

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA
SAN VICENTE DE PAUL**

TEMA:

**ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD
EN EL CENTRO DE SALUD N0.14 DE GUAYAQUIL. OCTUBRE
2015 –FEBRERO 2016,**

AUTORES

**VILLACIS NARVAEZ LUIS FERNANDO
GONZÁLEZ MONROY GABRIELA CECILIA**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de
LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

Tutora

Dra. Pérez Licea Amarilis Rita

Guayaquil, Ecuador

14 de marzo, 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERIA

“SAN VICENTE DE PAUL”

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **FERNANDO VILLACIS**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de LICENCIADO(A) EN ENFERMERIA.

TUTORA

Dra AMARILIS PEREZ

DIRECTORA DE LA CARRERA

Lcda. ANGELA MENDOZA VINCES Mg

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERIA

“SAN VICENTE DE PAUL”

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Nosotros: LUIS FERNANDO VILLACIS NARVAEZ -
GABRIELA CECILIA GONZÁLEZ MOREIRA**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Estado nutricional en niños de 3 a 5 años de edad en el Centro de Salud Nº.14 de Guayaquil. Octubre 2015 –Febrero 2016**, previa a la obtención del Título de Licenciado(a) en Enfermería 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, en consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los 16 días de Febrero del año 2016

AUTORES

LUIS FERNANDO VILLACIS GABRIELA CECILIA GONZÁLEZ

ÍNDICE

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	8
GENERAL.....	8
ESPECÍFICOS:.....	8
CAPÍTULO II.....	9
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	9
IMPORTANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	9
El Proceso Alimentario.....	11
Factores Culturales.....	12
Factores Biológicos Relacionados Con El Estado Nutricional.	12
Importancia Del Crecimiento Y Desarrollo	13
Crecimiento y desarrollo definición	13
Fisiología del Crecimiento.....	13

Fisiología del Desarrollo	14
Alimentación del preescolar.....	19
Recomendaciones nutricionales	19
Requerimientos.....	20
Grupo de alimentos y tamaño de las raciones para niños y adolescente	21
Hábitos alimentarios	22
Otros hábitos relacionados con la alimentación son.....	23
Evaluación nutricional de los niños.....	24
Evaluación antropométrica	25
Clasificación de los pacientes según su IMC.....	28
Desnutrición.....	29
Por el tiempo de evolución.....	30
Por su gravedad.....	30
Por el déficit de nutrientes	30
Factores de riesgo	33
Fisiopatología.....	35
Obesidad y sobrepeso.....	37
Etiología.....	38
Fisiología	39
Importancia de la nutrición en el ciclo de la vida.....	41
Sobrepeso	41
Consecuencias de la obesidad infantil.....	42
Datos de la encuesta nacional del MSP muestra lo siguiente.	46
Atención de Enfermería	48
Proceso de enfermería	48

FUNDAMENTACION LEGAL.....	51
Constitución de la República del Ecuador	52
Sección quinta. Niñas, niños y adolescentes	53
Libro Tercero del Código de la Niñez y Adolescencia.....	54
VARIABLES	54
Operacionalización de las variables:.....	55
CAPÍTULO III	57
Población Y Muestra:.....	57
Tipo De Estudio:	57
Método de Recolección de Datos	57
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS.....	58
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	60
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES.....	80
REFERENCIAS	81
ANEXOS.....	85
ANEXO N° 1	86
ANEXO N° 2	87
ANEXO N° 3	90
ANEXO N° 4.	91
ANEXO N° 5	93

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de evaluar el estado nutricional de un grupo de 50 niños de 3 a 5 años que fueron atendidos en el Centro de Salud N°14 de Guayaquil, en la República del Ecuador. El universo de trabajo estuvo conformado por 50 niños atendidos entre octubre 2015 y febrero 2016. Se tomaron diferentes variables en consideración como la edad, relaciones familiares y tipo de alimentación, indicadores antropométricos para los que se emplearon peso (en kilogramos) y talla (en centímetros). La presente investigación persigue contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de los niños comprendidos entre estas edades. Para obtener la información se aplicaron encuestas a los padres de los niños donde se recogieron todos los parámetros estudiados; cálculo de IMC (Índice de Masa Corporal) a población de estudio entre otros. Los resultados fueron importantes como el nivel del sedentarismo relacionado con uso de medios de entretenimiento que es un factor asociado predominante así como los hábitos alimenticios y dentro de ellos una dieta mal equilibrada que según datos se basa mayormente en hidratos de carbono.

Palabras clave: Estado nutricional, desnutrición, niños menores de 5 años, indicadores antropométricos.

ABSTRACT

A descriptive study of transversal cut was made in order to assess the nutritional status of a group of 50 children aged 3-5 years who were treated at the Center for Health N^o.14 of Guayaquil, Republic of Ecuador. The universe of study consisted of 50 children treated between October 2015 and February 2016. different variables were considered such as age, family relations and type of diet, anthropometric indicators for which weight were used (in kilograms) and height (in centimeters). This research aims to contribute to improving the health and quality of life of children between these ages. For information surveys they were administered to parents of children where all the parameters studied were collected; calculation of BMI (Body Mass Index) to study population among others. The results were important as the level of physical inactivity related to use of mass entertainment is a predominant factor associated and eating habits and within a poorly balanced diet according to data is largely based on carbohydrates

Keywords: Nutritional status, malnutrition, children under five years, anthropometric indicators.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento y desarrollo de los niños en sus diferentes etapas de la vida está en relación con el estado nutricional y debe ser evaluado integralmente considerando el crecimiento armónico en relación con la nutrición”

En los últimos años, la situación de la salud de las Américas ha mostrado un progreso considerado debido no solo al mejoramiento de las condiciones de vida y al mayor acceso a los servicios de salud sino, también a la puesta en marcha de programas y políticas de nutrición de amplio alcance.

Los trastornos por deficiencias nutricionales permanecen y ahora además van asistidas de sobrepeso y obesidad, problemas que son producto de prácticas inadecuadas de alimentación y de modos de vida poco saludables. Esta convivencia de trastornos de deficiencia nutricional y problemas de consumo calórico excesivo se observa en casi todos los países, mientras que la malnutrición continúa afectando a los niños menores de 5 años y se manifiesta en forma de retraso de la talla y anemia, el sobrepeso y la obesidad constituyen trastornos en aumento no solo en la población adulta sino también en la infantil

A pesar de que a nivel mundial se han reducido tanto la proporción como el número absoluto de personas crónicamente desnutridas, el hambre y la malnutrición siguen siendo los problemas más destructores que aquejan a los pobres del mundo

La Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) indica que: a nivel mundial existen 842 millones de desnutridos por lo que dice que el reducir este número en el futuro es incierto.

En el Ecuador 371.000 niños menores de cinco años están con desnutrición crónica, el 20% de los niños indígenas presentan desnutrición crónica y el 28% de los niños con desnutrición crónica grave (Coyague Iñiguez, 2014). Los niños mestizos representan, respectivamente, el 72% y el 5% del total. El 60% de los niños con desnutrición crónica y el 71 % de los niños con desnutrición crónica grave, habitan en las áreas rurales.

En las áreas de la Sierra, que tiene el 60 % de los niños con desnutrición crónica y el 63 % con desnutrición crónica extrema. El 71 % de los niños con desnutrición crónica provienen de hogares clasificados como pobres, lo cual se aplica también al 81% de los niños con desnutrición crónica extrema.

Así, 371.856 niños (26,0% de los niños ecuatorianos menores de cinco años) tienen desnutrición crónica comparada con los estándares internacionales de referencia. Peor aún, 90.692 niños de este total (6,35% de los niños menores de 5 años) tiene una desnutrición extrema es decir, baja talla/edad extrema según (Díaz, 2013).

A escala nacional, 22 de cada 100 niños en estas edades sufren desnutrición crónica 371.856 niños pertenecen al sector urbano y 164.899 pertenecen al sector rural

Según investigación realizada por el Observatorio de la Niñez y Adolescencia, sobre la desnutrición crónica, niños entre 0 y 5 años el 21% afecta a la Costa, el 16%, a la Sierra, y en la Amazonía, al 27%

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo (Abeyá, Calvo, Durán, Longo, & Mazza, 2009)

En el Ecuador no hay cifras actuales sobre casos de sobrepeso y obesidad infantil. El Ministerio de Salud Pública (MSP) maneja datos del año 2001 que corresponde a un estudio realizado en alimentación y nutrición, en el que constato que de 1.866 niños, el 7%, es decir, 162 tenía sobrepeso y 98 o el 5.3% estaban obesos .

Con datos como éstos podemos deducir que el estado nutricional de los niños se asocia en mayor medida a la deficiencia en la ingestión de los nutrientes, repercutiendo directamente sobre el desarrollo de los individuos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Ecuador, gran parte de la población vive en condiciones altamente privativas y riesgosas que le impiden satisfacer sus necesidades básicas.

Dentro de este grupo, los niños son los primeros afectados, debido a susceptibilidad a los problemas de salud y nutrición. En 1988, 49,4% de los niños menores de 5 años presentaban problemas de desnutrición crónica, 37,5% de desnutrición global y 4,0% de desnutrición aguda, siendo el grupo de 6 a 36 meses de edad el más afectado (ABC del Bebé, 2013)

Esta alta incidencia de desnutrición se encuentra ligada al bajo consumo de alimentos y a la presencia de enfermedades infecto-contagiosas. Los problemas nutricionales infantiles a más de ser un problema ligado a la condición socioeconómica es un problema que geográficamente según ECV se localiza en el área rural pues más del doble de los niños/as del sector rural presentaron desnutrición crónica 38%, frente a un 17% de la zona urbana en año 2004.

A pesar de que se han generado avances en la reducción de la desnutrición en el área latinoamericana, aún existen más de 52 millones de personas en período de inseguridad alimentaria. Los grupos más vulnerables, especialmente los menores de 5 años, sin duda son los más afectados por la falta de alimentos y las barreras para acceder a ellos. Las diferencias económicas entre los países de la región, y en el interior de cada uno de ellos,

han generado brechas de desnutrición, subnutrición y hambre. Más de 4 millones de niños y niñas presentan bajo peso, y más de 9 millones sufren de desnutrición crónica.

Al conversar con la persona que lo acompaña indica que al niño no le gustan las legumbres ni los jugos, que le da cola porque eso es lo que toma. Esta situación afecta al menor y es un problema generalizado de una u otra forma otras madres manifiestan situaciones similares. Ante tal situación, nos trazamos las siguientes.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estado nutricional de los niños que acuden a consulta externa en el Centro de salud N° 14?

¿Cuál es el tipo de alimentación que proporcionan las madres a los niños que acuden a Consulta en el Centro de Salud?

JUSTIFICACIÓN

En América latina la desnutrición es principalmente crónica y se manifiesta en el 20% de la población menor de 5 años. La causa básica es la pobreza, considerada como aquella situación en la cual la población presenta escasez de recursos y acceso limitado a los mismos (Benavides, y otros, 2008)

En Ecuador, las estadísticas de la ciudad de Guayaquil, reflejan que la mala nutrición constituyen un problema de salud de gran magnitud, con una prevalencia del 14% en el año 2007, en niños y niñas menores de 1 año y en el grupo de niños de 1 y 4 años mostraron una prevalencia del 26 % en una muestra de 40.642 niños estudiados.

En América latina la desnutrición es principalmente crónica y se manifiesta en el 20% de la población menor de 5 años. La causa básica es la pobreza, considerada como aquella situación en la cual la población presenta escasez de recursos y acceso limitado a los mismos

En Ecuador, las estadísticas de la ciudad de Guayaquil, reflejan que la mala nutrición constituyen un problema de salud de gran magnitud, con una prevalencia del 14% en el año 2007, en niños y niñas menores de 1 año y en el grupo de niños de 1 y 4 años mostraron una prevalencia del 26 % en una muestra de 40.642 niños estudiados.

En América latina la desnutrición es principalmente crónica y se manifiesta en el 20% de la población menor de 5 años. La causa básica es la pobreza, considerada como aquella situación en la cual la población presenta escasez de recursos y acceso limitado a los mismos

En Ecuador, las estadísticas de la ciudad de Guayaquil, reflejan que la mala nutrición constituyen un problema de salud de gran magnitud, con una prevalencia del 14% en el año 2007, en niños y niñas menores de 1 año y en el grupo de niños de 1 y 4 años mostraron una prevalencia del 26 % en una muestra de 40.642 niños estudiados.

Así como el 42,72% de la población de 1 a 5 años, asisten a los centros de desarrollo infantil del Instituto del Niño y la Familia (INFA), por lo tanto se vió la necesidad de realizar la investigación del estado nutricional, mediante la valoración de medidas antropométricas que relacionan peso, talla y edad. Utilizando los patrones de crecimiento (desviaciones estándar) publicados por la OMS en el año 2006, instituidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) desde 2010; como indicador el Índice de Masa Corporal (I.M.C.) y la interrelación de indicadores antropométricos: P/E, T/E, P/T. Como también se realizó una encuesta a las madres de familia sobre la situación socio-económico familiar, procedencia, residencia, estructura familiar, tenencia de la vivienda, alimentación y educación de la madre.

Los resultados obtenidos en este estudio servirán para mejorar la atención nutricional en los centros de salud y de desarrollo infantil.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los factores que influyen en el Estado Nutricional En Niños de 3 a 5 años de edad en el Centro de Salud N^o.14 de Guayaquil. Octubre 2015 – Febrero 2016.

ESPECÍFICOS:

- Caracterizar los niños de 3 a 5 años de edad en el Centro de Salud N^o.14 de Guayaquil. Octubre 2015 –Febrero 2016.
- Identificar hábitos alimenticios de los niños de 3 a 5 años de edad del Centro de Salud N^o.14 de Guayaquil Octubre 2015 –Febrero 2016.
- Describir los factores sociales, culturales, genéticos que se presentan en los niños de 3 a 5 años con obesidad y sobrepeso.
- Establecer el porcentaje de obesidad y sobrepeso en los niños de 3 a 5 años del Centro de Salud N^o.14 de Guayaquil Octubre 2015 –Febrero 2016.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

IMPORTANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Existe un factor elemental que es el cambio de hábitos alimentarios producto de la culturización resultante de la migración, de la globalización que ha transformado el entorno en una “aldea global”, que sumado a la presión de las multinacionales de comunicación han hecho de la publicidad un instrumento de convicción, para crear uniformidad mundial en los hábitos alimentarios, especialmente entre los más jóvenes.

Según, (Sepúlveda, y otros, 1990) “el estado nutricional está determinado por el consumo de alimentos que está condicionado por factores como la disponibilidad de alimentos, la capacidad de compra, aprovechamiento biológico, factores sociales, económicos, culturales como: religión, raza, educación, procedencia, factores psicológicos, así lo demuestran varios estudios; A esto se suma el hecho de que las costumbres alimentarias pueden ser influenciadas por los medios de comunicación escritos y hablados.”

Por todo lo expuesto es necesario producir cambios en los hábitos alimentarios en niños y adultos, reforzando costumbres saludables evitando así el consumo excesivo de grasas, dulces, alimentos con aditivos artificiales y colorantes y aumentando el consumo de los vegetales y frutas frescas que en la actualidad son consumidas en menor cantidad que las recomendadas (Figueiras, 2006)

Es necesario propiciar la alimentación correcta, entendida como completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada, adecuada al gusto, cultura y recursos económicos de los consumidores; los mismos que deben estar presentes durante la preparación, almacenamiento, manipulación y expendio que promueva con hábitos alimenticios equilibrados evitando así enfermedades como el síndrome de talla baja por desnutrición, los cuadros de anemia hipo crónica y un creciente número de casos de obesidad, ciertas enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, enfermedades gastrointestinales que llevan al niño a presentar problemas crónicos.

El modelo de desarrollo económico vigente es la globalización y el neoliberalismo; este modelo determina la condición socioeconómica de los diversos actores, la capacidad de acceso a bienes de consumo y trabajo, es decir, son procesos sociales o determinantes que regulan y establecen la salud, el bienestar individual y colectivo. Dependiendo de la capacidad de acceso o satisfacción de necesidades de los diversos grupos etéreos pueden afectar negativamente la salud desencadenando procesos que lesionan o transformarse en procesos protectores o saludables que actúan como soportes o defensa cuando los actores sociales satisfacen sus necesidades básicas y se desarrollan.

Estilo de Vida.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados:

- Lo material.

- Lo social.

- Lo ideológico.

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

El Proceso Alimentario

Estrechamente relacionado con el estado nutricional, con las variables macroeconómicas, socioculturales y geográficas que prevalecen con el contexto nacional, se caracteriza por la interdependencia y heterogeneidad de las fases que lo conforman (producción, distribución, comercialización), y

presenta a la fecha un desarrollo desigual, que se manifiesta en marcadas dualidades en los ámbitos de producción, disponibilidad y acceso a los alimentos.

Existe una estrecha relación entre los procesos de desarrollo socioeconómico y los de salud-enfermedad, particularmente para producir y distribuir los bienes para la subsistencia y bienestar de las niñas en proceso de adolescentes, constituye uno de los factores determinantes de su estado de salud.

Factores Culturales

El Ecuador es un país multiétnico y pluricultural; según el INEC (2001) el 6.1% de la población mayor de 15 años es indígena, el 77.7% mestizo, el 10.8% blanco y el 5% afro ecuatoriana y mulata. Las diferentes culturas se distribuyen indistintamente por las provincias del país (Chimborazo 70%, Cotopaxi 60%, Imbabura 45%, Bolívar 40% y Tungurahua 28%)

Factores Biológicos Relacionados Con El Estado Nutricional.

En la adolescencia ocurren diversos cambios físicos, psíquicos y sociales, que consisten en la transformación del niño en adulto. La pubertad se refiere a los cambios físicos que ocurren en la adolescencia, esto ocurre entre los 8 y 18 años. de duración y otra descendente de tres aproximadamente, con diferencias entre ambos sexos, pues en la mujer, la fase de máxima aceleración, unos 8 cm/año, tiene lugar unos 6 a 12 meses antes de la

menarquía y coincide con incremento de la grasa adicional responsable del aumento de peso. En el varón es unos 9 cm/año, sucede más tardíamente, coincide con la fase de desaceleración de la mujer y el aumento de peso se debe al mayor desarrollo de su masa muscular.

Importancia Del Crecimiento Y Desarrollo

El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la vida intrauterina y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida.

Crecimiento y desarrollo definición

Conjunto de cambios somáticos y funcionales que se produce en el ser humano y se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez, la adolescencia y adultez.

Fisiología del Crecimiento

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia), es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro

cefálico, etc.

Fisiología del Desarrollo

Es un proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, según (FODI, 2005).

Las adquisiciones cognoscitivas y afectivas son numerosas, por lo que se hace necesario brindar al preescolar, atención, afecto, confianza y estimulación, a fin de lograr su progreso apropiado.

El crecimiento del preescolar, posee particular significación, por el fomento y regulación de disímiles mecanismos fisiológicos que influyen en aspectos físicos, psicológicos y sociales, destacándose el papel de la familia.

El crecimiento y desarrollo son importantes en la salud de una población. La carencia o exceso alimentario, además de la ignorancia y el nivel social económico repercuten sobre el estado nutricional.

En el ámbito de poblaciones constituye un elemento valioso para la toma de decisiones en cuestiones de salud pública.; su utilidad radica en que las medidas antropométricas son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo.

Los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobrepeso y obesidad.

Para (Figueiras, 2006) “Un buen estado nutricional ayuda al buen desarrollo físico e intelectual, y contribuye a asegurar una vida larga y saludable.”

Crecimiento y desarrollo del preescolar: un parámetro fundamental en esta edad es el crecimiento físico, para cuya evaluación se emplean dimensiones consideradas básicas, como la talla, el peso y la circunferencia cefálica.

Los factores genéticos, neurohormonales y locales ejercen funciones reguladoras sobre el crecimiento, mecanismos que interactúan y cambian de carácter con la edad, siendo el patrón de crecimiento, consecuencia de características heredadas y medio ambiente, lo que explica su variabilidad.

En el ambiente, afectan la velocidad del crecimiento y su resultado final, las enfermedades, la nutrición y las perturbaciones psicológicas, cuya influencia puede ser directa o indirecta. Es típica en los preescolares la desaceleración del crecimiento.

La ganancia de peso anual promedio de los preescolares es de 2 kg de peso y de 7 cm de talla, y su morfología externa se caracteriza por hacerse más esbeltos que en las etapas precedentes.

La circunferencia cefálica, a los tres años mide alrededor de 49 cm y, al término de la etapa (5 años), alcanza los 50.9 cms.

A lo largo de la edad, la mayoría de las regiones del cuerpo crecen en correspondencia con la estatura, sin embargo el cerebro, los órganos reproductivos, las amígdalas, adenoides y ganglios linfáticos, así como la grasa subcutánea, no siguen ese patrón.

El cerebro, alcanza casi el 90 % de su tamaño al concluir la etapa y los ojos y oídos se desarrollan antes que otros órganos; ocurre el remodelado de la cara y brotan los segundos molares. Habitualmente aún no se produce la caída de la dentición decidua.

En cuanto al desarrollo neuropsicomotor, las metas alcanzables en esta edad es señalar partes del cuerpo, designar objetos usuales, conocer su nombre completo, comparar pesos y líneas desiguales, diferenciar formas, responder correctamente si tiene hambre, sueño o frío, identificar los colores fundamentales, ejecutar 3 encargos y distinguir entre derecha e izquierda.

Se pueden copiar líneas que se cruzan sin demostración, así como figuras, que en el caso de la humana al principio se reduce a círculos que representan la cabeza, con piernas y brazos en forma de líneas. Luego van adicionando el tronco, extremidades diferenciadas en brazo, antebrazo, muslo y pierna, así como otros detalles anatómicos y de vestuario con diferenciación sexual.

Se perfecciona la actividad motora gruesa y fina. Al término, se alternan los pies al subir y bajar escaleras y son capaces de sostenerse y saltar en un pie.

La etapa preescolar es momento ideal para la promoción de hábitos sanos de higiene, alimentación y sueño.

La creación de hábitos que promuevan conductas alimentarias adecuadas es de gran importancia, teniendo en cuenta siempre la disponibilidad de alimentos y el patrón cultural familiar

El ambiente que rodea la alimentación debe garantizar la interrelación niño/alimentador, porque es un factor protector contra la anorexia, uno de los síntomas más frecuentes de la edad y de mucha importancia por sus posibles consecuencias sobre el estado nutricional.

Es además elemental conocer las necesidades de la etapa para evitar presiones sobre los infantes a fin de que ingieran más de lo requerido, lo cual por añadidura fomenta consumos que pueden conducir a obesidad.

Como podemos apreciar el crecimiento y desarrollo es importante en la salud, por lo tanto la deficiencia alimentaria repercute en el estado nutricional.

Se pueden copiar líneas que se cruzan sin demostración, así como figuras, que en el caso de la humana al principio se reduce a círculos que representan

la cabeza, con piernas y brazos en forma de líneas. Luego van adicionando el tronco, extremidades diferenciadas en brazo, antebrazo, muslo y pierna, así como otros detalles anatómicos y de vestuario con diferenciación sexual.

Se perfecciona la actividad motora gruesa y fina. Al término, se alternan los pies al subir y bajar escaleras y son capaces de sostenerse y saltar en un pie. La etapa preescolar es momento ideal para la promoción de hábitos sanos de higiene, alimentación y sueño.

La creación de hábitos que promuevan conductas alimentarias adecuadas es de gran importancia, teniendo en cuenta siempre la disponibilidad de alimentos y el patrón cultural familiar.

El ambiente que rodea la alimentación debe garantizar la interrelación niño/alimentador, porque es un factor protector contra la anorexia, uno de los síntomas más frecuentes de la edad y de mucha importancia por sus posibles consecuencias sobre el estado nutricional.

Es además elemental conocer las necesidades de la etapa para evitar presiones sobre los infantes a fin de que ingieran más de lo requerido, lo cual por añadidura fomenta consumos que pueden conducir a obesidad.

Como podemos apreciar el crecimiento y desarrollo es importante en la salud, por lo tanto la deficiencia alimentaria repercute en el estado nutricional

Alimentación del preescolar

Durante esta etapa, se deben establecer hábitos alimentarios beneficiosos para la salud del niño. De esta forma, se previenen carencias nutricionales o enfermedades infantiles así como enfermedades prevalentes del adulto: enfermedad isquémica coronaria, hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes tipo II, obesidad, osteoporosis y algunos neoplasmas. La alimentación en este grupo etario varía según la región, el país y cultura alimentaria.

En esta edad se establecen las preferencias alimentarias según los hábitos familiares, dependiendo de múltiples factores como: condición socioeconómica, nivel de educación, accesibilidad a alimentos ingresos económicos, etc. (Abeyá, Calvo, Durán, Longo, & Mazza, 2009)

Recomendaciones nutricionales

Las recomendaciones de nutrientes no son una meta estricta. Se les debe utilizar como una guía para diseñar la dieta o como un punto de referencia para estimar en forma aproximada el grado de adecuación de la ingestión de nutrimentos. Lo correcto o incorrecto de una dieta se pondera por sus resultados y para ello es necesario evaluar el estado nutricional

Requerimientos

- Energía: 1.300 kilocalorías/día (102kcal/kg peso/día), OMS (1985), RDA (1989)
- La cantidad de energía que se recomienda para los niños de uno a tres años de edad es de alrededor de 1.130 kilocalorías/día (102 kcal/kg de peso al día. En el primer año, aproximadamente de 800 a 1.000 kcal y a los 3 años, de 1.300 a 1.500 kcal, dependiendo entre otros la actividad del individuo. Proteínas: 1,2 g/kg de peso/día (65% de origen animal).
- Calcio: 500mg/día (RDI) (Dietary Reference Intakes)
- Hierro: 10 mg/día (RDA) (Recommended Dietary Allowances) hasta los 10 años de edad.
- Fósforo: 460 mg/día (RDI).
- Zinc: 10 mg/día (RDA).

Por lo que se refiere a los líquidos, en condiciones habituales de gasto energético y clima, se recomienda un consumo de 1.5 mililitros por cada kilocaloría de energía ingerida.

Los niños se benefician de la ingesta de porciones pequeñas de alimentos que se les ofrezcan varias veces al día, debido a su menor capacidad y a la variabilidad del apetito.

La mayoría de los niños preescolares comen de cuatro a seis veces al día, lo que hace que las meriendas sean tan importantes como las comidas que contribuyen a la ingesta de nutrientes diarios totales

La mejor manera de asegurarse que sus hijos obtengan los nutrientes que necesitan para crecer es dándoles una variedad de comidas nutritivas que sean bajas en grasas y azúcar (FODI, 2005)

Grupo de alimentos y tamaño de las raciones para niños y adolescente

Grupo 1: cereales, arroz, pasta y pan

- 1 rebanada de pan
- 30 g de cereal

- Media taza de arroz o pasta Grupo 2: vegetales
- Una taza de vegetales crudos con hoja

- Media taza de vegetales crudos o cocinados Grupo 3: frutas
- Una manzana, plátano o naranja de tamaño medio

- Media taza de fruta envasada o en conserva
- 3/4 de taza de zumo de fruta

- 1/4 de taza de fruta seca Grupo 4: lácteos
- Una taza de leche o yogur

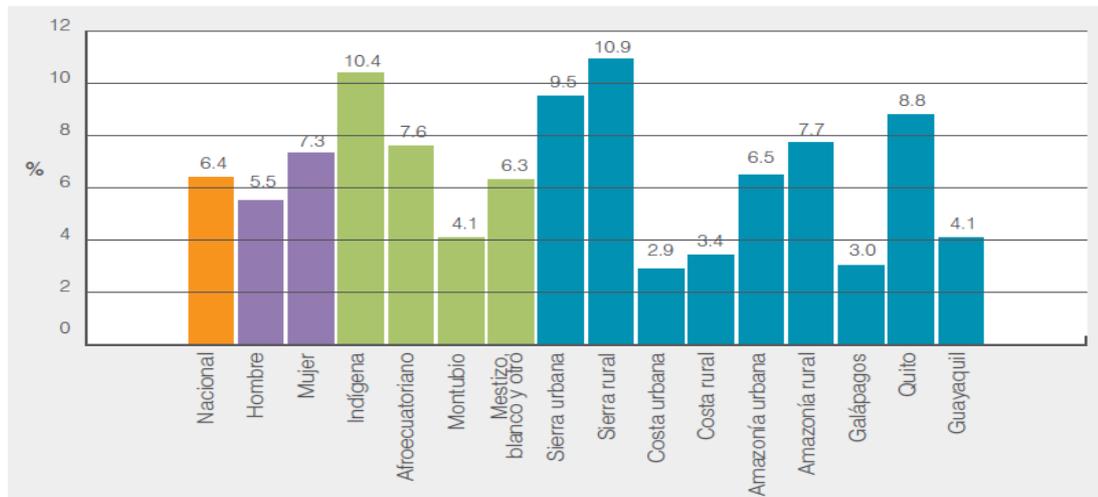
- 45 g de queso natural Grupo 5: carnes
- 60-90 g de carne magra. Pollo o pescado

- Media taza de legumbres cocinadas o un huevo, o 1/3 de taza de frutos es similar a 30 g de carne
- Una taza equivale a 240 g o 240 ml.

Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios que durarán toda la vida, se forman en esta etapa. El acto colectivo de comer es importante como un medio de sociabilización. El niño aprende a controlar sus disgustos en la mesa del comedor de su casa o en otras circunstancias de grupo fuera de ella (Meléndez, 2008)

De esta manera, el niño experimenta diversos hábitos alimentarios.



Como parte de la formación de hábitos alimentarios, también se debe enseñar a:

- Desayunar todos los días.
- Comer variedad de alimentos en un mismo tiempo de comida, aceptar o “gustar” de diferentes formas de preparación de un mismo alimento.
- Consumir fruta fresca y verduras crudas o cocidas.
- Tomar líquido entre las comidas y no con las comidas, o al final de cada comida No usar sal o azúcar adicional a la que ya tiene la comida.

Otros hábitos relacionados con la alimentación son

- Lavarse las manos antes y después de comer
- Cepillarse los dientes después de cada comida

Evaluación nutricional de los niños

Para realizar la evaluación nutricional de los niños es importante mencionar sobre qué se entiende por alimentación y nutrición: alimentación se define como “conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del entorno, los nutrimentos que necesita así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.”

La nutrición es un proceso celular en el cual, el cuerpo asimila y aprovecha las sustancias encontradas en los alimentos (nutrimentos) que necesita para el mantenimiento de la vida. Dicho proceso al ser en la célula, es involuntario

La nutrición se lleva a cabo desde que el alimento ha ingresado a nuestro cuerpo hasta que la célula (que es la unidad viva más pequeña que conforma nuestro cuerpo) la asimila y aprovecha nuestro cuerpo) la asimila y aprovecha.

Por lo anterior, la calidad y cantidad de los alimentos que consumimos tiene relación directa con nuestro estado de nutrición.

El estado de equilibrio entre el consumo y el “gasto” da como resultado un buen estado de nutrición, sí se rompe este equilibrio por un consumo excesivo se presenta la obesidad y cuando es insuficiente la desnutrición, así lo afirma

(Durán, 2015)

La valoración del estado de nutrición tiene como objetivos:

Controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano identificando las alteraciones por exceso o defecto.

Distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional.

El uso inteligente de la anamnesis, exploraciones clínica y antropométrica y la selección de algunas pruebas complementarias constituye la forma más eficaz de orientar un trastorno nutricional para poder instaurar pronto medidas terapéuticas y determinar aquellos casos que deben ser remitidos al centro de referencia para su evaluación más completa .

Evaluación antropométrica

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo.

Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura porque nos proporcionan información útil para:

Identificar niños que pudieran tener anomalías en el crecimiento.

Identificar precozmente a estos niños.

- Brindarle seguimiento, atención y tratamiento precoz.

El propósito de la evaluación determinará las unidades de medida, los límites, los indicadores apropiados, el análisis y las conclusiones.

Cada índice da cuenta de una dimensión corporal distinta y permite caracterizar un tipo de déficit o de exceso. Desde el punto de vista estrictamente nutricional, en la práctica se podría sintetizar:

- La talla/edad baja se asocia con desnutrición crónica o secuela.
- El peso/talla bajo (o el IMC/edad bajo) es indicador de emaciación o desnutrición aguda.
- El peso/talla alto (o el IMC/edad alto) es indicador de sobrepeso.
- El peso/edad aislado no permite distinguir tipos de malnutrición.
- El peso y la talla son variables continuas; por lo tanto el límite entre lo normal y lo patológico es un concepto de probabilidad. Cada valor límite que se utilice, por ejemplo el percentil 10 o el percentil 3 o -2 desvíos
- Estándar, implica una probabilidad distinta de ser normal o atológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla las curvas de crecimiento, que se transforman en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) desde el primer año hasta los seis años de vida. A partir de una investigación realizada en seis países del mundo, pudieron establecerse patrones comunes que sirven para detectar rápidamente y prevenir problemas graves en el crecimiento (desnutrición, sobrepeso y obesidad) de los niños y niñas.

La aplicación de esta nueva referencia contribuye a la evaluación de las prácticas locales destinadas a la promoción del crecimiento y desarrollo y a la optimización de los recursos disponibles para mejorar el estado nutricional de los niños y niñas.

Como herramienta utiliza el peso y la talla para construir los índices antropométricos que son combinaciones de medidas; una medición aislada no tiene significado, a menos que sea relacionada con la edad, o la talla y el sexo de un individuo.

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 relativo.

- Talla para la edad (T/E)

Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica 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 dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad.

Índice de masa corporal para la edad (IMC)

Refleja el peso relativo con la talla para cada edad; con adecuada correlación con la grasa corporal., se calcula con la división del peso sobre la talla.⁴⁰ Relación de índice de masa corporal y percentiles en los niños menores de 5 años de acuerdo a los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Bajo peso: menor al percentil 3 (IMC menor de 11)
- Normal: entre el percentil 3 al 85 (IMC sobre 14 a 17)
- Riesgo de sobrepeso: entre el percentil 85 al 97 (IMC sobre 17 a 18)
- Sobrepeso: mayor al percentil 97 (IMC sobre 18)

Clasificación de los pacientes según su IMC

IMC	Categoría
Bajo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 -29,9
Obesidad grado I	30,0 - 34,5
Obesidad grado II	35,0 - 39,9
Obesidad grado III	>40,0

Fuente: OMS. (Infancia, 2013)

Desnutrición

Definición:

Estado patológico inespecífico y potencialmente reversible que se origina de una deficiente utilización por parte de las células del organismo de cantidades adecuadas de nutrientes esenciales con manifestaciones clínicas diversas, y de intensidad variable de acuerdo con factores individuales y ecológicos ya que reviste diversos grados de intensidad". Según Gómez, Galván y Gravioto 1946.

Etiología

Clasificación de la desnutrición de acuerdo con la etiología: cuando se realiza el análisis nutricional de un niño, es importante determinar el origen de la carencia de los nutrimentos; ésta se divide en tres:

- **Primaria:** Se determina si la ingesta de alimentos es insuficiente; por ejemplo, en zonas marginadas los niños presentarán carencias físicas de alimentos que afectarán directamente el estado nutricional.
- **Secundaria:** Cuando el organismo no utiliza el alimento consumido y se interrumpe el proceso digestivo o absorbivo de los nutrimentos; el ejemplo más claro son las infecciones del tracto digestivo que lesionan las vellosidades del íleon y limitan la absorción.
- **Mixta o terciaria:** Cuando la asociación de las dos anteriores, condiciona la desnutrición.

Por el tiempo de evolución

- Aguda (cuando se afecta el peso y no la talla)
- Crónica cuando también está comprometida la talla.

Por su gravedad

- Leve
- Moderada
- Grave

Por el déficit de nutrientes

Marasmo: en la cual existe déficit de proteínas, pero sobre todo de calorías.

- **Kwashiorkor:** caracterizada por la deficiencia de proteínas.
- **Kwashiorkor marasmático:** cuadro mixto por asociación de ambas, estos tres últimos se les considera graves.

Clasificación clínica: la suma de signos específicos pueden encuadrar la desnutrición de la siguiente manera:

Marasmática o energético-calórica: los pacientes que la presentan se encuentran más «adaptados» a la de privación de nutrientes. Este fenómeno se debe a que cuentan con niveles incrementados de cortisol, una reducción en la producción de insulina y una síntesis de proteínas «eficiente» por el hígado a partir de las reservas musculares. La evolución es crónica, se asocia a destete temprano.

La apariencia clínica es más bien de emaciación con disminución de todos los pliegues, de la masa muscular y tejido adiposo; la talla y los segmentos corporales se verán comprometidos. La piel es seca, irritación y llanto persistente, pueden presentar retraso marcado en el desarrollo. Las complicaciones más frecuentes son las infecciones respiratorias, del tracto gastrointestinal.

Kwashiorkor o energético proteica: la etiología más frecuentemente descrita es por la baja ingesta de proteínas, sobre todo en pacientes que son

alimentados con leche materna prolongadamente, o en zonas endémicas donde los alimentos sean pobres en proteínas animales o vegetales.

Usualmente se presenta en pacientes de más de un año de edad, en particular aquellos que han sido destetados de la leche materna tardíamente, la evolución es aguda. Las manifestaciones clínicas son con una apariencia edematosa, el tejido muscular es disminuido, pueden acompañarse de esteatosis hepática y hepatomegalia, lesiones húmedas de la piel (dermatosis). El comportamiento del paciente es usualmente asténico. Pueden cursar con alteraciones hidroeléctricas caracterizadas por hipokalemia e incremento del tercer espacio.

Cursan con hipoalbuminemia e hipoproteinemia marcada. Una vez que se inicia el tratamiento la respuesta es acelerada y satisfactoria. Las complicaciones más asociadas son infecciones del aparato respiratorio y digestivo.

Kwashiorkor-marasmático o mixta: Es la combinación de ambas entidades clínicas, esto es, cuando un paciente presenta desnutrición de tipo marasmática que puede agudizarse por algún proceso patológico (infecciones por ejemplo) que ocasionará incremento del cortisol de tal magnitud que la movilización de proteínas sea insuficiente, las reservas musculares se agoten y la síntesis proteica se interrumpa en el hígado ocasionando hepatomegalia, aunado a una hipoalbuminemia que disminuya la presión oncótica desencadenando el edema. Epidemiología

La magnitud del problema varía de un país a otro y en las diferentes áreas

geográficas de un mismo país. Sin embargo, se reconoce que cuando menos de la mitad de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta son atribuibles a la Desnutrición Proteica Energética.

En América Latina se ha reconocido que alrededor de 25 % de los niños presentan desnutrición.

Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (CV), del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), la desnutrición crónica en el país afecta al 26 % de los niños, mientras que esta cifra se eleva hasta el 42 % en el centro de la sierra andina, donde se registran las tasas más altas, y asciende hasta un 50,5 % entre la población indígena.⁴⁴

Factores de riesgo

La mala nutrición de la madre y las infecciones intercurrentes durante el embarazo son factores frecuentes de prematuridad y desnutrición intrauterina. No es raro que niños nacidos en estas condiciones de desventaja nutricional en su pasado inmediato, sean víctimas de prácticas inadecuadas de alimentación, especialmente en regiones en donde la lactancia materna está siendo reemplazada desde etapas muy tempranas de vida por fórmulas de alimentación preparadas de manera deficiente y en malas condiciones de higiene. La desnutrición puede presentarse en todas las edades, sin embargo, es más notoria y grave entre los 6 y 36 meses de edad. Después del destete, que con frecuencia inicia antes del cuarto mes, el niño recibe poco o ningún alimento con leche, sus derivados u otros productos de origen animal. La combinación de una dieta baja en energía y proteínas aunada a infecciones

frecuentes digestivas y respiratorias propicia un avance lento y progresivo hacia una desnutrición grave, incluso en adolescentes, según (Burbano, 2015)

En las zonas rurales y urbanas marginadas, el ciclo infección-desnutrición se debe a varios factores, entre ellos destacan:

- El abandono de la lactancia materna

- La ablactación temprana (antes de los dos meses de edad) o muy tardía (después del sexto mes de edad).

- El uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna.

- Las infecciones gastrointestinales frecuentes en el niño.

Por otro lado en regiones o países subdesarrollados la pobreza es causa y consecuencia de la falta de educación, mala salud de la población, comunicación deficiente, baja productividad, balance económico desfavorable e inadecuada utilización de los recursos naturales conducen a errores en el consumo y a una inadecuada distribución de los alimentos entre los miembros de la familia, particularmente desfavorable hacia los niños pequeños, al sexo femenino y aquellos con alguna enfermedad crónica y/o grave en quienes la ingestión de alimentos puede ser restringida dramáticamente.

Por lo anterior los factores que predisponen a la Desnutrición Proteico

Energética primaria se encuentran: la escasa escolaridad de los padres, pobreza y las consiguientes carencias de sanidad ambiental, de ahí que la desnutrición primaria predomine en los países en vías de desarrollo⁴⁵

Fisiopatología

El fenómeno biológico del crecimiento, íntimamente ligado con la nutrición, puede manifestarse por el aumento (balance positivo), mantenimiento (balance neutro) o disminución (balance negativo) de la masa y del volumen, que conforman al organismo, así como por la adecuación a las necesidades del cambio de forma, función y composición corporal.

Cuando la velocidad de síntesis es menor que la de destrucción, la masa corporal disminuye en relación con el momento previo, pero el balance negativo, cualquiera que sea la causa que lo genere, no puede mantenerse por tiempo prolongado, debido a las disfunciones orgánicas que lo acompañan son incompatibles con la vida.

Por ello, la desnutrición daña las funciones celulares de manera progresiva, afectándose primero el depósito de nutrientes y posteriormente la reproducción, el crecimiento, la capacidad de respuesta al estrés, el metabolismo energético, los mecanismos de comunicación y de regulación intra e intercelular y, finalmente, la generación de temperatura, lo cual lleva a un estado de catabolismo que de no resolverse a tiempo conduce a la destrucción del individuo.

Hay cuatro mecanismos que pueden verse afectados:

- Falta de aporte energético (falla en la ingesta).
- Alteraciones en la absorción.
- Catabolismo exagerado.
- Exceso en la excreción

Ya desde 1950, Jolliffe propuso la siguiente secuencia de eventos en el organismo carente de energía: depleción de reservas nutricias, alteraciones bioquímicas, alteraciones funcionales y alteraciones anatómicas. Los requerimientos de energía no son iguales para todos los órganos, las células del corazón y el cerebro son las que se protegen durante el catabolismo acelerado.

Un ser humano que por alguna razón presenta una interrupción en la transformación de los alimentos podrá mantener la energía durante las primeras horas por el almacenamiento de glucógeno en el hígado, que aporta en promedio 900 kilocalorías. Cuando estas reservas se han depredado, la gluconeogénesis otorga energía a los tejidos vitales (cerebro y corazón), a través de la oxidación de los lípidos. Durante el proceso se obtiene energía; sin embargo, en el proceso se liberan lactato y cuerpos cetónicos.

Una vez que el tejido adiposo se ha sacrificado para mantener la energía, el siguiente proceso de producción energética de la gluconeogénesis es a través de las reservas proteicas. La alanina es un aminoácido que circula libremente; no obstante, una vez que se ha utilizado por completo, precisa del catabolismo del músculo estriado para su liberación. Durante este proceso la masa muscular disminuye y los niveles de urea (secundarios a la liberación de otros aminoácidos) incrementan hasta que se agota por completo la reserva corporal de aminoácidos. Para este momento, el individuo ha manifestado cambios anatómicos como los descritos en los signos universales de la desnutrición y falla orgánica secundaria.

Gómez propone la siguiente falla orgánica durante la desnutrición: pérdida inicial de peso, pérdida de la relación entre el segmento superior e inferior, estancamiento de la talla, perímetro torácico y finalmente cefálico.

Funcionalmente: pérdida de la capacidad de lenguaje, capacidad motora y finalmente la desnutrición funcional a expensas de falla cardíaca y neurológica que conlleva finalmente a la muerte

Obesidad y sobrepeso

La Organización Mundial de la Salud (FODI, 2005), define a la obesidad y el sobrepeso como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial.

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la define como una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de peso y el trastorno metabólico más frecuente en las sociedades más desarrolladas (Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

El término sobrepeso se utiliza en los seres humanos para indicar un exceso de peso en relación con la estatura, se trata de un exceso leve de peso, mientras que la obesidad se describe a excesos mayores de peso que afectan seriamente a la salud.

La diferencia entre estos dos términos no es arbitraria, se define a partir del índice de masa corporal, es decir, un cálculo específico del peso en relación con la estatura. Debido a que los niños cambian constantemente de estatura y peso, el índice de masa corporal "normal" se calcula de acuerdo a gráficas que representan a la mayoría de los niños de edad similar.

En los niños la diferencia entre obesidad y sobrepeso se calcula respecto al "percentil" en el que se encuentra el niño, si está entre las percentiles 85 y 95% tiene sobrepeso y si es mayor de 95% padece obesidad, un estudio similar fue realizado en Argentina (Unicef, 2012).

Etiología

La obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales.

Es así que para desarrollar la obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas.

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo.

La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física, según (FODI, 2005)

Fisiología

De acuerdo con la primera ley de la termodinámica, la obesidad es el resultado del desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía. La energía que el organismo utiliza proviene de 3 fuentes: carbohidratos, proteínas y grasas. La capacidad de almacenar carbohidratos en forma de glucógeno, igual que la de proteínas, es limitada. Solo los depósitos de grasas se pueden expandir con facilidad para dar cabida a niveles de almacén superiores a las necesidades, (Velasco, 2006)

Los alimentos que no se consumen como energía, se almacenan, y por lo tanto, es la grasa la principal fuente de almacén y origen de la obesidad. Los carbohidratos son el primer escalón en el suministro de energía.

Cuando el consumo de carbohidratos excede los requerimientos, estos se convierten en grasas. En ausencia o con niveles muy bajos de glúcidos, y con necesidades energéticas presentes, las proteínas a través de los aminoácidos son utilizadas para la producción de energía o para la movilización, utilización y almacenamiento de las grasas, proceso conocido como gluconeogénesis, en el cual los aminoácidos con esqueleto de carbono son convertidos, por múltiples reacciones, en pirúvico, que a su vez va a derivar en glucosa. Esta glucosa neo formada es oxidada o utilizada para la formación de triglicéridos mediante su conversión a glicerol.

Las grasas que se ingieren son utilizadas primeramente como fuente de almacén en forma de triglicéridos en el adipocito, o para la producción de hormonas y sus componentes celulares. Una vez que los almacenes primarios de energía hayan agotado sus reservas fácilmente disponibles, son las grasas las encargadas de suministrar la energía necesaria y se movilizan de sus depósitos, proceso en el cual participan activamente las proteínas (Ministerio de Educación, 2013)

Importancia de la nutrición en el ciclo de la vida.



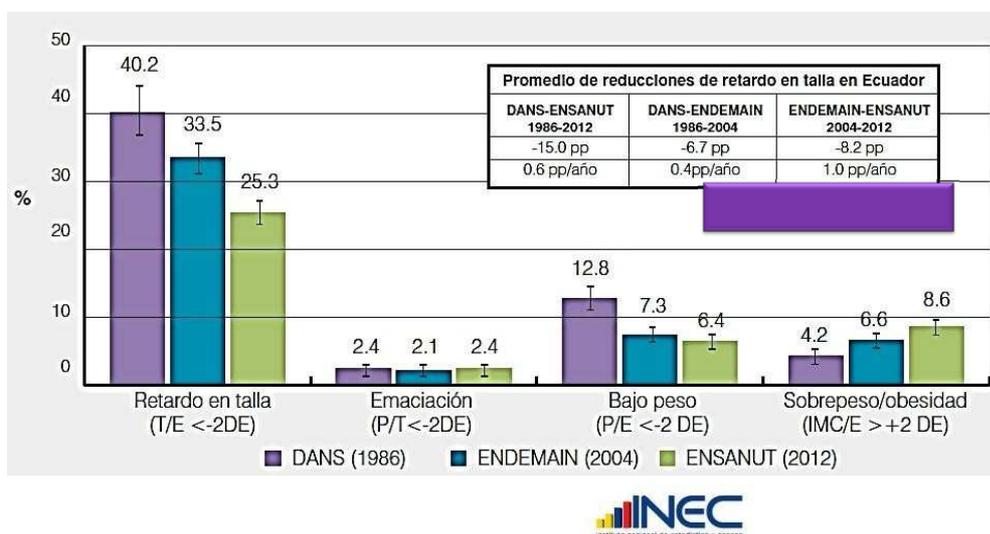
Sobrepeso

Algunos expertos sostienen que el Índice de Masa Corporal (IMC) en niños mayores de dos años de edad es útil para el diagnóstico del sobrepeso y obesidad, pero no hay acuerdo sobre cuál percentil es mejor para propósitos de comparación, por lo general se tiene en cuenta un IMC por encima del percentil

95 para edad y sexo, o cuyo peso excede el percentil 97 para su talla. En aquellos cuyo IMC se encuentra entre los percentiles 85 y 95 tienen sobrepeso y presentan un mayor riesgo de enfermedad relacionada con obesidad.

También puede emplear la tabla de percentiles directamente, en función del sexo, identificando el punto en el que hacen intersección el peso y la edad de los niños y niñas (Vistazo, 2012)

Situación nutricional a partir de indicadores antropométricos.
Prevalencias comparativas de desnutrición y exceso de peso, en menores de cinco años, entre encuestas nacionales



Consecuencias de la obesidad infantil

La obesidad está asociada con significativos problemas de salud en la infancia y es un importante y temprano factor de riesgo en gran parte de la morbilidad y mortalidad del adulto.

Los problemas médicos comunes en niños y adolescentes obesos pueden afectar la salud cardiovascular (hipercolesterolemia y dislipidemias, hipertensión), el sistema endocrino (hiperinsulinismo, resistencia insulínica, alterada tolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2, irregularidad menstrual) y la salud mental (depresión y baja autoestima). El estrés psicológico por la estigmatización social impuesta a los niños obesos puede ser más peligroso que las morbilidades médicas.

Los niños y adolescentes obesos también pueden sufrir otras complicaciones y asociaciones como las pulmonares (asma, síndrome de la apnea obstructiva durante el sueño, ortopédica y complicaciones gastrointestinales/hepáticas (esteatohepatitis no alcohólica).

La probabilidad de que la obesidad infantil persista en la adultez se estima que se incrementa desde aproximadamente el 20% a los cuatro años de edad, al 80% en la adolescencia.

En cuanto a los factores de riesgo, son evidentes en la obesidad infantil las interacciones entre factores genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales. Como parte de estos factores mencionados, se destaca la actividad fundamentalmente sedentaria del tiempo libre, con una gran disponibilidad de entretenimientos como la televisión, los videos y los videojuegos. Además, con el creciente proceso de urbanización ha habido un decremento en la frecuencia y duración de las actividades físicas cotidianas de los niños, tales como caminar a la escuela y hacer los quehaceres del hogar.

Bajo peso (Wasting) es una forma severa de desnutrición, resultado de carencias alimenticias agudas y enfermedades. Es el causante de 1.5 millones de muertes infantiles anuales (UNICEF, 2012)

Según la Alhaji, de la Clínica Versailles de Manizales, los malos hábitos alimentarios repercuten sobre el peso de los niños, cuando se reemplaza alimentos que son esenciales como carnes, frutas, verduras, cereales y porciones adecuadas de grasas y carbohidratos por dietas ricas en carbohidratos complejos, que no permiten un desarrollo óptimo ponderal (FODI, 2005).

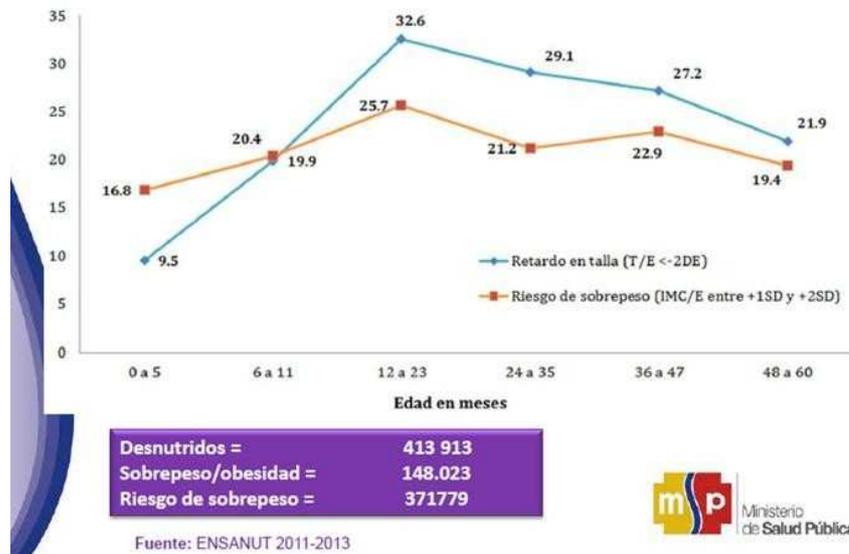
Riesgo de sobrepeso: a lo largo del crecimiento y desarrollo, el IMC tiene un patrón diferente que el del peso y la estatura: lo normal es que haya un descenso en este entre los dos y los cinco años de edad, y que posteriormente aumente de nuevo. Este descenso temprano corresponde a una disminución del tejido adiposo subcutáneo y al porcentaje de grasa corporal, y es lo que se conoce como rebote de adiposidad.

Documentado como un factor de riesgo para el desarrollo y la instalación de la obesidad en edades posteriores, y refleja un crecimiento rápido temprano en la infancia, identificando a niños con valores de IMC en los percentiles superiores o a niños que cruzan de un percentil a otro superior. La ganancia de peso acelerada en la infancia predice obesidad posterior.

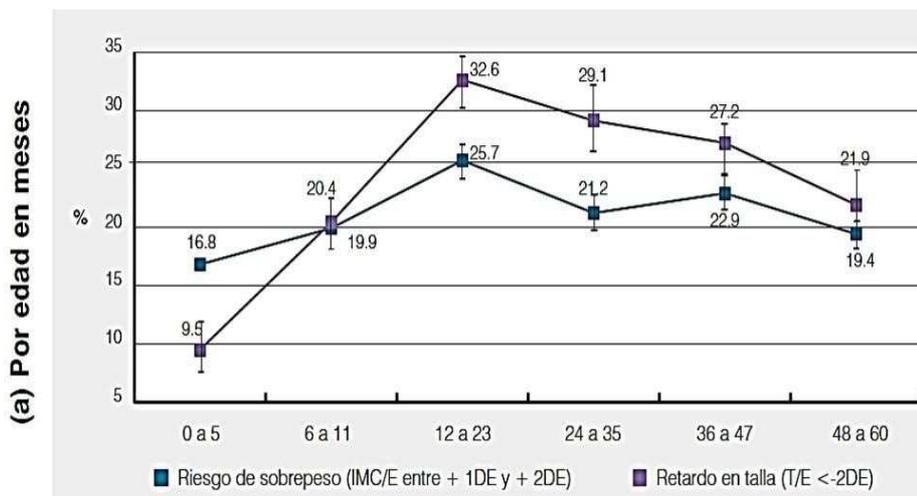
La población infantil menor de 5 años es de 2.559 niños, pertenecen al sexo femenino 1.258 y 1.301 al masculino. De esta población infantil menor de 5

años 1.810 se encuentran en el área rural y 749 en el área urbana del Cantón, teniendo en el Instituto del Niño y la Familia (INFA) la presencia de 320 niños representando 42.72% del total de la población.

Datos de la encuesta nacional del MSP muestra lo siguiente.

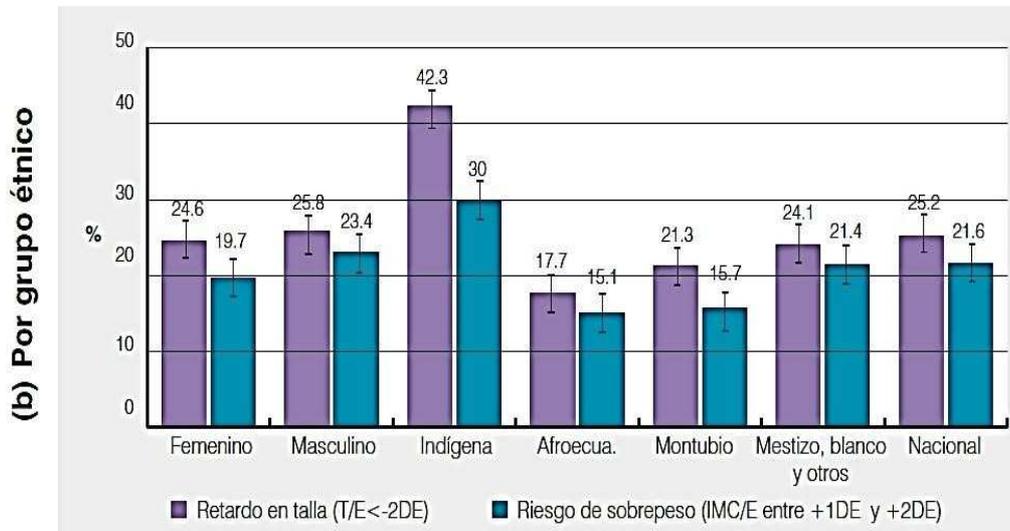


Prevalencia de retardo en talla y riesgo de sobrepeso, en población de 0 a 60 meses, por edad en meses, sexo y grupo étnico.



T/E talla para la edad, IMC/E Índice de masa corporal para la edad.

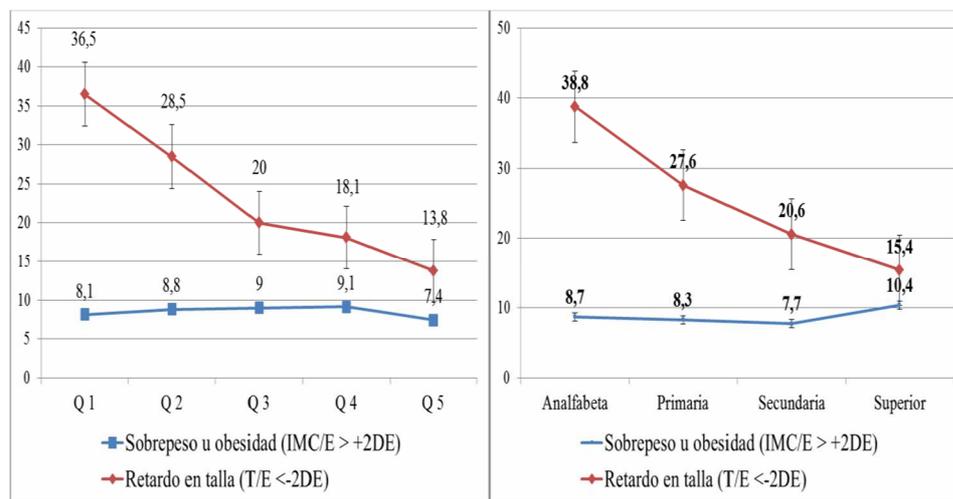
Fuente: ENSANUT-ECU. 2011-2013. MSP. INEC.



T/E talla para la edad, **IMC/E** Índice de masa corporal para la edad.

Fuente: ENSANUT-ECU. 2011-2013. MSP. INEC.

Prevalencia de retardo en talla, sobrepeso y obesidad, en población de 0 a 60 meses, por quintil económico y nivel de escolaridad de la madre.



Fuente: ENSANUT-ECU. 2011-2013. MSP. INEC.

Atención de Enfermería

En el proceso de atención a los niños la intervención de la enfermera/o es muy importante, ya que permite educar, crear conciencia del valor de la salud, proveer de cuidado necesario en esta etapa. Existen razones esenciales para que la enfermera realice el control, de las cuales enumeramos las siguientes:

- Su adecuada capacitación permite brindar a las familias una atención de calidad y calidez.
- El personal de enfermería brinda mayor asesoramiento lo que da lugar a mayor confianza a fin de resolver inquietudes, por ende se obtienen mayores niveles de satisfacción.

Proceso de enfermería

La intervención que tiene el personal de enfermería, y de acuerdo a la categorización de (Abeyá, Calvo, Durán, Longo, & Mazza, 2009) en niños de 3- 5 años, se lo ha resumido en los siguientes puntos:

- Brindar apoyo emocional al niño y a la familia y atender la esfera psicológica
- Explicar la importancia del régimen dietético según el índice de masa corporal.
- Controlar peso de los niños en todo momento.

- Orientar a los padres sobre los riesgos y complicaciones de la mal nutrición infantil.
- Brindar información precisa y necesaria explicando la importancia de una adecuada nutrición en los niños de edad pre escolar, para evitar enfermedades nutricionales y metabólicas.
- Orientar sobre la importancia de la administración de los anti anémicos orales como profilaxis de la anemia.
- Sensibilizar a la familia y trabajar en la comunidad, en aras de mejorar el estado de salud alimentaria.
- Explicar a la familia la necesidad de la disciplina, en la organización y control de las horas de juego de un niño de esta edad.
- Brindar atención integral con el apoyo familiar.
- Propiciar un ambiente familiar de tranquilidad apoyo, seguridad y confianza e involucrar a la familia en el proceso salud nutricional.
- Promover dinámicas familiares sobre valores, conductas y patrones de los niños y padres.
- Identificar y educar a la población de riesgo con el fin de disminuir

la incidencia de los malos hábitos alimentarios en etapas tempranas de la vida.

- Sensibilizar aún más a todo el personal de salud en aras de mejorar la calidad de la atención en los servicios facilitando la atención diferenciada e integral a nuestras adolescentes.

Debemos mencionar que la atención de enfermería pretende lo siguiente:

- Promover la educación en salud tanto a los niños como a sus familiares con el propósito de inducirlos al buen cuidado.
- Señalar la existencia de enfermedades asociadas a los factores nutricionales.

Las repercusiones de una niñez saludable inciden en la adolescencia, no sólo son de salud sino también de índole social.

FUNDAMENTACION LEGAL

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución aprobada en el 2008 constituye un marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay.

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia.

Art 363: El estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen, la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario y,

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

Constitución de la República del Ecuador

Capítulo tercero .Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección quinta. Niñas, niños y adolescentes

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. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1.- Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos. Etcétera; así como también a los que son específicos para su edad.

El Código de la Niñez y Adolescencia establece la responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia en la garantía y protección de los derechos de niñas,

niños y adolescentes en el Ecuador, para lo cual debe definir las políticas públicas de protección integral.

Libro Tercero del Código de la Niñez y Adolescencia.

Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente.- Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

Art. 190, norma la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, concebido como: “un conjunto articulado y coordinado de organismos, entidades y servicios, públicos y privados, que definen, ejecutan, controlan y evalúan las políticas, planes, programas y acciones, con el propósito de garantizar la protección integral de la niñez y adolescencia”.

VARIABLES

- Estado nutricional (factores asociados)
- Niños de 3-5 años(pre-escolar)

Operacionalización de las variables:

Niños de 3-5 años de edad (pre-escolar), aplicando criterios de (Nutrinet, 2015)

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Niños comprendidos entre 3 y 5 años. Son los que se encuentran en edad pre escolar, proceso educativo que precede a la escuela primaria.	Características personales	Edad	3años 4años 5años
		Sexo	Masculino Femenino
		Raza	Blanco Negro Mestizo

Fuente: Encuesta.

Elaborado: González, Villacis 2016.

Estado Nutricional: factores asociados

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Estado Nutricional: factores asociados Situación de salud y bienestar que determina la nutrición en	Genéticos	Padre o madre con sobrepeso	Si No Otros
	Antecedentes patológicos familiares	Hipertensión arterial	Presente Ausente
		Diabetes Mellitus	Tipo I Tipo II
		Obesidad	Grado I Grado II Grado III
		Otros	Si No Desconoce

una persona o colectivo, según factores y necesidades nutricionales concretas y que estas deben ser satisfechas, cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos están adecuadamente cubiertos por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos.	Ambientales	Ejercicio físico	Todos los días Tres veces a la semana A veces
		Medio de transporte	Camina Expreso Otros
		Medios de comunicación	Tv Cable TV Internet
	Alimentarios	Frecuencias de las comidas al día	Una vez Más de 3 veces A cada
		Hábitos alimentarios	No desayuna Almuerza Merienda No tiene horarios
		Calidad de las comidas	Ricas en grasas y carbohidratos Ricas en proteínas
	Socioculturales	Nivel económico	Alto Medio Bajo
		Nivel educacional de los padres	Primario Secundario Superior Otro

Fuente: Encuesta.

Elaborado: González, Villacis 2016

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Población Y Muestra:

Conformada por el total de la población 50 niños de 3 a 5 años que acuden a consultas en el Centro de Salud N°14 y por 100 historias clínicas de los pacientes atendidos de Octubre 2015 a Febrero del 2016 en el Centro de Salud.

Tipo De Estudio:

En la presente investigación estableceremos un tipo de estudio descriptivo de corte transversal que es un método científico que permite observar y describir el comportamiento del sujeto en estudio sin ejercer ningún tipo de influencia sobre él. La investigación tiene lugar en la ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas

Método de Recolección de Datos

Se realizó con la autorización brindada por parte de las autoridades del y la información proporcionada por las madres que acuden a consulta con sus niños por medio de encuestas.

Es de tipo cuantitativo, según (Kaufer-Horwitz & Toussaint , 2015) y se aplicó

la Encuesta y Observación Directa- Participativa, dirigida a las madres de los niños de 3 a 5 años que asisten a la consulta externa. Y el estudio y análisis de las Historias Clínicas de los niños de 3 a 5 años.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Durante la realización de la recolección de datos se utilizó el formulario de encuesta previamente realizado como método de captura de datos que luego serán analizadas.

La encuesta es un cuestionario con opciones de respuestas dicotómicas y opciones para respuestas múltiples. (Bernal Torres, 2010)

PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS.

Los datos obtenidos por medio de la encuesta fueron tabulados mediante el uso de cuadros representados en gráficos estadísticos utilizando el programa S-Plus versión 8.

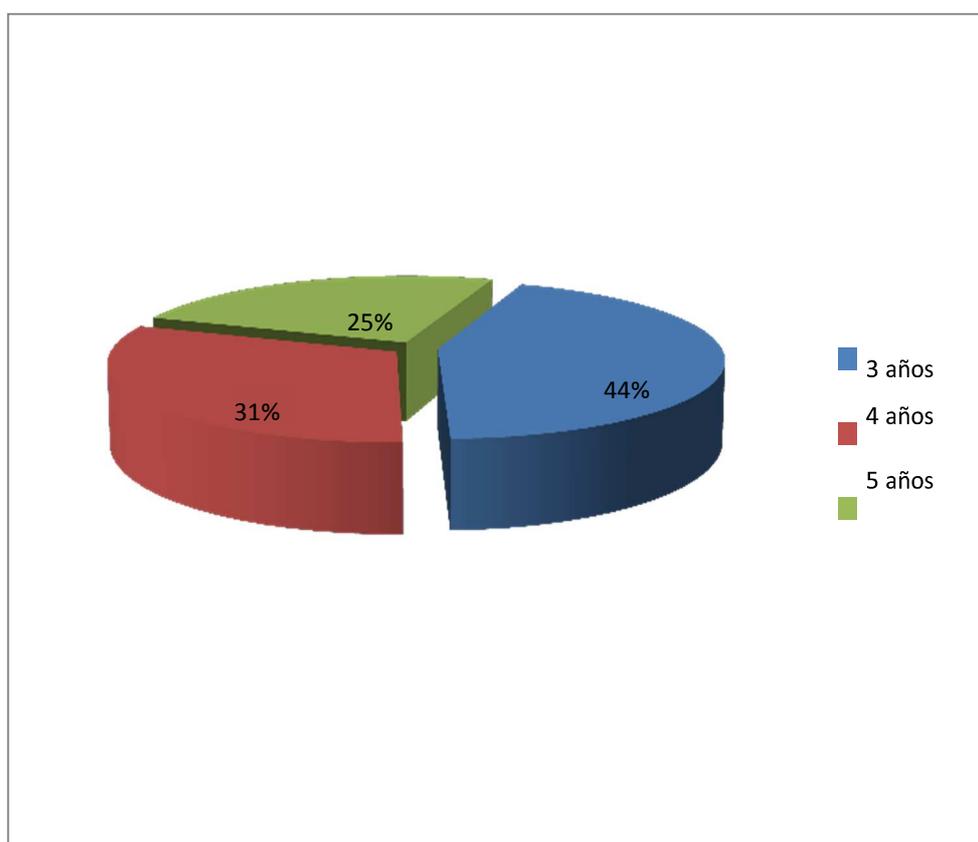
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se estructuró un cuestionario de preguntas y una hoja de recolección de datos de las historias clínicas.

El cuestionario conformado por preguntas con respuestas dicotómicas, respuestas múltiples y respuestas continuas. La matriz de observación establecida en diferentes parámetros.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

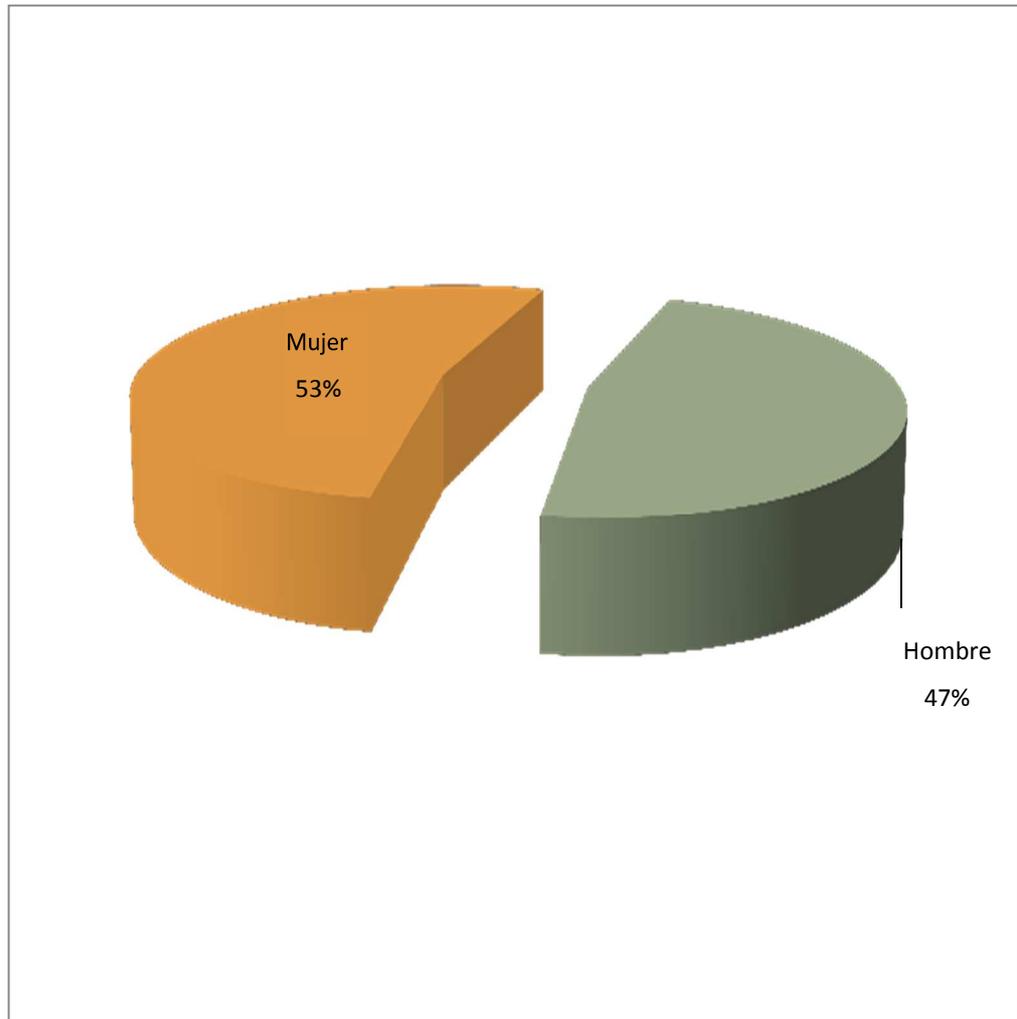
GRÁFICO N.º 1
EDAD DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS.



Fuente: Encuesta a padres de familia

Análisis. Al observar la distribución de los niños notamos que la mayor parte de la muestra se encuentra en la edad de 3 años, seguido por 4 y 5 años respectivamente, por lo que se comporta de manera similar para las tres edades y no arroja diferencias para los estándares internacionales (González Villacis, 2016).

GRÁFICO No. 2
SEXO DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS.

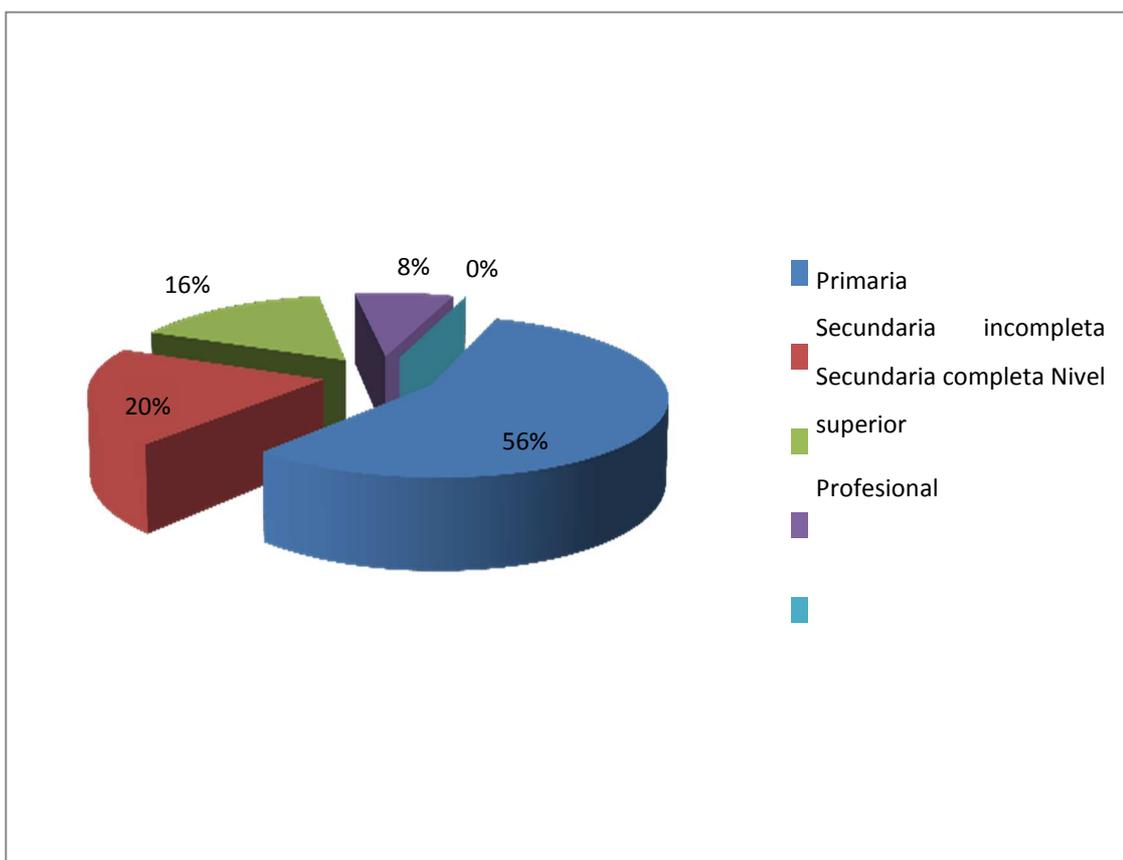


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: El gráfico muestra que en este estudio existe aproximadamente la misma cantidad con 57% de varones y 47% de mujeres.

GRÁFICO No. 3

NIVEL DE INSTRUCCION DEL PADRE ENCUESTADO.

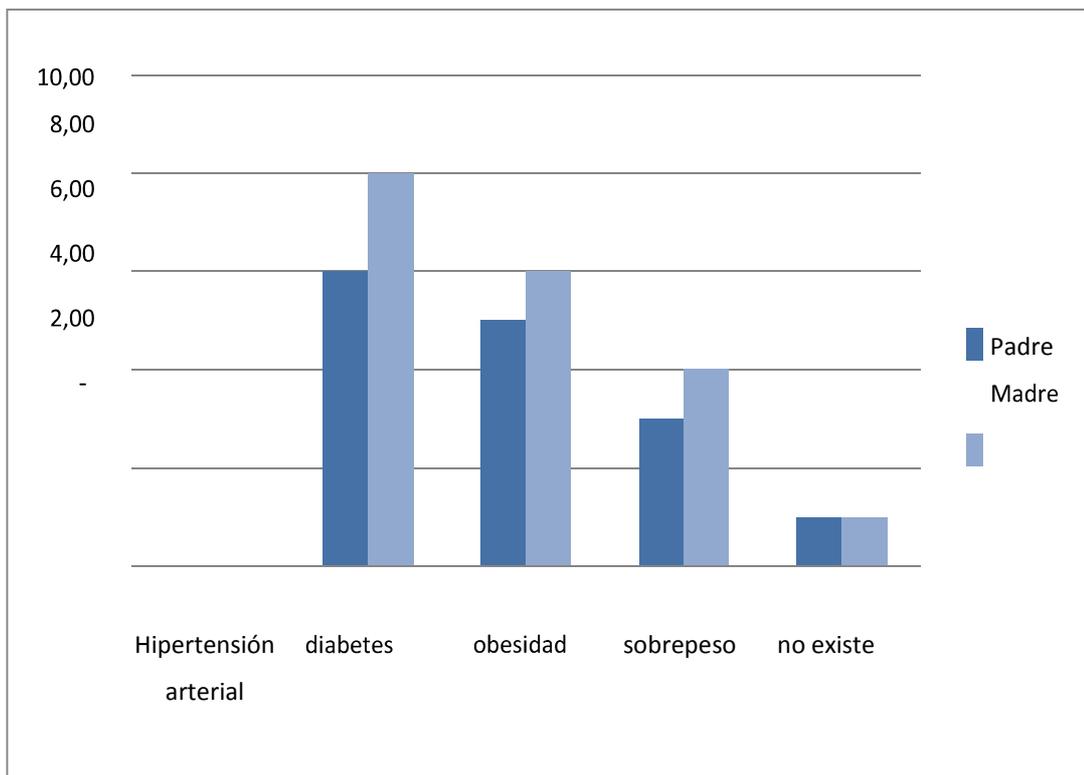


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: El gráfico nos muestra el nivel de instrucción de los padres predominante en los padres de los niños que presentaron IMC alto es el nivel de primaria 56%, seguida de secundaria con 20%, y superior con un 8% ⁶³.

GRÁFICO No. 4

ANTECEDENTES DE SALUD DEL ENTORNO FAMILIA.

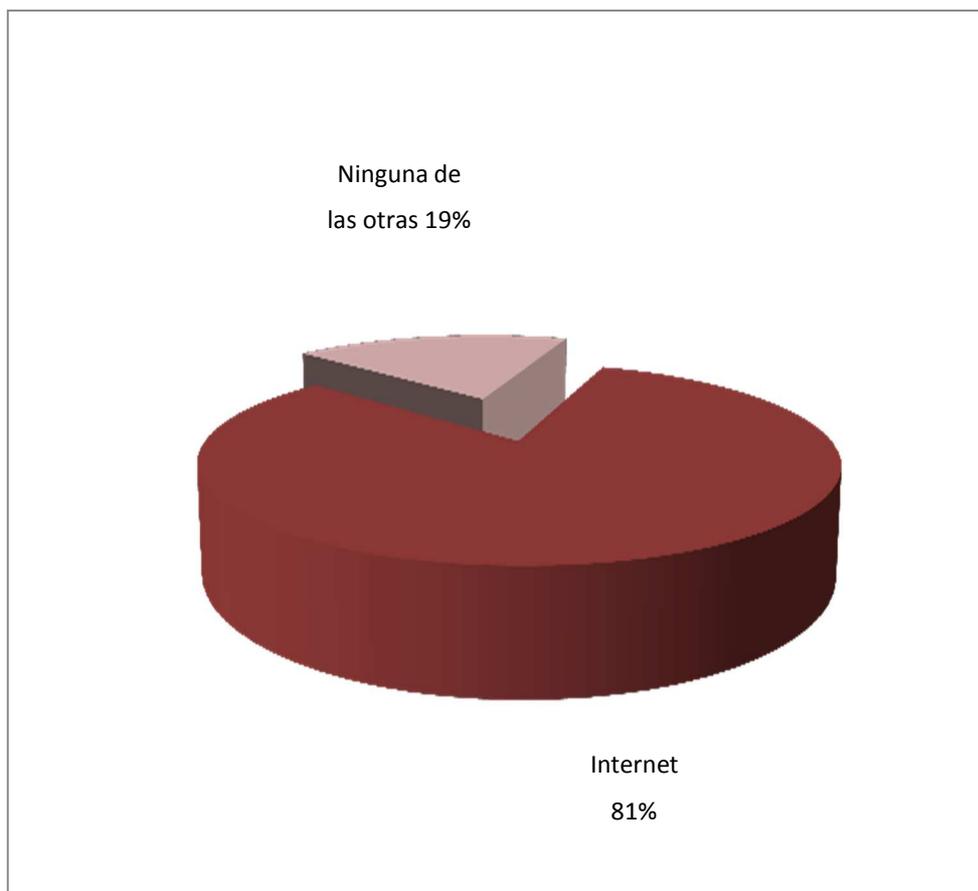


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: El gráfico nos muestra la patología con más incidencia en los padres de los niños que presentaron IMC alto es la diabetes como antecedente patológico familiar, seguida de la obesidad, y sobrepeso

GRÁFICO No. 5

OBJETOS DE ENTRETENIMIENTO QUE DISPONE EN VIVIENDA

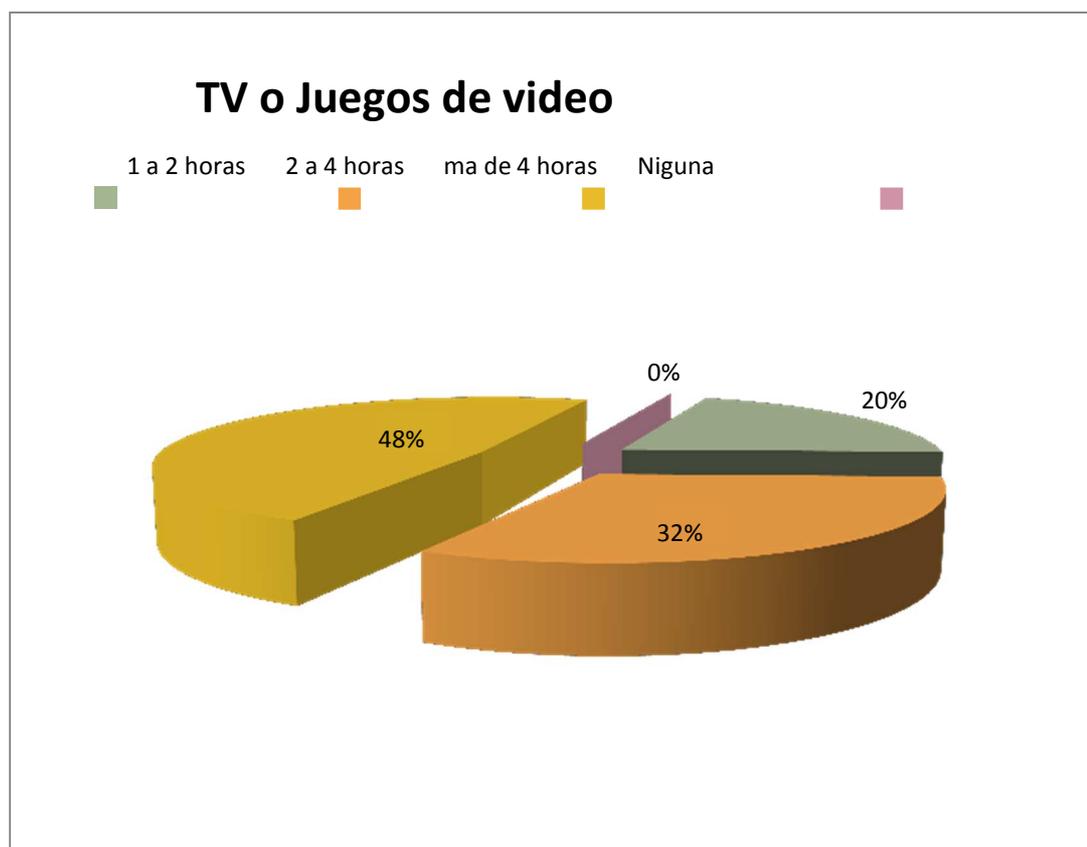


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: El gráfico nos muestra que el artefacto más frecuente en los hogares es el televisor con un 100% y la internet con un 81%, la encuesta no arroja datos de alguien que no tenga alguno de estos artefactos⁶⁵.

GRÁFICO No. 6

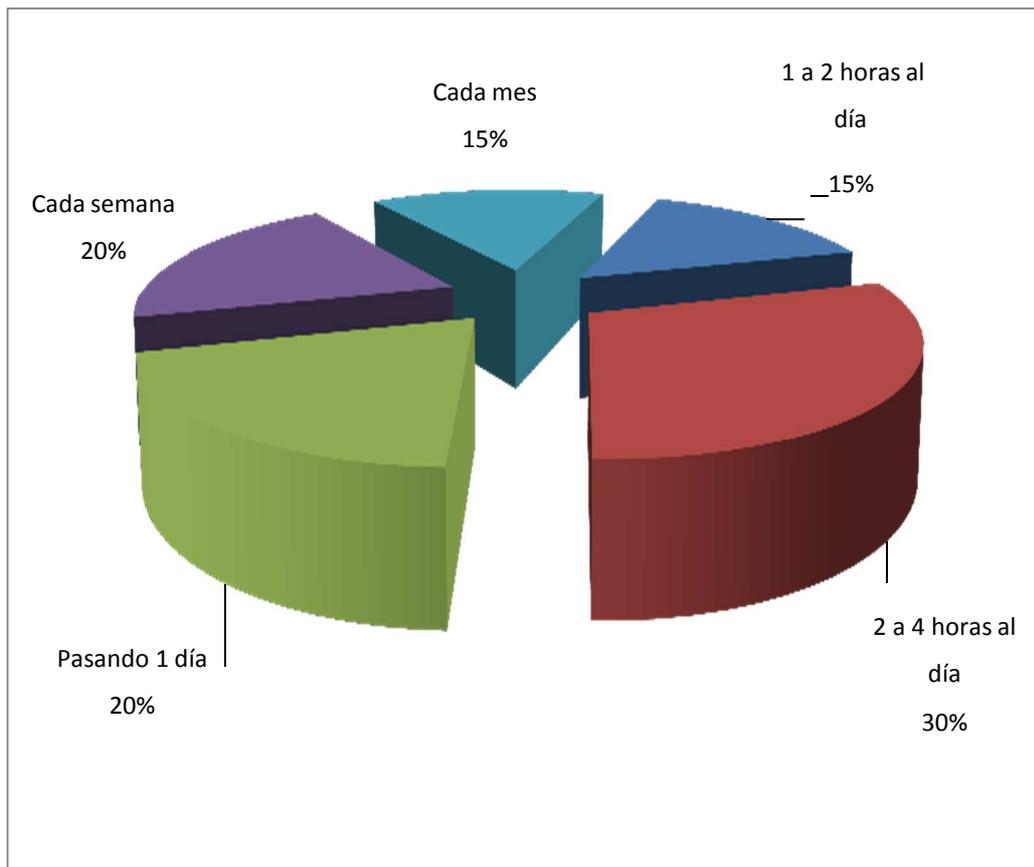
HORAS DE ENTRETENIMIENTO EN TV O VIDEOS JUEGOS.



Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: El gráfico nos muestra que el 48% de los niños tiene acceso ilimitado a los medios de entretenimiento el 32% lo usa de 2 a 4 horas, en un 20% solo de 1 a 2 horas, tomáremos en cuenta a este como uno de los factores que predisponen al sedentarismo que conlleva al sobrepeso.

GRÁFICO No. 7
TIEMPO DEDICADO A PRÁCTICA DE DEPORTE

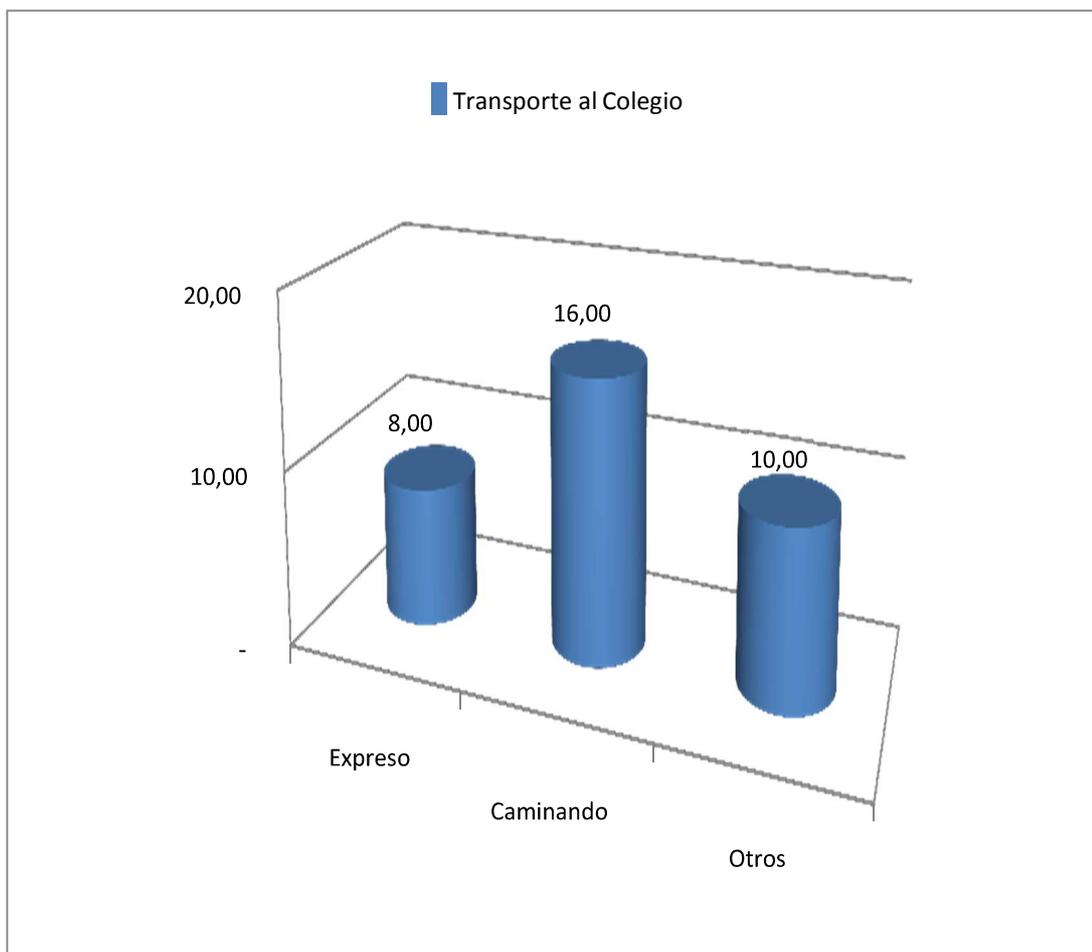


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: El gráfico nos muestra el bajo porcentaje de niños que practican deporte solo el 30% lo hace a diario de 2 a 4 horas, un 15% 1 a 2 horas diarias un 55% pasando un día, cada semana o mes.

GRÁFICO No. 8

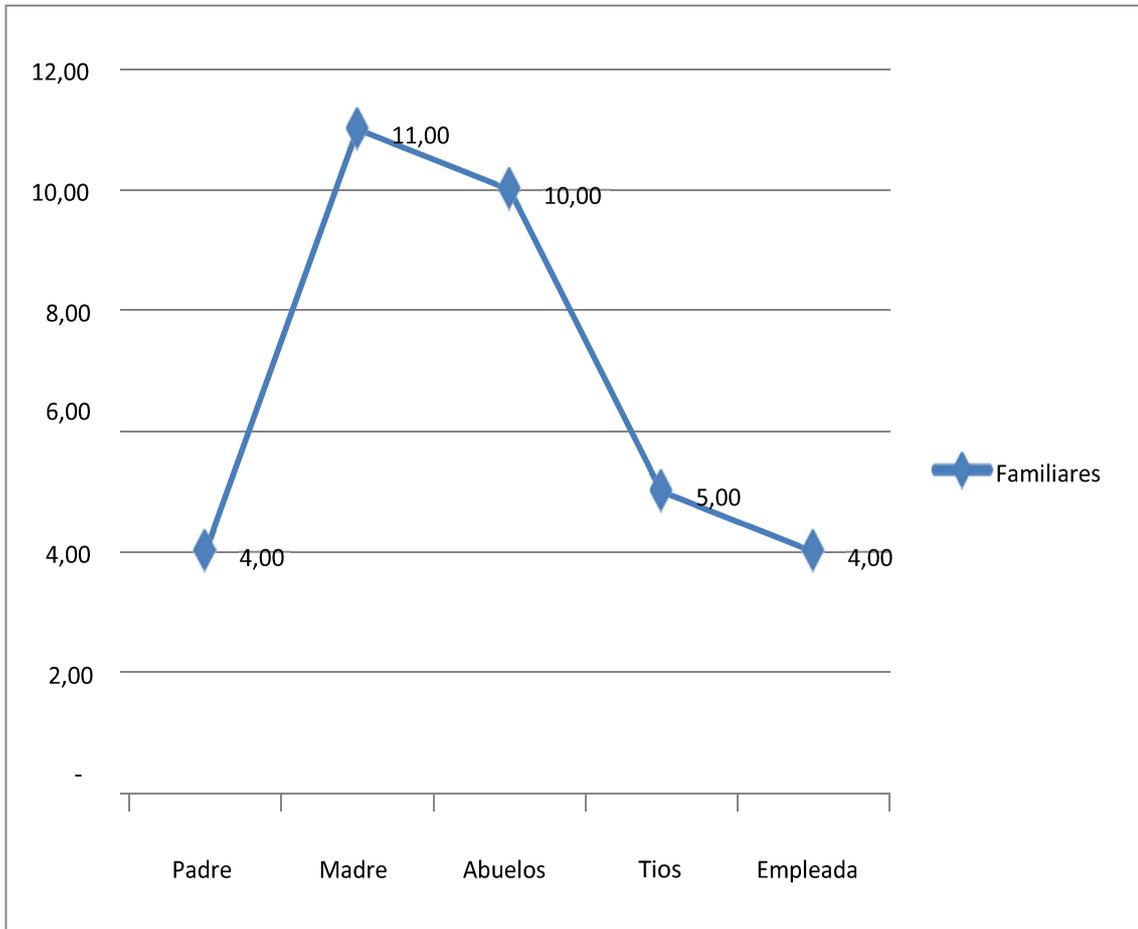
MOVILIZACIÓN HACIA LA ESCUELA



Fuente: Encuesta a padres de familia y medidas antropométricas (peso-talla)

Análisis: La mayoría de los estudiantes viven cerca de la escuela esto se plasma en el gráfico que indica un 47% caminan, el 29% llega por otros medios como bicicleta y un 24% tienen expreso.

GRÁFICO No. 9
ALIMENTACION DEL NIÑO

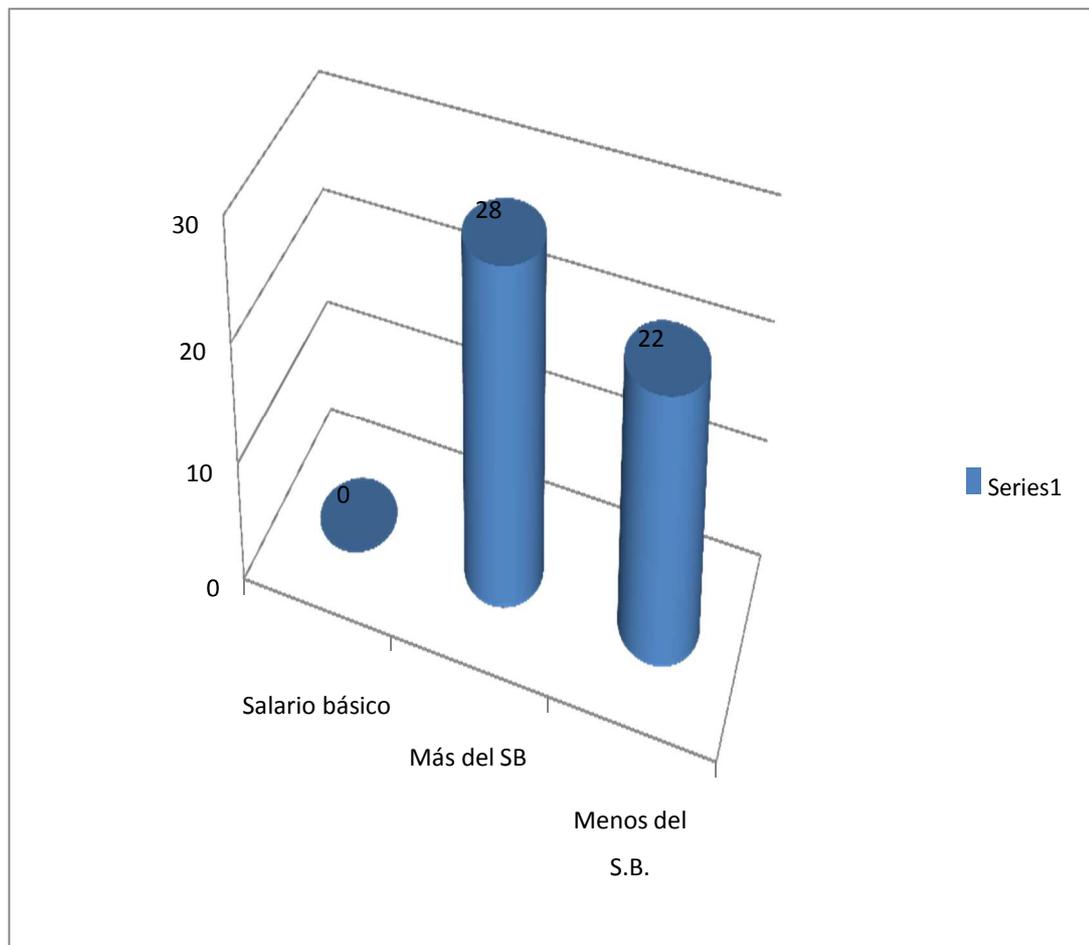


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: Como muestra el gráfico los niños están sobre alimentados en los horarios pertinentes y con varias comidas al día.

GRÁFICO NO. 10

RECURSOS ECONÓMICOS. SALARIO BÁSICO.

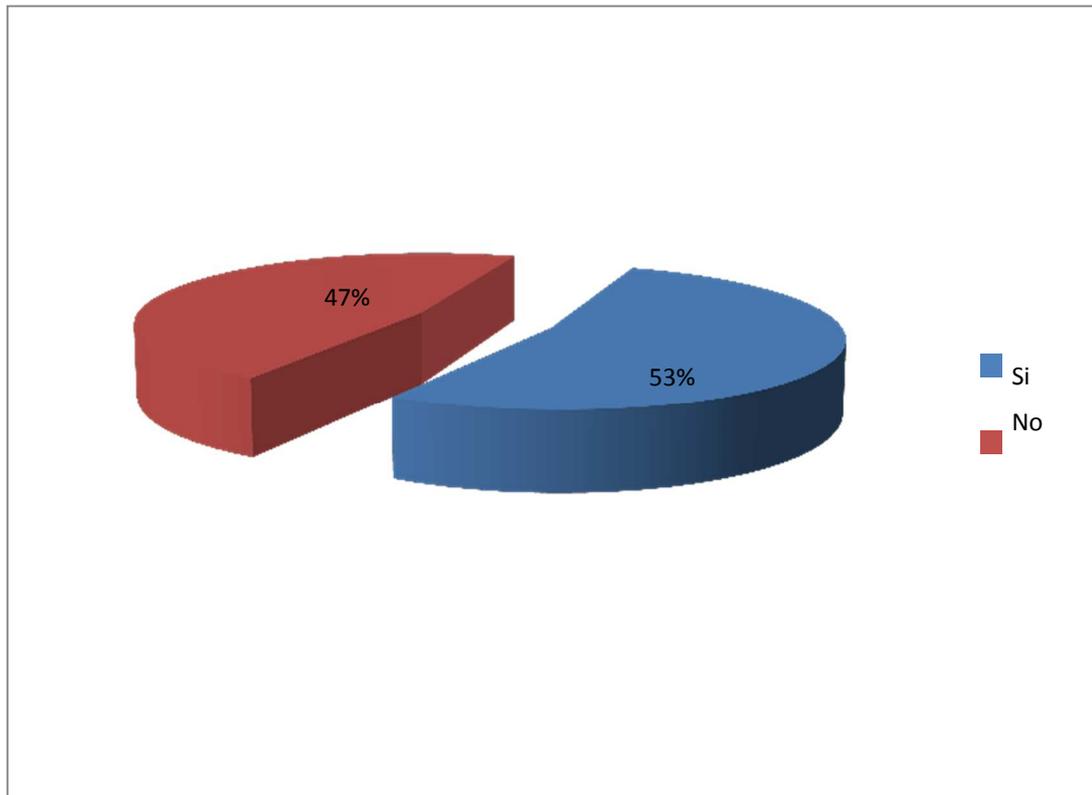


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis- Se puede observar que la mayor parte de los padres tiene un ingreso superior al salario básico, lo que indica que tienen acceso a una canasta básica de alimentos, pero a pesar de esto la nutrición en base a cereales, frutos y vegetales es deficitaria.

GRÁFICO NO. 11

CONOCIMIENTO DE ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD.

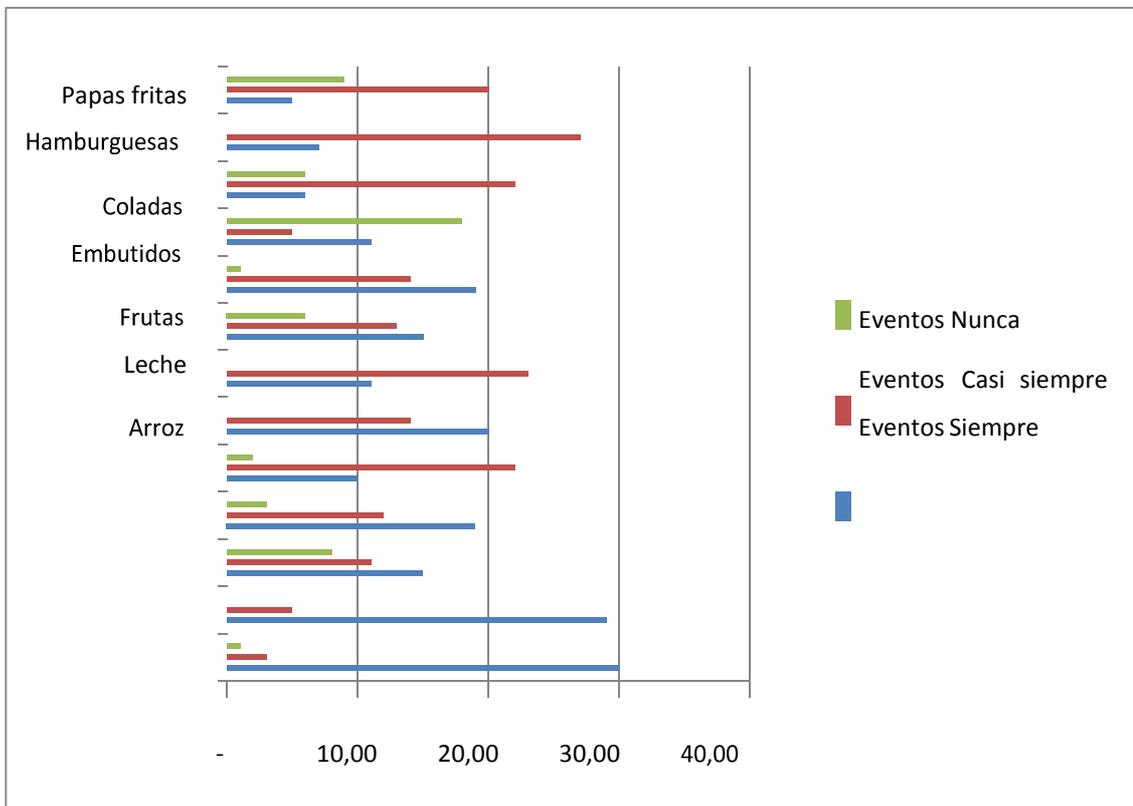


Fuente: Encuesta a padres de familia

Análisis: Existe una estadística del 53% que indica tener conocimientos sobre alimentación del infante, lo que requiere una evaluación directa al padre de familia, existe la posibilidad que aunque teniendo el conocimiento la economía familiar no permita el acceso a una dieta con los requerimientos energéticos adecuados.

GRÁFICO NO. 12

ALIMENTOS QUE CONSUMEN EN SU DIETA DIARIA.

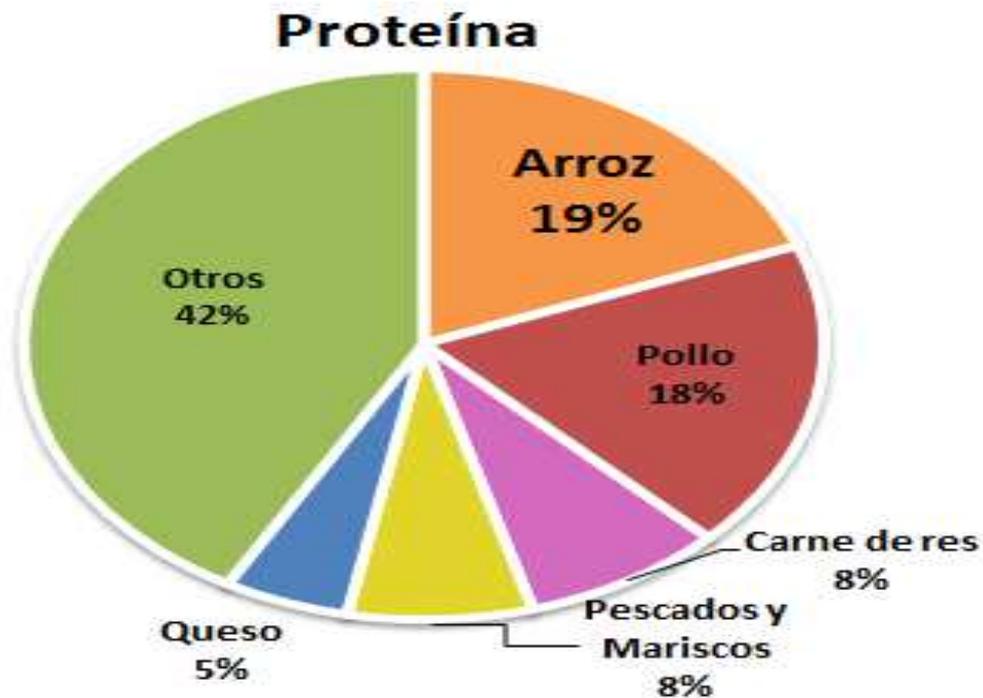


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: El determinar una dieta diaria es muy difícil, puesto que el menú puede ser muy variado y depende muchas veces, de la capacidad económica del hogar, pero existen grupos de alimentos que son consumidos y son determinantes en la incidencia de la obesidad y sobrepeso, entre ellos están los carbohidratos azúcares; en nuestra encuesta el pan, arroz son denominadores comunes de la dieta diaria; las gaseosas, hamburguesas y embutidos, de forma general podemos decir que la comida chatarra, superan a las proteínas, frutas y lácteos casi siempre.

GRÁFICO NO. 13

CONSUMO DE ALIMENTOS Y PROTEÍNAS EN EL DESAYUNO

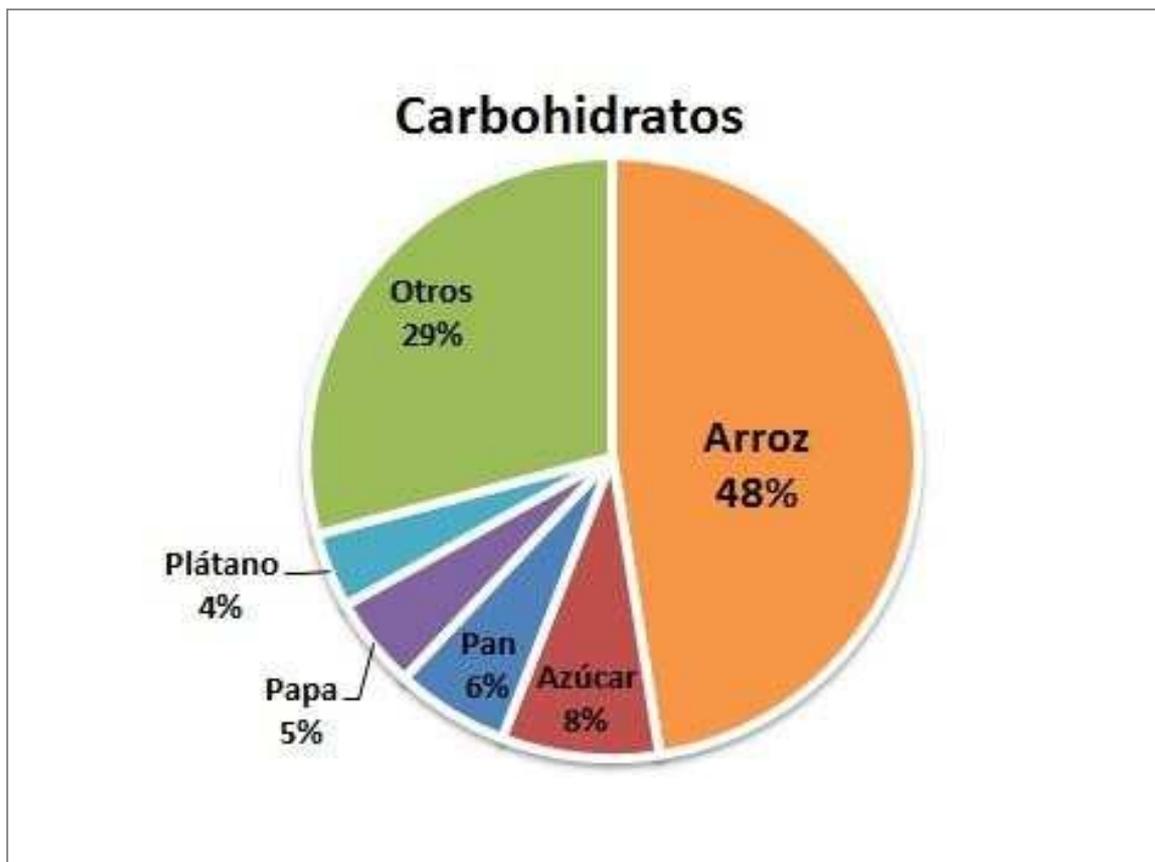


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: Al observar la dieta diaria en el desayuno es difícil el ingreso de frutas en sus diversas formas, vemos que los alimentos son variados, pero existen grupos de alimentos como los cereales para ser consumidos, en que realmente no se consumen en la dieta de estos infantes, donde las proteínas ocupan un importante lugar por la importancia que le dan los padres en este caso.

GRÁFICO NO. 14

BALANCE ALIMENTICIO EN EL ALMUERZO

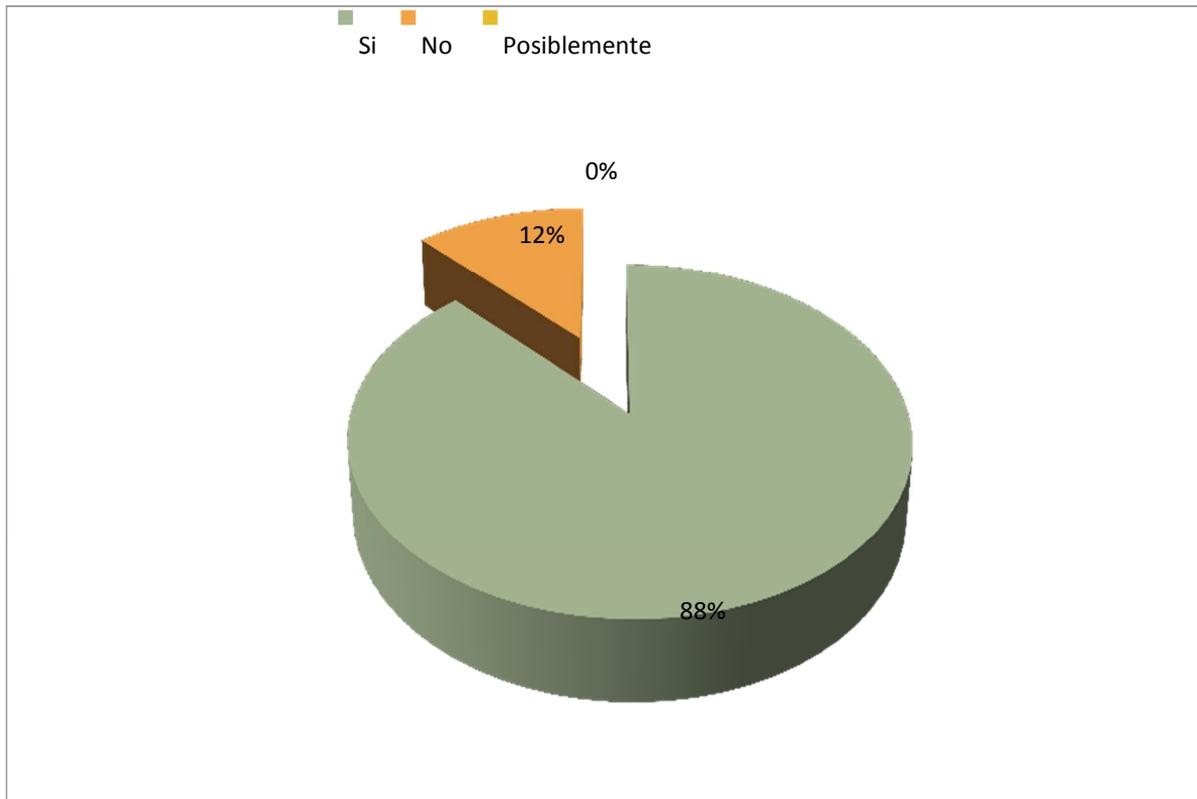


Fuente: Encuesta a padres de familia.

Análisis: En el almuerzo se explica que de forma general los alimentos ingeridos son variados, pero en su mayor cantidad vemos los azúcares y carbohidratos, los padres indican estos alimentos son los que pueden ofertar a sus hijos porque que depende de la capacidad económica del hogar, pero realmente no se cumple.⁶⁹

GRÁFICO NO. 15

CONSUMO DE AGUA DURANTE EL DIA

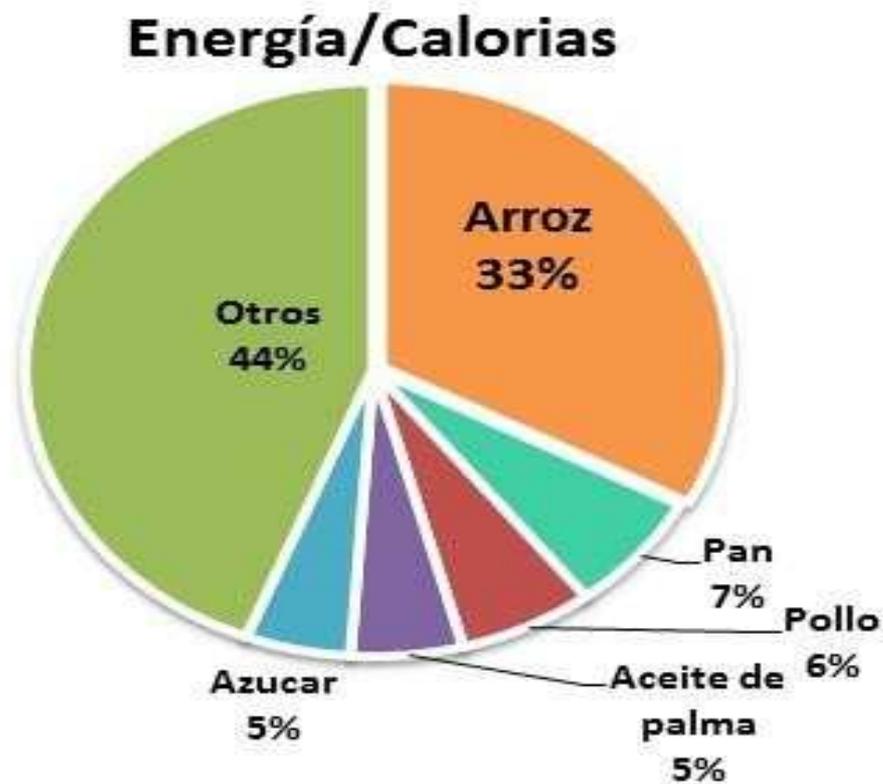


Fuente: Encuesta a padres de familia y medidas antropométricas (peso-talla)

Análisis: Se observa que el 88% afirma que si es importante el consumo de agua de sus hijos durante el día pero todavía un 12 % de estos padres afirma que no, asunto este alarmante todavía, porque más de la mitad del peso corporal de los niños en estas edades está constituido por agua, la que es necesaria para mantener de forma armónica el funcionamiento de los órganos de todos los sistemas y aparatos, ayuda a la digestión, previene el estreñimiento, permite una adecuada circulación sanguínea, así como por la limitada capacidad de los riñones para manejar la carga renal de solutos.

GRÁFICO NO. 16

ALIMENTACIÓN DIARIA Y BALANCE ENERGÍA/CALORÍAS

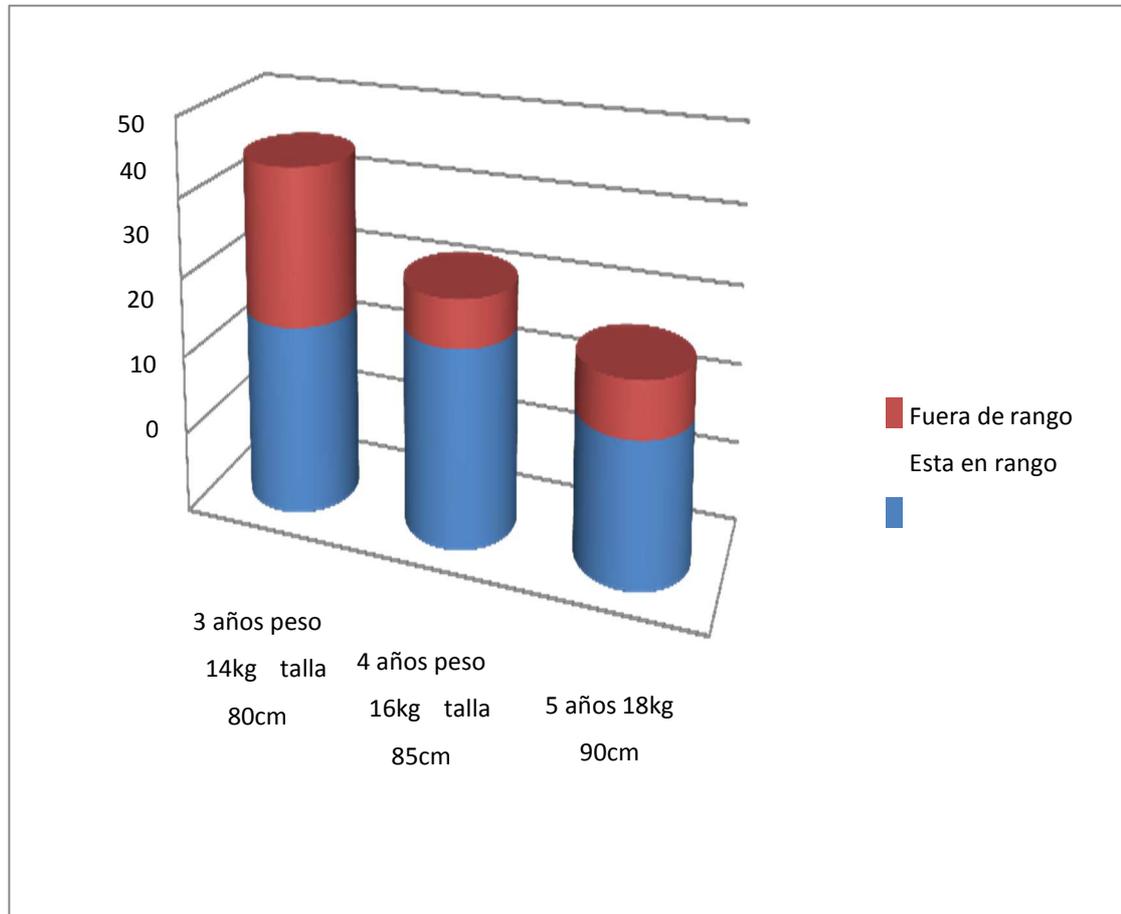


Fuente: Encuesta a padres de familia

Análisis: La alimentación diaria de 3 comidas principales y 2 tipos de alimentos entre comidas, representa mucho ingreso al día, más de lo realmente necesario lo que influye en el sobrepeso de los infantes ya que aumenta el balance calórico de los alimentos y no responde a los requerimientos energéticos indispensables diarios para estas edades, como se puede observar no hay balance entre las calorías necesarias aportadas y la energía que se emplea, lo que les lleva a desbalances metabólicos por exceso

GRÁFICO NO. 17

PESO Y TALLA DE LOS NIÑOS.

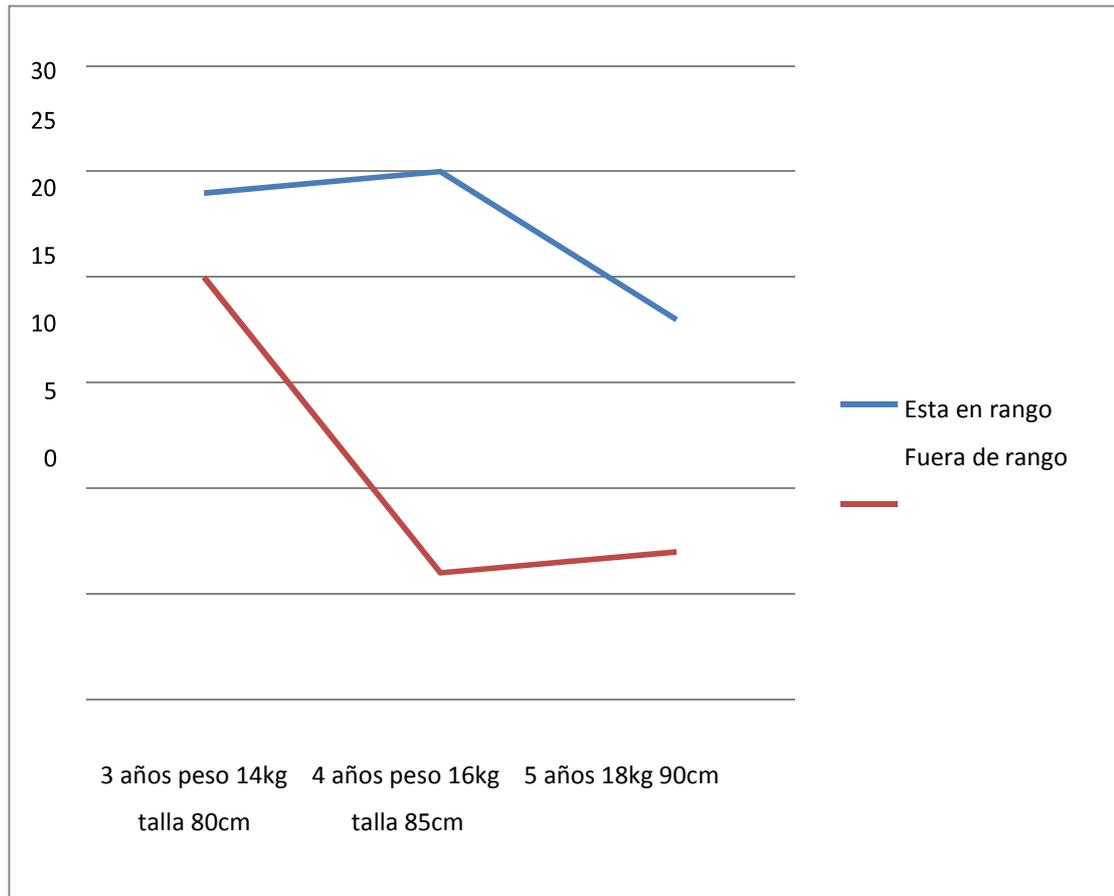


Fuente: Medidas antropométricas (peso-talla)

Análisis: En los niños de 5 años de edad, se observa que el mayor % está en rango del peso para su talla, esto concuerda con los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

GRÁFICO NO. 18

PESO Y TALLA DE LOS NIÑAS.



Análisis: Se observa que el mayor % de las niñas está en rango del peso y talla, en los niños de 5 años de edad, se considera normal según las referencias de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

CONCLUSIONES

En la presente investigación determinamos, en base de la encuesta realizada a los padres de familias de niños de 3 a 5 años, que presentaron sobrepeso y se estudiaron desnutrición en algunos; aparecen como principales factores asociados: en primer lugar el sedentarismo puesto que los niños no tienen un horario controlado de uso de los medios de entretenimiento y, pueden hacerlo a cualquier hora y el tiempo que deseen, no realizan ejercicios físicos ni caminan distancias que sirvan como tal, sólo el 30 % practica deportes diariamente de 2 a 4 horas, esto contrasta con la sobrealimentación con más de tres comidas diariamente, tipo de alimentación y forma de presentación de los diferentes nutrientes, lo que incrementa el riesgo de padecer obesidad o sobrepeso.

Los hábitos alimenticios, muestran la influencia sobre el aumento de peso puesto que su dieta diaria esta es rica en carbohidratos como el arroz, pan y abundantes frituras, lo que es importante a tener en cuenta para planificar intervenciones de Enfermería comunitaria; para realizar una valoración con un enfoque interdisciplinario (psicología; trabajo social; genética, nutrición) y realizar el seguimiento respectivo a estos menores pues como ya se ha mencionado estadísticamente suelen mantener el problema hasta la edad adulta.

Por otra parte, se presenta un reto que precisa la definición de la participación tanto de las entidades del estado como de los protagonistas implicados, en la problemática del sobrepeso y desnutrición infantil para prevenir las

alteraciones metabólicas que a largo plazo estos trastornos producen, observados en este estudio, lo que no será posible sin un plan integral a mediano o largo plazo puesto que los actuales no están arrojando resultados satisfactorios .

Como datos importantes se destaca el porcentaje de obesidad y sobrepeso en los niños y niñas de 5 años, lo que concuerda con los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y muestra que a pesar de la marcada influencia de los factores socioeconómicos en las familias ecuatorianas, tienen acceso a los alimentos y por carecer de una adecuada educación en nutrición sus hijos están en estas instancias, para prevenir la obesidad infantil a partir de cambios en estilos de vida.

RECOMENDACIONES

A la Institución Centro de Salud N°.14 DE GUAYAQUIL.

Fortalecer el programa del MSP :Estrategia Nacional Intersectorial que se ejecuta desde el 2012 , a través de una vision integral de las niñas y los niños de 3 a 5 años,considerando las condiciones de vida,la estimulación temprana la educación , nutrición como factor fundamental y el afecto durante la primera infancia que condicionan el future de la persona.

Actualización de los conociminetos sobre el árbol de problemas de nutrición de la UNICEF, que abarca causas, factores y consecuencias de trastornos nutricionales para los niños de estas edades.

Revisar de manera detallada los paramétros que contiene el protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña , del MSP de la coordinación nacional de nutrición que aborda con claridad y precision estos aspectos.

REFERENCIAS

- ABC del Bebé. (21 de Octubre de 2013). *Que hacer si el niño tiene bajo peso (revista en internet)*. Obtenido de <http://www.abcdelbebe.com>: <http://www.abcdelbebe.com/bebe/que-hacer-si-el-nino-tiene-bajo-peso>
- Abeyá, E., Calvo, V., Durán, P., Longo, N., & Mazza, C. (2009). *Evaluación de estados Nutricionales de las niños, niñas y embarazos mediante antropometría*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud ISBN 978-950-38-0093-5.
- Barragan, H. (1 de Abril de 2015). *Las Hipótesis de Investigación Cuantitativas y Cualitativas en las Ciencias Sociales*. Obtenido de Repositorio Tesis Escual Superior Politécnica del Litoral: http://www.fcsh.espol.edu.ec/Hipotesis_HolgerB
- Benavides, M., Bermúdez, S., Berríos, F., Bert, P., Delgado, P., & Castellón, E. (2008). Estado nutricional en niños del tercer nivel de los preescolares: El Jardín de Infancia Rubén Darío y Escuela Rubén Darío de la ciudad de León. *Biblioteca Virtual de desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Volumen 2, Número 2,, 5-12*.
- Bernal Torres, C. (2010). *Metodlogía de la Investigación*. Bogotá: Pearson Educación.
- Burbano, J. C. (2015). Prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso en colegialas de 12 a 19 años en una región semiurbana del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública,, 13(5), 277-284*. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000400002&lng=pt&tlng=es.

- Constitución. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Registro Oficial 449.
- Coyague Iñiguez, J. (Noviembre de 2014). Tesis. Prevalencia y factores asociados de desnutrición crónica en niños de 0 a 10 años de la población zhucay -tarqui período mayo -octubre del 2014. Cuenca, Ecuador: Unidad Titulación, Universidad Católica de Cuenca.
- Díaz, M. (2013). Estado nutricional de los niños y niñas de los centros de desarrollo infantil del instituto del niño y la familia (infa) del área urbana del cantón paute, 2013. *Tesis*. Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas.
- Durán, P. M. (2015). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. *Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)*, Archivos argentinos de pediatría, 107(5), 397-404.
- Figueiras, C. (2006). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. *Organización Panamericana de la Salud*, 55.
- FODI. (2005). *Manual de modalidad del crecimiento de nuestros hijos*. Quito, Ecuador: Ministerio de Bienestar Social.
- FODI. (Diciembre de 2005). Fondo de desarrollo Infantil del Ministerio de Bienestar Social. *Manual de Modalidad de crecimiento con nuestros hijos*. Quito, Pichincha, Ecuador: MBS.
- González Villacis, F. (2016). Estado de Nutrición de niños 3-5 años de edad Centro de Salud No 14 de Guayaquil. En F. González Villacis, *Nutrición en niños* (pág. 78). Guayaquil: UDG- Facultad Medicina Carrera de Enfermería San Vicente.
- INEC. (2010). *Senso Nacional*. Quito: INEC.

- Kaufer-Horwitz, M., & Toussaint, G. (20 de Diciembre de 2015). *Indicadores Antropométricos para evaluar el sobrepeso y Obesidad en pediatría*. Obtenido de Medigraphic: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086i.pdf>
- LODEI. (2011). *Ley Orgánica de Educación Intercultural*. Quito: Registro Oficial No.417.
- Martinez, R. (Diciembre de 2015). *El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú*. Obtenido de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/38538/dp>
- Meléndez, G. (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar*. Colombia: Panamericana.
- Ministerio de Educación. (30 de Octubre de 2013). *Educación Inicial, Crecimiento y Nutrición*. Obtenido de <http://educacion.gob.ec/crecimiento-y-nutricion/>
- Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad. (21 de Octubre de 2013). *Evaluación del Índice corