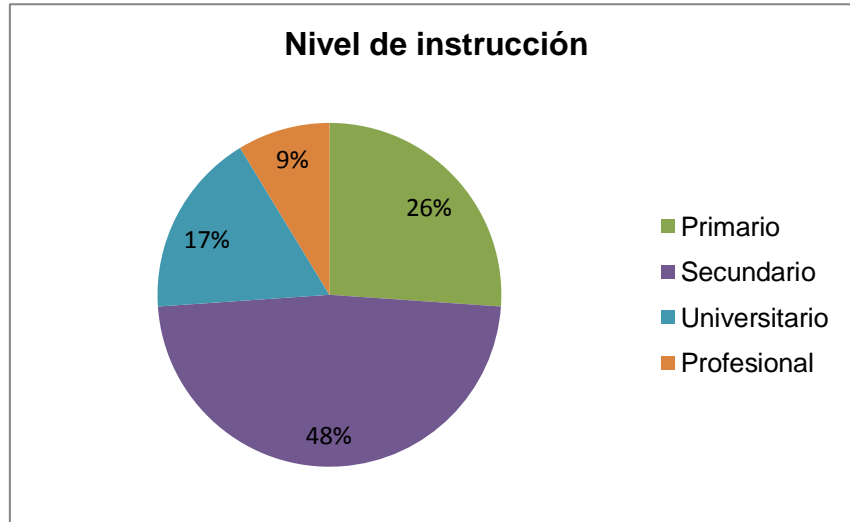
El 56% de la muestra estudiada posee un peso adecuado en relación a su edad, y existe una cantidad considerable del 24 % de los niños que se encuentran en riesgo de desnutrición, lo cual quiere decir que aunque la mayoría posee un peso adecuado, relacionado a su talla como en el parámetro anterior, no significa que ese mismo peso sea el indicado para su edad.

8.1.4. Distribución porcentual según nivel de instrucción de los padres de familia de los niños de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”.

Cuadro N°4

Nivel de instrucción	N° Casos	Porcentaje
Primario	12	26%
Secundario	22	48%
Universitario	8	17%
Profesional	4	9%
Total	46	100%

Gráfico N°4



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

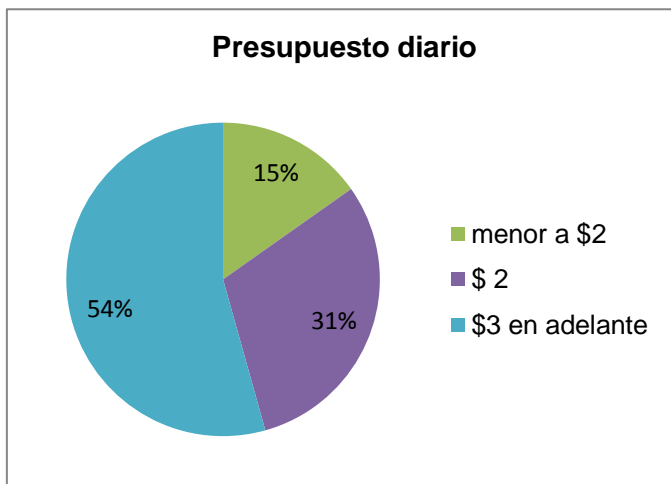
El 48% de padres de familia poseen un nivel de instrucción secundario, seguido por el 26% primario, revelando que existe una minoría de profesionales debido a su estatus económico y social.

8.1.5. Distribución porcentual según presupuesto diario para la alimentación de los padres de familia.

Cuadro N°5

Presupuesto diario	N° Casos	Consumo
Menor a \$2	7	15%
\$3	14	31%
\$3 en adelante	25	54%
Total	46	100%

Gráfico N°5



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

Del total de los padres de familia encuestados, el 54 % aseguró que su presupuesto para su alimentación diaria es a partir de los \$3, y existe una diferencia pequeña del 46% de aquellos que pueden solventar los gastos de alimentos con un presupuesto inferior a dicha cantidad.

8.1.6. Distribución porcentual según número de comidas consumidas al día por los niños

Cuadro N°6

Número de comida al día	N° Casos	Porcentaje
2 a 3 veces	14	30%
4 a 5 veces	32	70%
Total	46	100%

Gráfico N°6



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

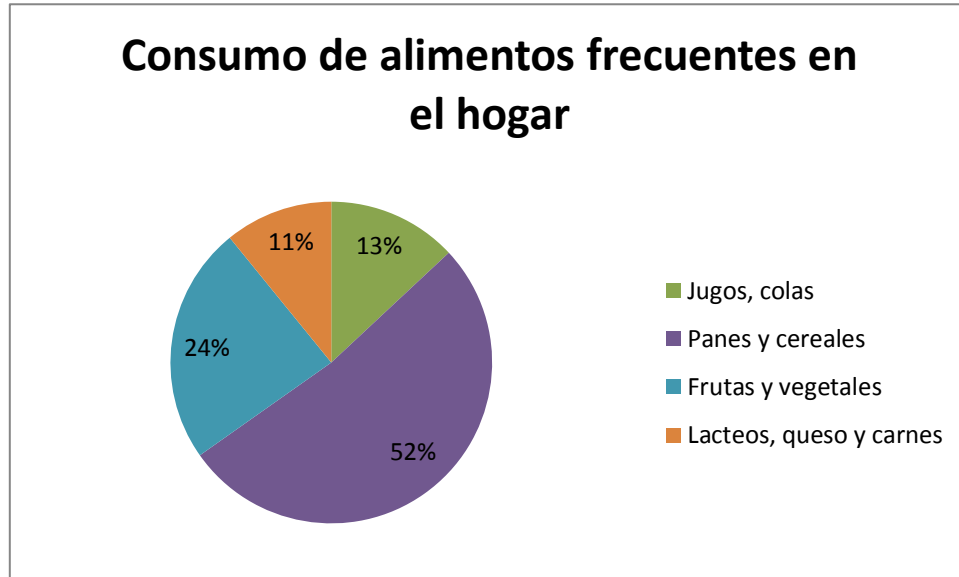
El 70% de la muestra distribuye sus alimentos de 4 a 5 veces al día lo cual es la cantidad recomendada, ya que la frecuencia de ingesta es de 3 comidas principales y 2 colaciones.

8.1.7 Distribución porcentual según consumo frecuente de alimentos que los niños ingieren en el hogar

Cuadro N°7

Consumo frecuente de alimentos en el hogar	N° Casos	Porcentaje
Jugos, colas	6	13%
Panes y cereales	24	52%
Frutas y vegetales	11	24%
Lácteos, queso y carnes	5	11%
Total	46	100%

Gráfico N° 7



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

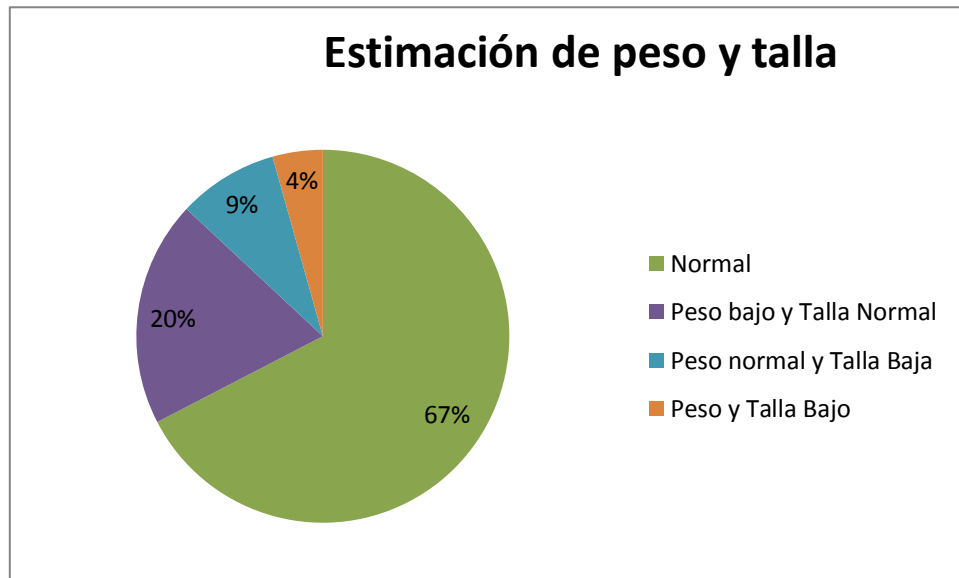
El 52% de los niños consumen en su mayoría panes y cereales, fuentes ricas de carbohidratos, debido a que los carbohidratos provocan saciedad temprana, y son los alimentos más económicos que se puede obtener en el mercado.

8.1.8. Distribución porcentual según estimación de peso y talla de parte de los padres de familia con respecto a sus hijos

Cuadro N°8

Estimación de Peso y Talla	N° Casos	Porcentaje
Normal	31	67%
Peso bajo y Talla normal	9	20%
Peso normal y Talla baja	4	9%
Peso y Talla Baja	2	4%
Total	46	100

Gráfico N°8



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

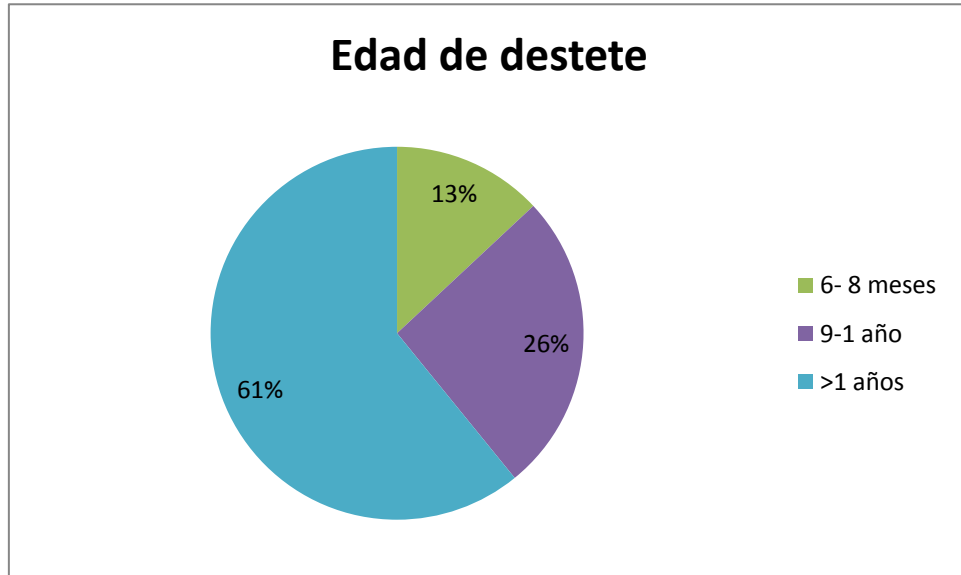
La mayoría de los padres de familia, el 67% de ellos, indicaron que su estimación de peso y talla de sus hijos estaban dentro de un rango normal, lo cual es erróneo, ya que existe una cantidad considerable de aquellos niños que no se encuentran en su peso y talla ideal para su edad.

8.1.9. Distribución porcentual según edad de destete de los niños

Cuadro N°9

Edad de destete	N° Casos	Porcentaje
6-8 meses	6	13%
9-1 año	12	26%
1-2 años	28	61%
Total	46	100%

Gráfico N°9



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

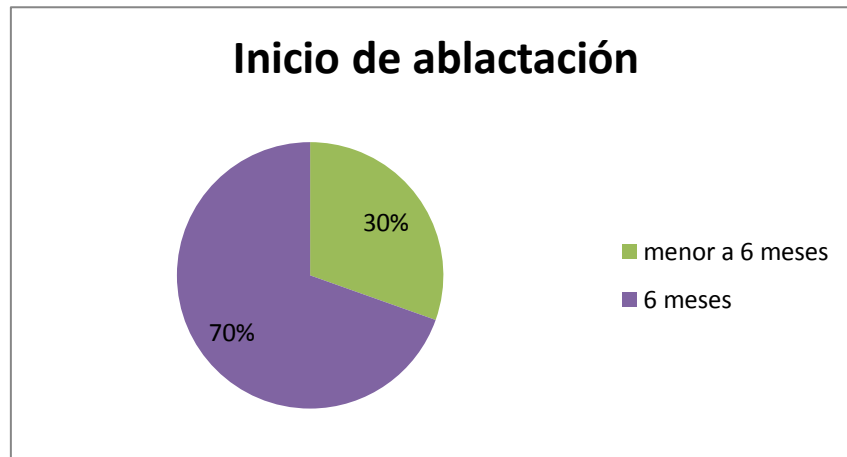
El 61% de la muestra revelan que la edad de destete de sus hijos ha sido entre 1- 2 años, es decir mayor porcentaje de la muestra han destetado a sus hijos en la edad indicada.

8.1.10. Distribución porcentual según inicio de Ablactación de los niños de la unidad

Cuadro N°10

Inicio de ablactación	N° Casos	Porcentajes
Menor a 6 meses	14	30%
6 meses	32	70%
Total	46	100%

Gráfico N°10



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención "Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle" de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de Datos

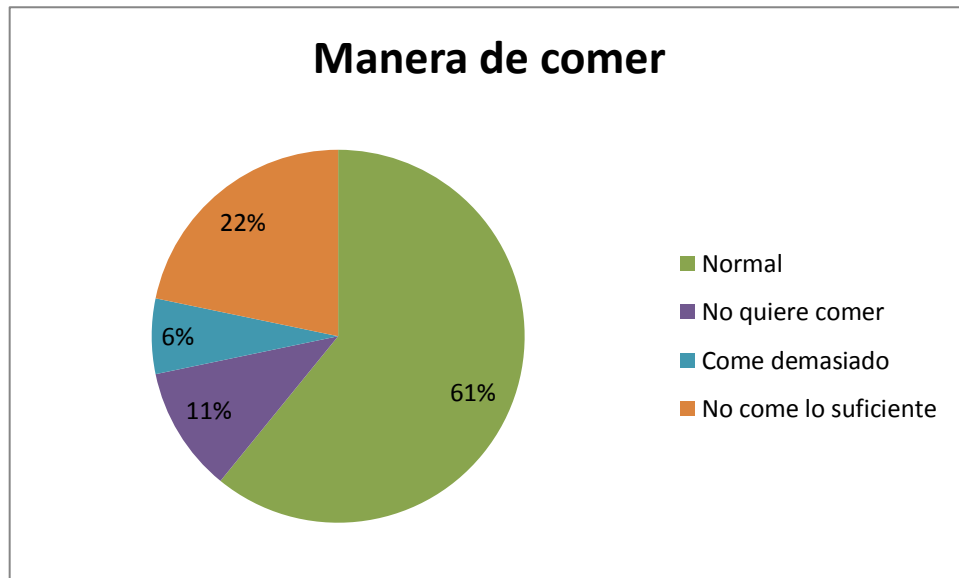
El 70% de los padres de familia comenzaron por primera vez la introducción de alimentos de sus hijos a los 6 meses, edad indicada para la ablactación.

8.1.11. Distribución porcentual según manera de comer de los niños y niñas de acuerdo a criterio de padres de familia

Cuadro N°11

Manera de comer	No. Casos	Porcentaje
Normal	28	61%
Come demasiado	5	6%
No quiero comer	3	11%
No come lo suficiente	10	22%
Total	46	100%

Gráfico N°11



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de datos

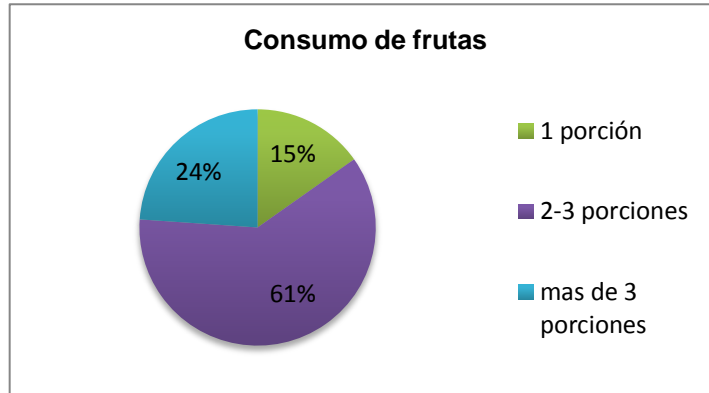
El 61% de los padres encuestados refieren que la forma de comer de sus hijos es de manera normal, esto significa que gran parte de los niños poseen un apetito conservado.

8.1.12. Distribución porcentual según consumo de frutas de los niños

Cuadro N°12

Consumo de frutas	No. Casos	Porcentaje
1 porción	7	15%
2-3 porciones	28	61%
Más de 3 porciones	11	15%
Total	46	100%

Gráfico N°12



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de datos

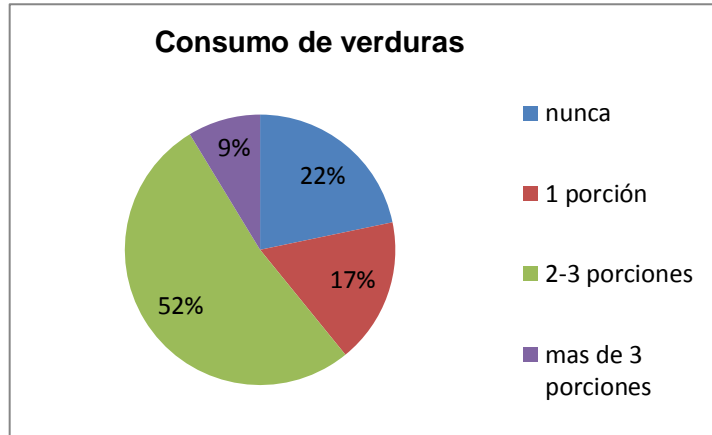
El 61% revela que los niños consumen de 2 a 3 porciones al día, mayor porcentaje al consumo de verduras, debido a que la mayoría de ellos prefieren consumir frutas que vegetales debido a su sabor.

8.1.13. Distribución porcentual según consumo de vegetales de los niños

Cuadro N°13

Consumo de vegetales	No. Casos	Porcentaje
Nunca	10	22%
1 porción	8	17%
2-3 porciones	24	52%
Más de 3 porciones	4	9%
Total	46	100%

Gráfico N°13



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de datos

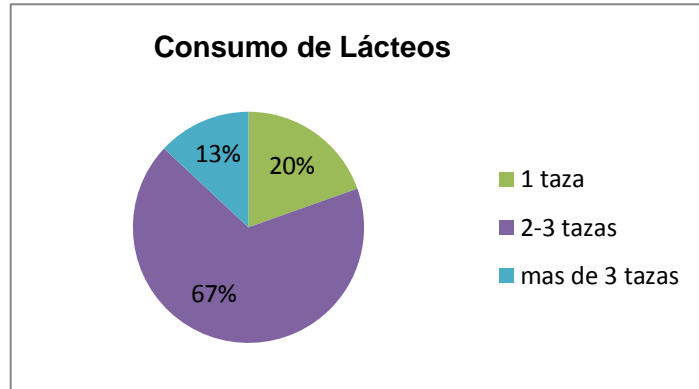
El 52% de los encuestados, les brindan a sus hijos de 2-3 porciones de vegetales al día, seguida por el 22% para aquellos que no consumen verduras, las madres de familia refieren que los vegetales no son del agrado para sus hijos.

8.1.14. Distribución porcentual según consumo de lácteos de los niños

Cuadro N°14

Consumo de lácteos	No. Casos	Porcentaje
1 taza	9	20%
2 tazas	31	67%
Más de 2 tazas	6	13%
Total	46	100%

Gráfico N°14



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de datos

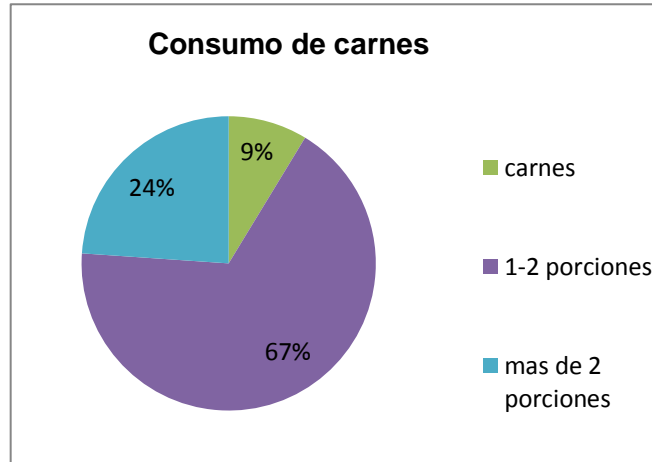
El 67% de los padres de familia indicaron que los niños consumen de 2 tazas al día de leche y/o yogurt. Porción recomendada para ellos para su crecimiento y desarrollo.

8.1.15. Distribución porcentual según consumo de carnes de los niños

Cuadro N°15

Consumo de carnes	No. Casos	Porcentaje
Nunca	4	9%
1-2 porciones	31	67%
Más de 2 porciones	11	24%
Total	46	100%

Gráfico N°15



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis e interpretación de datos

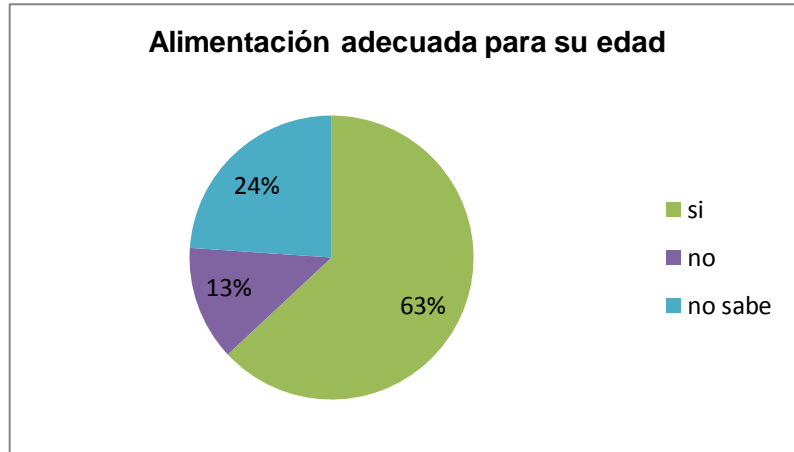
El 67% de los padres de familia refieren que el consumo diario de carnes en sus hijos es de 1- 2 porciones, el cual es la cantidad recomendada, existe un mínimo del 9% de aquellos que no la consumen, una causa puede ser por el costo de la misma; debido a que en el Ecuador, el consumo de carnes en la mesa del hogar, tiene un costo más elevado en comparación a los otros alimentos como los carbohidratos que son más económicos.

8.1.16. Distribución porcentual según criterio de padres de familia de acuerdo a la cantidad diaria que reciben sus hijos en relación a su edad

Cuadro N°16

Alimentación adecuada para su edad	No. Casos	Porcentaje
Si	29	63%
No	6	13%
No sabe	11	24%
Total	46	100%

Gráfico N°16



Fuente: Evaluación antropométrica de los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del valle “de la ciudad de Guayaquil del año 2013.

Elaborado por: Priscilla Vargas egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

.Análisis e interpretación de datos

El 63% de los encuestados revelan que la alimentación que les brindan a sus hijos diariamente es la correcta en relación a su edad, un porcentaje de los padres de familia que fueron encuestados desconocen de la situación, y otros contestaron dudosos ya que unos de los problemas nutricionales del presente trabajo es el peso para la edad.

8.2. ANÁLISIS DE LOS DATOS/RESULTADO

De la población estudiada que incluye a los niños de 1 a 3 años de edad, un total del 67% de niños se encuentran en un peso adecuado para su talla, dejando el 33% con problemas de sobrepeso, obesidad, riesgo de desnutrición y desnutrición

. Por otro lado al evaluar la talla en relación a la edad, solo el 54% se encontraban eutróficos, mientras que el 33% en riesgo de desnutrición y 13% desnutridos, esto indica que el mayor problema se encuentra en la talla de los menores relacionados con su edad; seguido por la relación de su peso y edad con el 24% en riesgo de desnutrición y 11% en desnutrición , y el 56% restante con un peso adecuado , una de las posibles causas de su peso y talla insuficiente para su edad puede ser su incorrecta alimentación. Padres de familia constan de un presupuesto mayor a los \$3 con el 54%, y con una pequeña diferencia del 46% restante de aquellos que pueden solventar la mesa del hogar con una cantidad inferior, ya que el estatus económico de la población de estudio es bajo.

Al momento de realizar las encuestas a los padres de familia para determinar su grado de conocimiento, se pudo observar que una cantidad significativa de padres no poseen una orientación nutricional , ya que se realizó preguntas concretas tales como: consumo de alimentos diarios, número de comidas al día y alimentos frecuentes en el hogar, y dichos padres señalaron que les brinda a sus hijos las porciones incorrectas, tomando en cuenta que nivel instructivo en su mayoría es secundario con el 48%, seguido por el nivel primario del 26%, dejando una minoría de profesionales y universitarios.

8.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.3.1. Conclusiones

Luego de haber realizado el análisis de los resultados, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- Se reveló que el estado nutricional de los niños de 1 a 3 años que asisten a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle” se encuentran en un peso y talla normal en su mayoría, pero existe un porcentaje considerable de aquellos niños cuyo peso y talla es deficiente para su edad según los parámetros de percentiles utilizados, y una de las causas puede ser debida a su incorrecta alimentación.
- En cuanto al grado de conocimiento de los representantes de los menores, se puede mencionar que en una cantidad significativa desconocen de las necesidades nutricionales de los niños, y no les brindan la alimentación indicada, ya que solo la mitad de los padres posee un nivel de instrucción secundario.
- El status socioeconómico de la población estudiada es baja y no todos los padres predisponen con el presupuesto suficiente para el sustento diario de alimentos en el hogar.
- Los padres de familia no cuentan con guías nutricionales que les permitan tener acceso a cómo deben alimentar a sus hijos, ya que en el sitio de estudio no existen profesionales del área de nutrición que les faciliten con esa información.

8.3.2. Recomendaciones

De acuerdo a las conclusiones a las que se ha llegado, se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- Es necesario que los padres de familia tengan en cuenta la importancia del estado nutricional de los niños para su adecuado desarrollo y prevención de enfermedades, por eso es necesario, visitar a su pediatra de confianza para una exploración completa, con el propósito de investigar y detectar posibles causas de origen de aquellos niños que no se encontraban en su rango normal de peso y talla con relación a sus respectivas edades.
- Es conveniente llevar un control nutricional, por lo menos una vez cada tres meses, y se lo puede realizar mediante las medidas antropométricas con la finalidad de llevar un registro del desarrollo del niño y más aun en aquellos que se encontraron en desnutrición y riesgo de desnutrición según las encuestas ejecutadas. .
- Diseñar guías nutricionales para los padres de familia de dicha unidad y de esa manera puedan ellos adquirir conocimientos sobre los temas más importantes de nutrición infantil, por medio de charlas y talleres nutricionales. Por lo que así, podrían llevar esa información a sus hogares y puedan ponerla en práctica, y ofrecerles a los menores la alimentación que ellos necesitan. y así poder mejorar más adelante el estado nutricional de los niños que se encontraron en un peso y talla deficiente en relación a sus edades, ya que la prevención es desde casa.

- Se deberá realizar una lista de alimentos, tomando en cuenta el aspecto económico, sin menospreciar el factor nutritivo, el cual cumpla con las necesidades nutricionales de los infantes en desarrollo, con el fin de poder proponer los alimentos más indicados y estos sean de alto valor nutritivo y proteico para que puedan aplicarlos en el hogar.

9. PROPUESTA

9.1 Objetivo General

Elaborar guías nutricionales dirigidas a los padres de familia de los niños de 1 a 3 años de edad en la unidad de atención” Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle” para una correcta alimentación.

9.2 Objetivos Específicos

- Promover una alimentación saludable para los niños en el rango de peso normal y aquellos que poseen exceso o deficiencia de su peso.
- Orientar a los padres de familia acerca de una nutrición adecuada para sus hijos mediante charlas nutricionales.
- Realizar recomendaciones e ideas de refrigerios saludables de alto valor energético y nutritivo para los niños de dicha institución.

9.3. Justificación

Las guías alimentarias están diseñadas para la alimentación diaria que deberían tener los niños y niñas de la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”.

Estas guías alimentarias van dirigidas a los padres de familia de los menores y el propósito es que de una manera sencilla puedan tener una educación nutricional mediante charlas y así poder transmitir esa información a sus hijos en el hogar y de esa forma puedan brindarle los alimentos necesarios.

Su finalidad es que a través de las recomendaciones nutricionales los representantes puedan ofrecerles a sus hijos la calidad y cantidad de alimentos que ellos necesitan para su desarrollo y crecimiento.

9.4. Guías Alimentarias

El MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2000) señala que la alimentación tiene un desempeño muy importante durante la etapa preescolar, debido a que en esta etapa de crecimiento, desarrollo, e intelecto aumenta su actividad física, y por ellos debemos asegurarles una alimentación saludable.

Se debe tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Los mejor es que ingiera tres comidas principales (desayuno, almuerzo y merienda) y dos refrigerios o colaciones a media mañana y media tarde.
- Se debe mantener un horario de alimentación, de esa manera el niño podrá acostumbrarse a una hora determinada, a tener hambre, saciarla y regular su ingestión.
- Servir raciones pequeñas, si el niño quiere comer, puede pedir más.

- Servir los alimentos a temperatura adecuada.
- Variar las texturas de los alimentos que se ofrecen: suave, firmes, jugosos, e ir incrementando la dureza de acuerdo a la habilidad del niño para masticar.
- Combinar colores para hacer atractiva la comida, las frutas y vegetales pueden ser de gran ayuda.
- Presentar los alimentos de una forma sencilla y atractiva para facilitar su aceptación. En el caso de los vegetales, estos pueden ofrecerse crudos o cocidos crocantes para que no pierdan su textura y color. Téllez, M. (2010).
- Es aconsejable moderar el uso de sal en las comidas.
- Los niños deben tomar suficientes líquidos, en especial el agua para evitar la deshidratación y evitar las gaseosas.
- En caso que el apetito haya disminuido el apetito es importante incluir comidas frecuentes en pequeñas porciones, comidas nutricionalmente densas, que tengan un alto contenido energético y de nutrientes en un pequeño volumen de comida.

El MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA nos indica que el consumo de dulces, bebida, gaseosas, gelatina y alimentos azucarados de alto contenido energético y bajo valor nutritivo, no debe ser reemplazado por alimentos necesarios para el crecimiento y desarrollo. Ya que el consumo excesivo de alimentos azucarados pueden provocar diarrea osmótica, y aumentar la incidencia de caries dentales y también el sobrepeso y obesidad.

Es importante el consumo de los siguientes micronutrientes en esta etapa:

- **Calcio:** El calcio es necesario para la mineralización y mantenimiento de los huesos en el crecimiento de los niños la IDR (ingesta dietéticas de referencia) de 1 a 3 años de edad es de 500 mg/día. Krause (2009), para poder obtener 250 mg de calcio se necesita consumir una taza de leche o yogur, 30 g de queso, 100 g de sardinas, una taza de espinacas cocidas.
- **Fibra:** La Academia Mexicana de Pediatría recomienda la ingestión de 0.5g de fibra por kg de peso por día, se cubre con la ingestión de frutas, verduras, leguminosas, cereales y sus derivados, y beber suficiente líquido, el consumo excesivo de fibra puede llegar a disminuir la biodisponibilidad y absorción de algunos nutrimentos inorgánicos, lo cual es un riesgo para los niños. Téllez, M. (2010).
- **Hierro:** La CDR (Cantidad Diaria Recomendada) para los niños de más de 1 año es de forma variable 7,8 o 10 mg/día .Las fuentes de hierro en la dieta es el hígado, seguida por el marisco (ostras y pescado) riñón, corazón, carnes magras y carne de ave, los frejoles y las verduras son las mejores fuentes vegetales, otros alimentos que aportan hierro son la yema de huevo, frutos secos, granos enteros, panes enriquecidos y cereales. Krause (2009).

Habilidades y actividades de los preescolares relacionadas con la alimentación.

Habilidades	Actividad
Niños de 1 a 3 años de edad	
Mejora su actividad para morder, masticar y tragar	Ofrecer alimentos de diferentes texturas Evitar alimentos secos y muy fibrosos.
Inicia y mejora el uso de la cuchara	Apoyarlo en el uso aunque el contenido no llegue a la boca
Mejora su destreza en el uso de la taza	Ofrecerle los líquidos en taza y después en vaso Evitar el uso del biberón
Explora a su alrededor, se lleva los objetos a la boca	Ayudarlo a distinguir entre lo que es alimento y lo que no es y enseñarle lo que puede ser un peligro
Puede restregar, rasgar, sumergir y trocear	Darle oportunidad de participar en la elaboración de alimentos, lavar, verduras, desmenuzar pollo entre otros
Niños de 3 a 6 años	

Mejorar su coordinación fina	Permitirle que coma solo, prestarle ayuda para servir líquidos y cortar carne, darle oportunidad de envolver
Mejora su coordinación motriz gruesa	Invitarlo a poner o quitar la mesa
Imita a los mayores en especial a sus padres	Darle ejemplos positivos, como la forma de sentarse a la mesa, comer diferentes alimentos y masticar bien los alimentos
Avanza en el desarrollo del lenguaje	Alentarlo a expresar sus sensaciones sobre los alimentos y la alimentación
Reconoce los colores, formas y texturas	Invitarlo a identificar los alimentos por sus colores , formas y texturas
Responde mejor a las opciones que a las imposiciones	Ofrecerle oportunidades de escoger, por ejemplo entre dos verduras o frutas, lavarse las manos con agua fría o caliente

Fuente: Téllez, M. (2010)

Alimentación de niños (a) menores de 2 años

El MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2000) recomienda lo siguiente:

“Se debe tener en cuenta que la alimentación de la madre durante el embarazo afectará el peso del niño al nacer y sus condiciones de desarrollo y salud. Al nacer el niño debe ser alimentado exclusivamente con leche materna que es el mejor alimento para esa etapa de vida.”

Los nutrientes importantes en los niños de 1 a 2 años son los ácidos grasos esenciales así como, el omega 3 y 6 son grasas saludables que el cuerpo no sintetiza. Estos ácidos son importantes para el crecimiento, desarrollo visual y cerebral, el desarrollo cerebral ocurre desde el 3 trimestre de embarazo hasta los 2 años de edad. Los ácidos grasos omega 3 se encuentran en la leche materna, por lo que es recomendable amamantar por lo menos hasta los 2 años de edad ya que contribuye a un mejor desarrollo mental para los niños, la lactancia exclusiva durante los 6 meses de vida es fundamental.

La incorporación de nuevos alimentos debe ser gradual y en pequeñas cantidades, es conveniente introducir cada alimento por separado, permitiendo que el niño(a) lo consuma 7 días antes de brindar otros alimentos, para determinar intolerancias o reacciones alérgicas.

A partir del año puede comer el huevo entero, leche de vaca, frutilla, chocolate; las preparaciones líquidas, como los caldos, por su alto contenido de agua aportan escasa cantidad de energía y nutrientes esenciales por eso se debe darle al niño comidas espesas.

Porciones recomendadas diarias de los niños menores de 2 años

Alimentos	Porciones
Leche de vaca	1 taza
Queso	1 taja pequeña (½ onza: 15 gr)
Carnes: Res, pollo, pescado	1 porción pequeña 1½: 45 gr
Huevo	½ unidad (25 gr)
Leguminosas	2 cucharadas
Hortalizas	½ taza
Verduras(hojas)	¼ taza
Frutas	1 unidad
Tubérculos	1 unidad pequeña
Arroz cocido	1-3 cucharadas
Fideos u otros	1 cucharada
Pan	1 unidad
Azúcares	1 ½ cucharada
Aceite	1-2 cucharadas
Leche materna	Libre demanda

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2000)

Alimentación de niño (a) preescolar de 2 a 5 años

- Los preescolares deben recibir alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico así como explica el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2000) y entre ese grupo están: lácteos, carnes, vísceras, huevos, leguminosas y cereales integrales.
- La leche se puede combinar con frutas y/o cereales en forma de coladas de dulce, o refrescos
- Se deben ofrecer suficientes frutas y vegetales, porque tienen una fuente de vitaminas, minerales y fibra dietética, de preferencia debe consumirse en su forma natural. No deben faltar alimentos que le proporcionen energía como pan, camote, yuca, plátanos, etc.

El desarrollo cognitivo y psicomotriz está directamente relacionado con ciertos nutrientes, entre ellos el hierro y ácidos grasos esenciales: omega 3 y omega 6, además es necesario saber que el cerebro requiere glucosa proveniente de los carbohidratos para su normal funcionamiento. La alimentación para los niños y niñas de 2 a 5 años debe tener la misma variedad que los adultos.

Porciones recomendadas diarias de niños de 2 a 5 años

6 porciones de cereales

3 porciones de vegetales

2 porciones de frutas

2 tazas de leche

2 porciones de carne

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2000)

Guía de la lonchera saludable

Hoy en día los niños asisten a muy temprana edad a jardines o centros para preescolares, y esto causa algunas veces desordenes en los hábitos alimentarios. Los padres deben ayudar a sus hijos a elegir refrigerios saludables, dado que la publicidad de los medios de comunicación les induce a consumir comida chatarra. Se debería tener ideas para un refrigerio saludable.

Podemos observar algunos ejemplos para un refrigerio saludable:

Grupo de alimentos	Posibilidades de alimentos y comidas
Cereales	<p>Galletas con queso</p> <p>Galletas integrales de avena con leche</p> <p>Mote con queso y/o huevo</p> <p>Colada de quinua con guayaba</p> <p>Dulce de chocho con pan</p>
Vegetales	<p>Habas, choclo mote con queso</p> <p>Habas con melloco y queso</p> <p>Coladas de zapallo con queso</p> <p>Plátano/ maduro con queso</p> <p>Verde/maduro con queso</p>
Frutas	<p>Ensalada de frutas y yogurt</p> <p>Higo con queso</p> <p>Frutas naturales: manzana, mandarina, mango, pera, plátano, uvas, etc.</p>
Carnes, pollo, leguminosas y nueces	<p>Habas tostadas con limonada</p>

	<p>Menestra de lenteja con arroz</p> <p>Nueces, maní, almendras con pasas</p> <p>Colada de soya con leche</p> <p>Corviche de pescado</p>
Lácteos	<p>La leche y el yogurt pueden ser utilizados como bebida en el refrigerio</p> <p>El queso se lo puede comer solo o con otros alimentos</p>

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2000)

10. APARTADOS FINALES

10.1. Referencias Bibliográficas

1. Fonseca, P. Análisis económico: La pobreza. Disponible en: <http://analisiseconomico.info/index.php/opinion2/442-la-pobreza>
2. Asociación Española de Pediatría. (2008) Manual de lactancia materna. Madrid, España: Panamericana
3. Berdanier. C, Dwyer. J, Feldman. E (2010) Nutrición y Alimentos. (2ª Edición) México. Mc.Graw Hill
4. Bueno, M. (2007) Nutrición en Pediatría Tomo I. España: Ergon.
5. Casanueva, E., Martha, K., Pérez, A. y Arroyo, P. (2008) Nutriología médica. (3ª Edición). D.F, México: Panamericana
6. Cruz, M (2011). Nuevo Tratado de Pediatría. (18ª Edición) Barcelona, España: Océano
7. El universo. (2013, 15 Abril). Latinoamérica y el Caribe tienen la menor tasa de desnutrición infantil del mundo en desarrollo. Ecuador. Disponible en:

<http://www.eluniverso.com/2013/04/15/1/1384/latinoamerica-caribe-tienen-tasa-desnutricion-mundo-desarrollo.html>
8. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2011-2013. Ecuador
9. Escott, S., Kathleen, L. (2009) Krause Dietoterapia.(12ª Edición) Barcelona, España: Masson

10. Escott, S. (2010) *Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento*. (6^a Edición). *DF, Mexico*: Lippincott Williams & Wilkins
11. FAO. Factores sociales y culturales en la nutrición. Disponible en:
<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s08.htm#TopOfPage>
12. García, P., Bellido, D., y Luis, D (2010). *Dietoterapia, Nutrición clínica y Metabolismo.*, España: Díaz de Santos
13. Kliegman, R. Behrman, R., Jenson, H. y Stanton, B. (2008). *Nelson Tratado de Pediatría*. Vol. 1. (18^a Edición). Barcelona, España: Elsevier
14. Mataix, J. (2009) *Nutrición y Alimentación Humana*. Barcelona, España: Oceano
15. Meléndez, L. (2010). *Nutridatos*. (1^a Edición). Medellín, Colombia: Health book's
16. Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012). Disponible en:
http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/11/Suplemento_noviembre1.pdf
17. Ministerio de Salud Pública (2000). *Alimentación del niño o niña menor de 2 años. Módulo 3*. Disponible en :
<https://skydrive.live.com/view.aspx?resid=14CD5891682C2C2E!169&cid=14cd5891682c2c2e&ithint=file%2c.pdf&app=WordPdf&wdo=2&authkey=!AE9EATPXUNKjevM>
18. Ministerio de Salud Pública (2000). *Alimentación del niño y niña preescolar de 2 a 5 años. Módulo 5*.

19. Ministerio de Salud de la nación (2009). Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas, mediante antropometría. Buenos Aires, Argentina. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/manual-nutricion-press.pdf>
20. Ministerio de Salud Pública (2011). Manual de consejería nutricional para el crecimiento y alimentación de niños y niñas menores de cinco años y de cinco años a 9 años. Quito: Ecuador. Disponible en :
http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/CRECIMIENTO%20DEL%20NI%C3%91O%20Y%20NI%C3%91A/ART.%20MANUAL%20DE%20CONSEJERIA%20EN%20CRECIMIENTO.pdf
21. Roth, R. (2009) Nutrición y Dietoterapia. (9ª Edición). DF, México: Mc Graw Hill
22. Téllez, M. (2010) Nutrición clínica. D.F, México: Manual Moderno, S.A.
23. Thompson, J. (2008) Nutrición .Madrid, *España: Pearson*
24. UNICEF Ecuador. UNICEF, PMA Y OPS trabajan juntos contra la desnutrición infantil. Disponible en:

http://www.unicef.org/ecuador/media_9001.htm
25. UNICEF (2012). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina. Disponible en:

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
26. UNICEF (2005) Nutrición. Introducción. Disponible en:

http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_4050.html

27. UNICEF. REPUBLICA DOMINICANA (2006). Desnutrición infantil. Disponible en:

http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm

28. UNICEF. ¿Qué importancia tiene la nutrición? Disponible en:

http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_role.html

29. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA (2011). influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en las guarderías “san pablito” y “mis primeros pasos” comuna san pablo de Santa Elena. La libertad: Ecuador. Disponible en:

<http://repositorio.upse.edu.ec:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/700/TESIS%20MARITA%20ASENCIO%20Y%20KAREN%20MU%C3%91OZ.pdf?sequence=1>

30. Velásquez, O (2007). Pediatras (2ª Edición) Colombia: Sociedad Colombiana de Pediatría

10.2. ANEXOS

Anexo #1

Signos y Síntomas en relación con la deficiencia de micronutrientes

Hierro	Cansancio, anemia, disminución función cognitiva, cefalea. Glositis.
Yodo	Bocio, retraso en el neurodesarrollo
Vitamina D	Menor crecimiento, raquitismo sutil, hipocalcemia
Vitamina A	Hemeralopía, xeroftalmia, menor crecimiento, cambios en el cabello
Folato	Glositis, anemia macro/normocítica, defectos tubo neural

Fuente: Cruz, M. (2011).

Anexo #2

Signos clínicos en desnutrición grave

Parámetro	Marasmo	Kwashiorkor
Retardo lineal de crecimiento	++	+
Consumo muscular	++	+
Edema	-	+
Apatía y fatiga	+	++
Irritabilidad	+	+
Infección	+	++
Desequilibrio electrolítico	+	+
Hipoalbuminemia	-	+
Anemia	+	++
Hígado graso	-	+
Baja temperatura corporal	+	++
Alteraciones gastrointestinales	+	++
Dermatosis pelagroide	-	+

Fuente: Meléndez (2010)

Anexo #3

Recomendaciones nutricionales para los niños y adolescentes:

Nutriente	Primera infancia (1-3 años)	Edad preescolar (4-5 años)	Edad escolar (6-8 años)	Edad escolar (9-13 años)	Adolescencia (14-18 años)
Grasas	Ninguna DRI	Ninguna DRI	Ninguna DRI	Ninguna DRI	Ninguna DRI
Proteínas	1,10 g/kg de peso corporal al día	0,95 g/kg de peso corporal al día	0,95 g/kg de peso corporal al día	0,95 g/kg de peso corporal al día	0,85 g/kg de peso corporal al día
Hidratos de carbono	130 g/día	130 g/día	130 g/día	130 g/día	130 g/día
Vitamina A	300mg/día	400 mg/día	400mg/día	600mg/día	Niños: 900mg/día Niñas: 700mg/día
Vitamina C	15mg/día	25mg/día	25mg/día	45 mg/día	Niños: 75mg/día

					niñas: 65mg/día
Vitamina E	6mg/día	7mg/día	7mg/día	11mg/día	15mg/día
Calcio	500 mg/día	800mg/día	800mg/día	1.300mg/día	1.300mg/día
Hierro	7mg/día	10mg/día	10mg/día	8mg/día	Niños : 11mg/día Niñas: 15mg/día
Cinc	3mg/día	5mg/día	5mg/día	8mg/día	Niños: 11mg/día Niñas: 9mg/día
Líquido	1,3 l/día	1,7 l/día	1,7l/día	Niños:1,4l/día Niñas:2,1l/día	Niños:3,3 l/día niñas: 2,3 l/día

Fuente: Thompson, J (2008)

Anexo # 4

Requerimientos de energía estimados en kilocalorías para cada categoría (sexo y edad) en tres niveles de actividad física.

Nivel de actividad				
Sexo	Edad (años)	Sedentario	Moderadamente activo	Activo
Niño (a)	2-3	1.000	1.000-1.400	1.000-1.400
Niña	4-8	1.200	1.400-1.600	1.400-1.800
Niño	4-8	1.400	1.400-1.600	1.600-2.000

Fuente: García, P., Bellido, D., y Luis, D. (2010)

ANEXO #5

Raciones de porciones de alimentos diarios

Raciones de cada grupo de alimentos que cubren las recomendaciones diarias de energía		
Grupos de alimentos	Equivalentes	
	1 a 3 años	4 a 6 años
Frutas	1.5 a 3	2 a 4
Verduras	1.5 a 3	2 a 4
Leguminosas	½ a 1	1
Cereales y tubérculos	3 a 5	6 a 8
Alimentos de origen animal	1 a 2	3 a 4
Leche y derivados	1 ½ a 2	-
Aceites y grasas	2 a 3	2 a 3
Azúcares	2 a 4	3 a 5
Energía (Kcal)	1050 a 1300	1450 a 1650

Fuente: Téllez, M. (2010)

Anexo #6

Alimentación, nutrición y teoría de Piaget del desarrollo cognitivo

Periodo de desarrollo	Características cognitivas	Relación con la alimentación y la nutrición
Sensorimotor (Nacimiento menor 2 años)	El neonato avanza de los reflejos automáticos a un niño con interacción intencional con el entorno que empieza a usar símbolos	<ol style="list-style-type: none">1. La progresión implica avanzar desde los reflejos de succión y búsqueda a la adquisición de técnicas para alimentarse por si solos2. El alimento se usa principalmente para satisfacer el hambre, como medio para explorar el entorno como oportunidad para practicar las motoras finas.
Preoperacional (2-7 años)	El proceso de pensamiento se internaliza, son no sistemáticos e intuitivos, Aumenta el uso de símbolos.	<ol style="list-style-type: none">3. El comer se convierte menos en el centro de la atención y es secundario al crecimiento social, del lenguaje y cognitivo

	<p>El razonamiento se basa en las apariencias y la casualidad.</p> <p>El procedimiento de clasificación que sigue el niño es funcional y no sistemático.</p> <p>El mundo del niño es egocéntrico.</p>	<p>4. El alimento se describe por el color, forma, cantidad, pero el niño solo tiene una capacidad limitada para clasificar los alimentos en grupos</p> <p>5. los alimentos tienden a clasificarse en "me gusta" y "no me gusta"</p> <p>6. los alimentos se identifican como "buenos para uno" pero se desconocen las razones de que son sanos, o son erróneas.</p>
--	---	---

Fuente: Krause (2009)

Anexo #7

ENCUESTA



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS

NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

**UNIDAD DE ATENCION CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS, FLOR DEL
VALLE**

TITULO DEL TEMA:

“Evaluación nutricional en niños de 1 a 3 años, que asisten a la unidad de atención Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) “Flor del valle” de la ciudad de Guayaquil: Guías alimentarias para una nutrición adecuada.”

OBJETIVO: Recolectar información para determinar el estado nutricional de los niños de 1 a 3 años de edad que asisten a la unidad de atención “Creciendo con nuestros Hijos, Flor del valle”

INSTRUCCIONES:

- Lea cuidadosamente las preguntas y responda según su criterio personal, la información recaudada en esta encuesta estará exclusivamente dirigida para formar parte del banco de datos del proyecto.

- Por favor se le pide realizar la encuesta con esfera y no realizar tachones.
- Esta encuesta no le tomara más de 15 minutos responderla. Gracias por su tiempo.

Datos generales	
Nombres	Apellidos
Edad	Sexo
Nivel de instrucción de padres: Ninguno Primario Secundario Universitario Profesional	
Inicio de destete 6-8 meses 9-1 año 1-2 años	

Inicio de ablactación

Menor a 6 meses

6 meses

El número de comidas que realizas al día es:

De 2 a 3

De 4 a 5

Más de 5

Sólo hago una comida importante al día, pero muy completa

Normalmente, A diario cuantas porciones consume de frutas :

1 porción

2-3 porciones

Más de 3 porciones

Normalmente, A diario cuantas porciones consume de verduras :

Nunca

1 porción

2-3 porciones

Más de 3 porciones

Normalmente, A diario cuantas porciones consume de lácteos :

Nunca

1 taza

2-3 tazas

Más de 3 tazas

Normalmente, A diario cuantas porciones consume de carnes :

Nunca

1-2 veces

3-4 veces

¿Su presupuesto diario para su alimentación es de?

Menor a \$3

\$3

Más de \$3

¿Cómo describiría la manera de comer de su hijo(a)?

Normal No quiere comer Come demasiado No come lo suficiente

De los siguientes alimentos que es lo mas consume su hijo (a)

Jugos, colas

Panes, arroz, pastas, cereales

Frutas y verduras

Leche, yogurt, queso y carnes

Dulces, galletas, pasteles, helados, snacks, hamburguesas , papas fritas

¿Cómo considera usted el peso y la estatura de su hijo?		
Normal		
Peso bajo y Talla Normal		
Peso Normal y Talla Baja		
Peso y Talla Bajo		
Considera usted, que la cantidad de alimentos que recibe su hijo diariamente es la adecuada para su edad?		
Si	no	No sabe

Datos antropométricos	
Peso:	Talla:
Peso/Talla:	Peso/Edad:
Talla/Edad:	

Anexo #8

**Carta de consentimiento de los padres de familia de la unidad de atención
“Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS.
NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA.**

AUTORIZACIÓN

Los representantes legales de los niños y niñas de 1 a 3 años de edad que asisten a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”, ubicado en el noroeste de Guayaquil, autorizamos por medio de la presente a la Srta. Priscilla Vargas Holguín, para que nuestros representados formen parte de su muestra poblacional y que los resultados estadísticos obtenidos puedan ser utilizados en el del proyecto de tesis **Evaluación nutricional en niños de 1 a 3 años, que asisten a la unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos, Flor del Valle”, de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo de Octubre 2013 - Marzo 2014: Guías alimentarias para una nutrición adecuada.**

Nombres y Apellidos de los Representantes	Nombres y Apellidos del Niño (a).	Cedula de Identidad	Firma.
1. Blanca Segura B.	Micheel Sanchez Segura	092656727-7	Blanca Segura B.
2. Monica Castoredo	Nelson Ariel Parraño Castoredo	0923894876	Monica Castoredo
3. Leonor Jorgos	Paul Emigiel Tejeda Jorgos	091357731-8	Leonor Jorgos
4. Carmen Ponce	Ariel Perez	1305777110	Carmen Ponce
5. Petra Pincay Cedeno	Arielys Veloz Pincay	0914219720	Petra Pincay
6. Petra Pincay Cedeno	Arianma Veloz Pincay	0914219720	Petra Pincay
7. Miriam Guarranda R.	Johan Matias Veloz	0915061394	Miriam Guarranda R.
8. Katty Joff	Shyla Villafuerte	0920796872	Katty Joff
9. Norma Guerrero	José Antonio Joff	0915122411	Norma G.
10. Veronica Pareja	Anderson Segura	1204709107	Veronica P.
11. Carolina Auria	Eleana Gale	0924649598	Carolina A.
12. Carolina Burgos	Ashley Quini	0940652294	Carolina
13. Patricia Quini	Sebastian Quini	1306234905	Patricia B.
14. Virginia Munoz	Thon Garcia	0926544305	Virginia Munoz
15. Victoria Mendicuti	Ruth Uguillas	0940797460	Victoria M.
16. Selena Lozano	Alison Andrade	1722842208	Selena L.
17. Shirley Suarez	Alba Quini	0940235640	Shirley S.
18. Martina Suarez	Dayana Rodriguez	0920796878	Martina Suarez
19. Maria Pizarro	Johan Guarranda	0905577711	Maria Pizarro
20. Maria Tuzo	Dominica Sandoz	0915243283	Maria Tuzo
21. Monica Castoredo	Nelson Toruaga	0923894876	Monica Castoredo
22. Maria Vera	Leandro Tambaco	0924415565	Maria Vera
23. Johana Holguin	Genovis Villaguo	0924807311	Johana H.
24. Misael Baeque	Neemi Hernandez	0952194935	Misael B.
25. Miriam Toro	Klaren Vargas	0925704109	Miriam T.
26. Miriam Toro	Jenny Vargas	0925764169	Miriam T.
27. Betsey Zambrano	Alexander Sandoz	0957666788	Betsey Zambrano
28. Carmen Hidalgo	Netton Cruz	1307815577	Carmen H.

Nombres y Apellidos de los Representantes	Nombres y Apellidos del Niño (a).	Cedula de Identidad	Firma
29. Leonela Merchán	Ashley Cuacho	0927904697	Leonela Merchán
30. Karlin Andoñez	Dilón Cumbaco	0926375407	Karlin Andoñez
31. Milán Melo	Paulo Ibarra	0951250414	Milán Melo
32. Ana Rodríguez	Talia Piquobe	0981639220	Ana R.
33. Elva Velez	Scarlett Valencia	0932245483	Elva Velez
34. CRISTINA MORA	Gabriela Mendoza	0981250414	Cristina Mora
35. Katy Romero	Joel Bungeo	0994220406	Katy Romero
36. Katy Romero	Cristina Bungeo	0994220406	Katy Romero
37. Veronica Costañeda	Ariana Zombano	0922880224	Veronica Costañeda
38. Mayi Espinoza	Dana Ascencio	0926542585	Mayi E.
39. Johanna Merced	Arelis Galave	0956289775	Johanna Merced
40. Viviana Merchán	Melany Chiquito	0929880020	Viviana M.
41. Adelaida Bague	Serbeth Bague	0912258024	Adelaida Bague
42. Tati Romero	Nobelio Boneto	0924078544	Tati Romero
43. Solange Pérez	Solange Rodríguez	0923464507	Solange Pérez
44. Felicia Reguero	Mario Franco	0982685187	Felicia Reguero
45. Sandra Pico	Dilón Pico	091734750	Sandra Pico
46. Kenya Santana	Mayleni Romero	1910846363	Kenya Santana

Anexo #9

Antropometría



Imagen #2: Toma de talla



Imagen #3: Toma de talla



Imagen #5: Toma de peso



Imagen#6: Toma de peso

ANEXO #10**ESTRUCTURA DE LA DIETA 1000 KCAL**

REQUERIMIENTOS	PORCENTAJE	KCAL	GR
CHO	55%	550	137,5
PROTEINAS	15%	150	37,5
GRASA	30%	300	33,3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CALÓRICA DE NÚMERO DE COMIDAS

			CHO		PROTEINAS		GRASAS	
			PORCENTAJE	KCAL	KCAL	GR	KCAL	GR
DESAYUNO	20%	200	110	27,5	30	7,5	60	6,66666667
COLACION	15%	150	82,5	20,625	22,5	5,625	45	5
ALMUERZO	30%	300	165	41,25	45	11,25	90	10
COLACION	15%	150	82,5	20,625	22,5	5,625	45	5
MERIENDA	20%	200	110	27,5	30	7,5	60	6,66666667
Total	100%	1000	550	137,5	150	37,5	300	33,33333333

MENÚ EJEMPLO

Desayuno: Colada de avena con manzana

Colación: Jugo de mora + maduro con queso

Almuerzo: Sopa de quinua + Jugo de naranja

Colación: Sanduche de huevo

Merienda : Crema de espinaca

DESAYUNO

Colada de avena con manzana

PREPARACIÓN	GRAMOS	MEDIDA CASERA	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
LECHE PASTEURIZADA	160		97,6	5,28	6,08	7,2
AVENA NACIONAL	15	1 cucharadita	52,2	1,65	0,9	10,245
MANZANA SIN CASCARA	30		17,1	0,06	0,09	4,23
AZÚCAR	5	1 cucharadita	19,2	0	0	4,965
TOTAL			186,1	6,99	7,07	26,64
% ADECUACIÓN			93,1%	93,2%	107,1%	96,9%

COLACIÓN

Jugo de mora + maduro con queso

PREPARACIÓN	GRAMOS	MEDIDA CASERA	KCAL	PROTEINAS	GRASAS	CHO
MORA	40	4 moras	20,8	0,28	0,16	5,12
MADURO	30	1/3 pequeño	34,8	0,2	0,1	9,4
QUESO FRESCO	25	1 rodaja de queso	70	5,425	4,75	1,275
AZÚCAR	5	1 cucharadita	19,2	0	0	4,965
TOTAL			144,8	5,9	5	20,7
% ADECUACIÓN			96,5%	105,8%	99,4%	100,6%

ALMUERZO

Sopa de quinua + Jugo de naranja

PREPARACIÓN	GRAMOS	MEDIDA CASERA	KCAL	PROTEINAS	GRASAS	CHO
QUINUA CRUDA	50	1/2 TZ COCIDA	150,5	8,2	1	29,8
PAPA	20		17,2	0,34	0,02	4
ALVERJITA COCIDA	15		6,3	0,51	0,03	1,065
TOMATE	15	1/2 tomate pequeño	2,85	0,135	0,03	0,645
CEBOLLA BLANCA	10	2 cucharaditas picadas	2,5	0,17	0,01	0,56
NARANJA	20	1 naranja	9,4	0,18	0,02	2,36
AZÚCAR	5	1 cucharadita	19,2	0	0	4,965
AGUACATE	30	2 CDA	48,3	0,6	4,59	2,22
ACEITE GIRASOL	5	1 CDTA	44,2	0	5	0
TOTAL			300,45	10,135	10,7	45,615
%ADECUACIÓN		% adecuacion	100,2%	90,1%	107,0%	110,6%

COLACIÓN

Sanduche de huevo

PREPARACIÓN	GRAMOS	medida casera	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
CLARA DE HUEVO	25	1/2 huevo grande	12,25	2,525	0	0,3
PAN BLANCO	30	1 pan enrollado	101,1	2,7	1,02	19,83
MANTEQUILLA	5	1 cucharadita	35,85	0,045	4,055	0,005
TOTAL			149,2	5,225	5,075	20,135
% ADECUACIÓN			99,5%	93,0%	101,5%	97,7%

MERIENDA

Crema de espinaca

PREPARACIÓN	GRAMOS	MEDIDA CASERAS	KCAL	PROTEINAS	GRASAS	CHO
PAPA	40		34,4	0,68	0,04	8
CEBOLLA BLANCA	20		5	0,34	0,02	1,12
ESPINACA COCIDA	25		5,75	0,75	0,075	0,95
LECHE LIQUIDA	50		30,5	1,65	1,9	2,25
QUESO	10	1 rodaja	28	2,17	1,9	0,51
ARROZ FLOR	20		71,8	1,56	0,08	15,76
ACEITE GIRASOL	2	1/2 Cucharadita	17,68	0	2	0
TOTAL			193,13	7,15	6,01	28,59
% ADECUACIÓN			96,6%	95,3%	91,1%	104,0%

DIETA 1.100 KCAL

REQUERIMIENTOS	PORCENTAJE	KCAL	GR
CHO	0,55	605	151,3
PROTEINAS	0,15	165	41,3
GRASA	0,3	330	36,7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CALÓRICA DE NÚMERO DE COMIDAS

	PORCENTAJE	KCAL	CHO		PROTEINA		GRASAS	
			KCAL	GR	KCAL	GR	KCAL	GR
DESAYUNO	0,2	220	121	30,25	33	8,25	66	7,333333333
COLACION	0,15	165	90,75	22,6875	24,75	6,1875	49,5	5,5
ALMUERZO	0,3	330	181,5	45,375	49,5	12,375	99	11
COLACION	0,15	165	90,75	22,6875	24,75	6,1875	49,5	5,5
MERIENDA	0,2	220	121	30,25	33	8,25	66	7,333333333
TOTAL	1	1100	605	151,25	165	41,25	330	36,66666667

MENÚ EJEMPLO

Desayuno: Jugo de maracuyá + encebollado

Colación: galletas con queso y mermelada

Almuerzo: crema de garbanzo + pollo con verduras + ½ naranja

Colación: jugo de piña + sanduche de pollo

Merienda : Leche + cornflakes + pera

DESAYUNO

Jugo de maracuyá + encebollado

PREPARACIÓN	GRAMOS	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
PESCADO ALBACORA	30	33,6	7,26	0,27	0
CEBOLLA COLORADA	10	3,4	0,12	0,03	0,73
YUCA BLANCA	40	58,4	0,32	0,04	13,4
TOMATE	15	2,85	0,12	0,03	0,645
PIMENTO VERDE	15	3,75	0,12	0,075	0,795
MARACUYA, PULPA	30	14,7	0,45	0,15	3,3
AZÚCAR	10	38,4	0	0	9,93
ACEITE GIRASOL	7	61,88	0	7	0
TOTAL		216,98	8,39	7,595	29
%ADECUACIÓN		98,62%	101,69%	103,61%	95,20%

COLACIÓN

Galletas con queso y mermelada

PREPARACIÓN	GRAMOS	MEDIDAS CASERAS	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
GALLETAS SALTINAS	26	5 unidades	112,58	2,34	3,12	18,59
QUESO	15	1/2 rodaja	42	3,255	2,85	0,765
MERMELADA FRUTILLA	5	1 cucharadita	13,8	0,025	0,015	3,525
TOTAL			168,38	5,62	5,985	22,88
%ADECUACIÓN			102%	90,90%	108,80%	100,90%

ALMUERZO

Crema de garbanzo + pollo con verduras + ½ naranja

PREPARACIÓN	GRAMOS	MEDIDA CASERA	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
ARROZ INTEGRAL COCIDO SIN SAL	90	1 tz cocida	107,1	2,25	0,54	22,95
GARBANZO COCIDO	30	1/2 tz cocida	46,2	2,67	0,78	8,22
POLLO	25	1 pierna pequeña	59,75	6,825	3,45	0
NARANJA	44	mitad	20,68	0,396	0,044	5,192
ESPINACA CRUDA	15	5 hojas grandes	3,3	0,435	0,06	0,525
BROCOLI CRUDO	25	2 ramas	7	0,75	0,1	1,3
ZANAHORIA CRUDA	20		7,2	0,14	0,02	1,68
PIMENTO VERDE	20		5	0,16	0,1	1,06
ACEITE DE GIRASOL	6		53,04	0	6	0
TOTAL			309,27	13,62	11,09	40,92%
%ADECUACIÓN			93,72%	110,15%	100,85%	90,21%

COLACIÓN

Jugo de piña + sanduche de pollo

PREPARACIÓN	GRAMOS	MEDIDA CASERA	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
PIÑA	20		9,8	0,08	0,08	2,48
POLLO	15		17,85	3,21	0,465	0
PAN INTEGRAL	30	1/2 pan	74,7	2,4	0,6	15,3
LECHUGA	15		2,7	0,195	0,045	0,525
TOMATE	30		5,7	0,27	0,06	1,29
AZÚCAR	5		19,2	0	0	4,965
MAYONESA	5		35,85	0,055	3,97	0,135
TOTAL			165,8	6,21	5,22	24,695
%ADECUACIÓN			100,48%	100,49%	94,91%	108,88%

MERIENDA

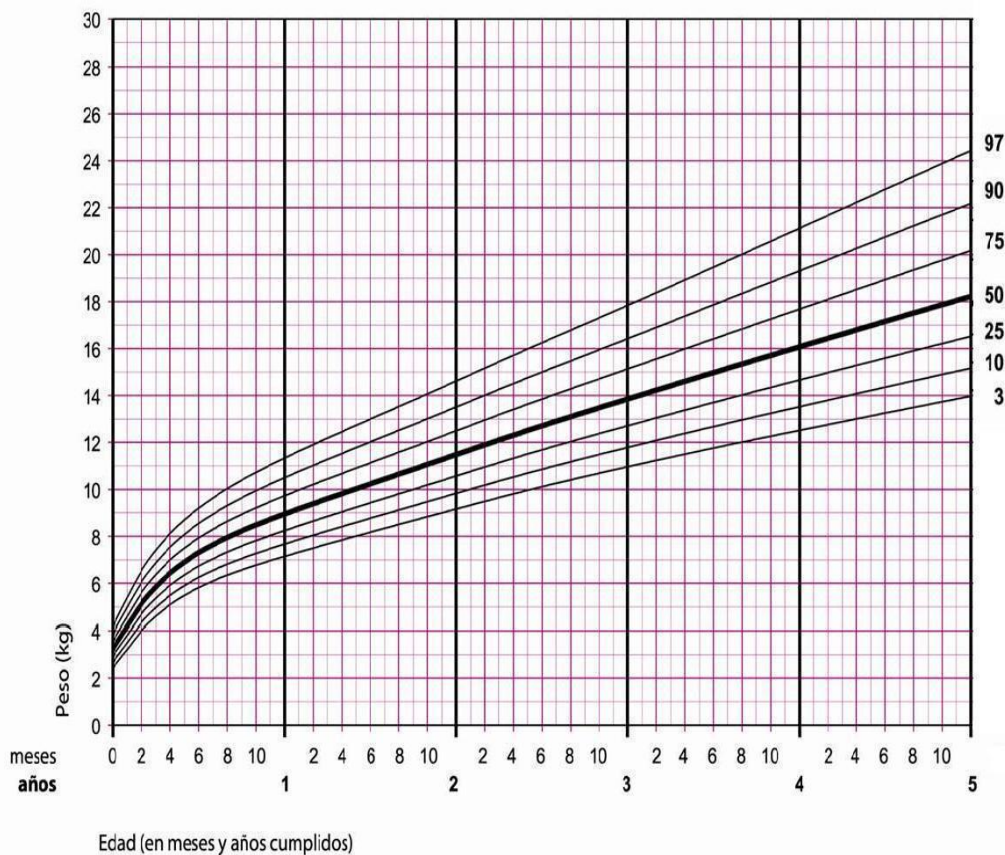
Leche + cornflakes + pera

PREPARACIÓN	GRAMOS	MEDIDA CASERA	KCAL	PROTEINAS	GRASAS	CHO
LECHE	208	1 taza	124,8	7,072	6,864	9,568
PERA	15		8,85	0,06	0,06	2,265
CORNFLAKES	25		97,25	2,025	0,1	21,52
TOTAL			230,9	9,15	7,02	33,35
%Adecuación			104,95%	110,99%	96,21%	110,27%

Anexo #11

Percentiles de la Organización Mundial de la Salud, Peso para la edad de niñas hasta los 5 años

Peso para la Edad de NIÑAS Percentilos (0 a 5 años)



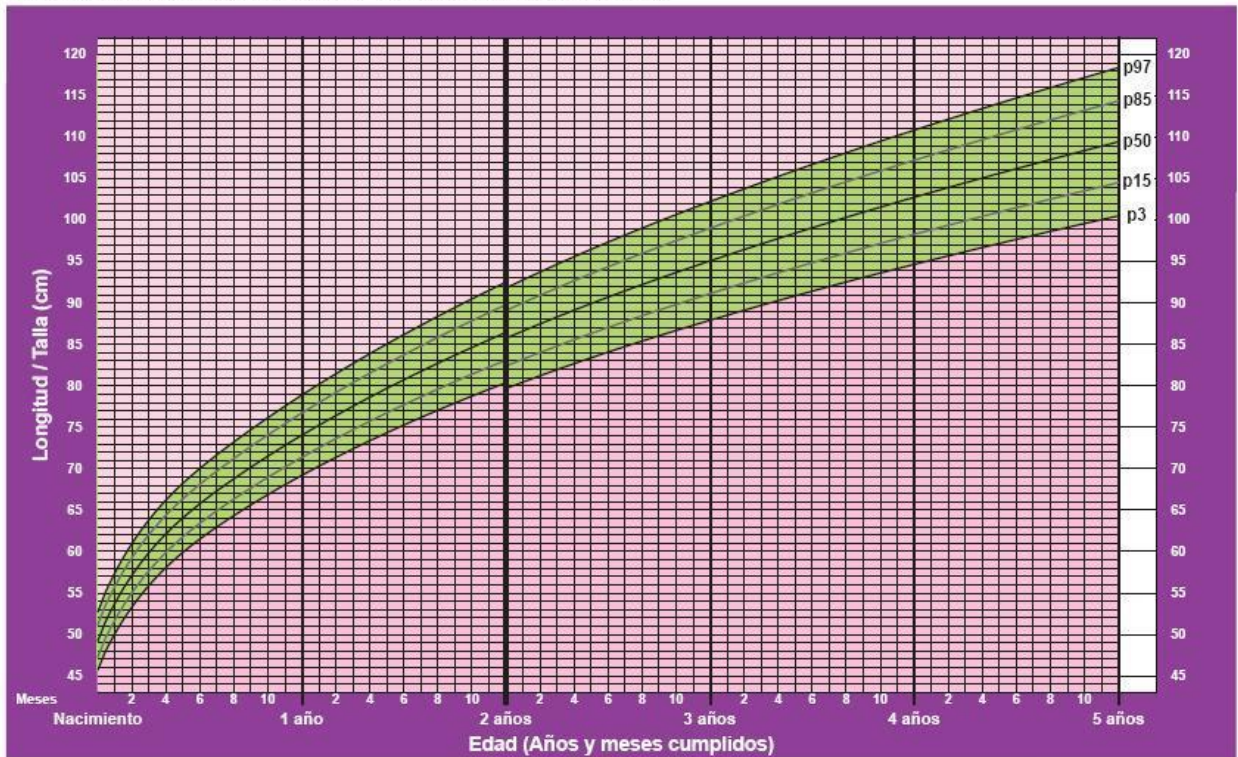
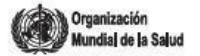
Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

Anexo # 12

Percentiles de la Organización Mundial de la Salud, Talla para la Edad en niñas hasta los 5 años

Longitud/talla para la edad - NIÑAS

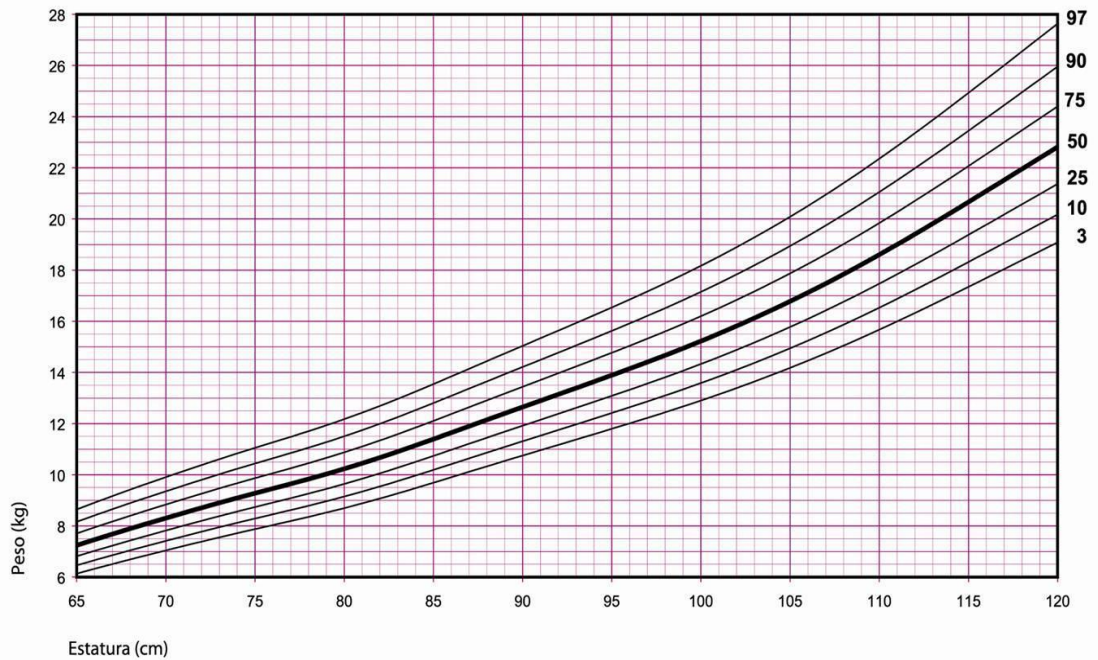
Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)



Anexo # 13

Percentiles de la Organización Mundial de la Salud, Peso para la estatura en niñas de 2 a 5 años

Peso para la Estatura de NIÑAS Percentilos (2 a 5 años)



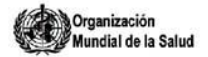
Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

Anexo # 14

Percentiles de la Organización Mundial de la Salud, Peso para la Estatura en niñas menores a 2 años

Peso para la longitud Niñas

Percentiles (Nacimiento a 2 años)



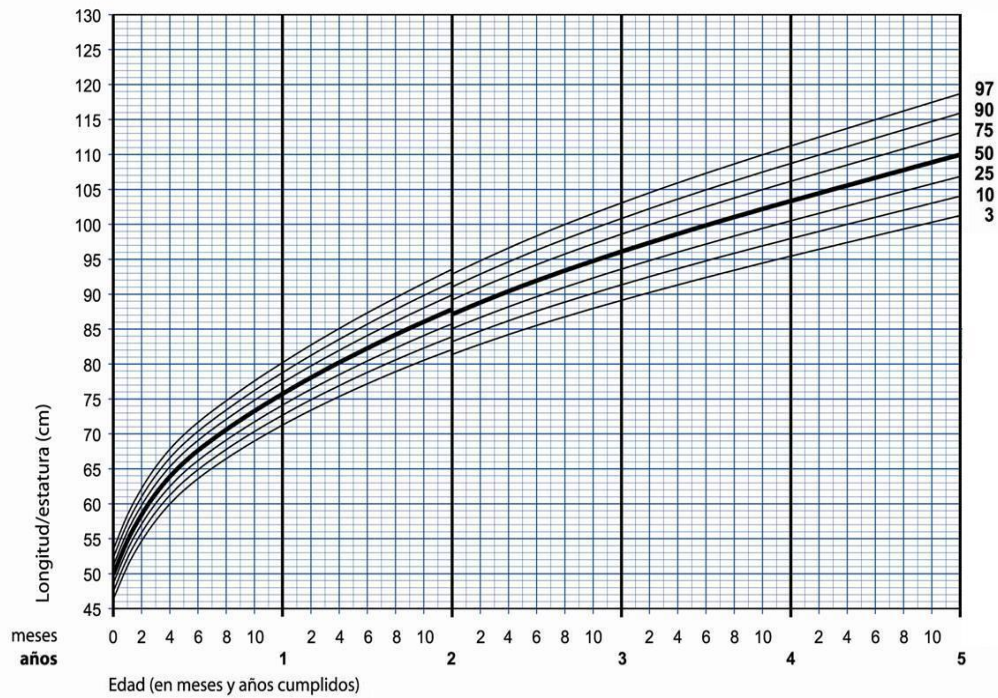
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Anexo #15

Percentiles de la Organización Mundial de la Salud, Talla para la Edad en niños hasta los 5 años

Longitud / Estatura para la Edad de NIÑOS

Percentilos (0 a 5 años)



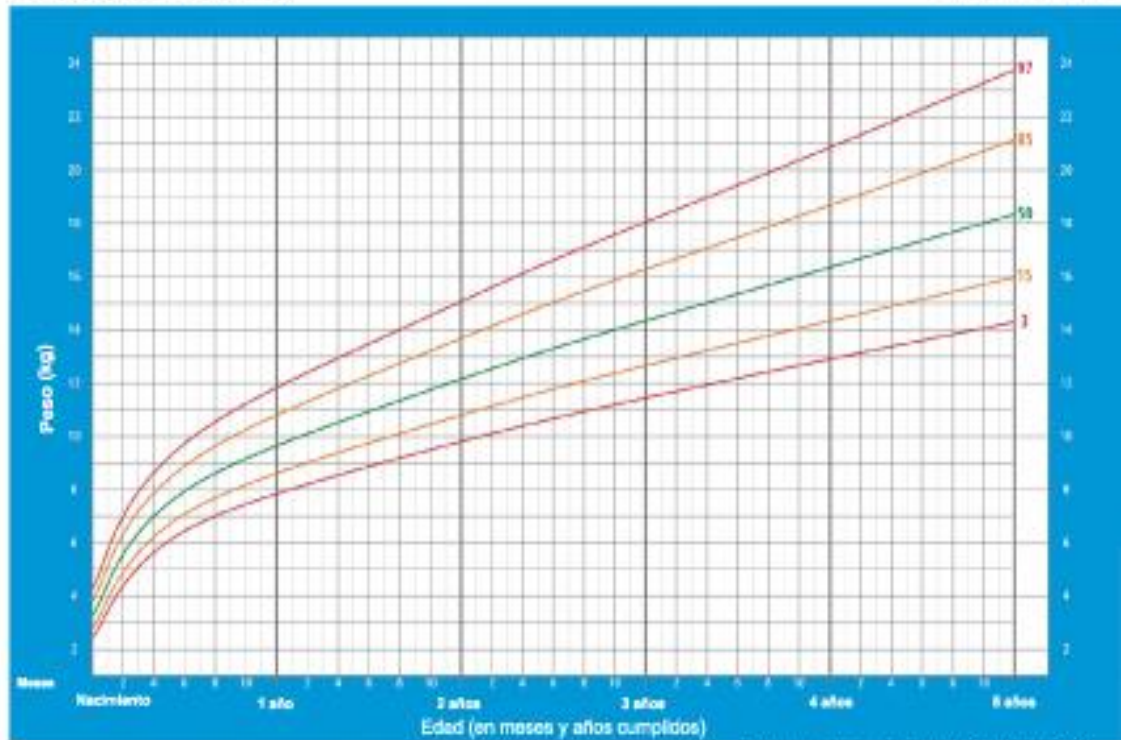
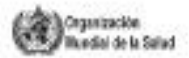
Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

Anexo #16

Percentiles de la Organización Mundial de la Salud, Peso para la Edad en niños hasta los 5 años

Peso para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



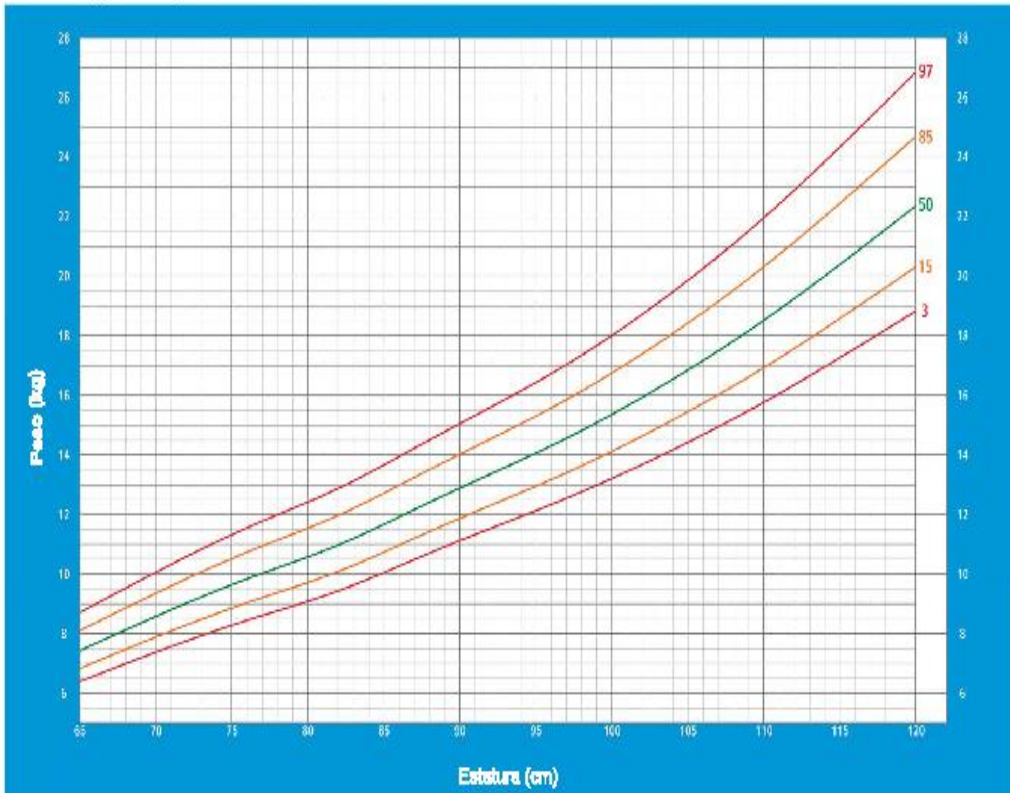
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Anexo #17

Percentiles de la Organización Mundial de la Salud, Peso para la Estatura en niños de 2 a 5 años

Peso para la estatura Niños

Percentiles (2 a 5 años)



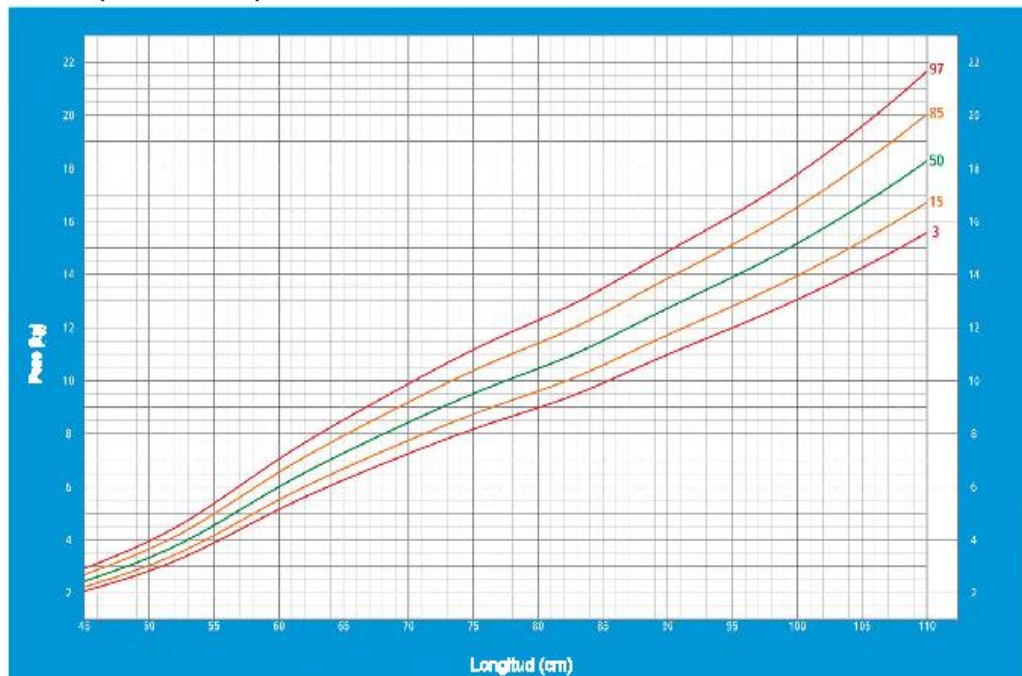
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Anexo #18

Percentiles de la Organización Mundial de la Salud, Peso para la Estatura en niños menor a 2 años

Peso para la longitud Niños

Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS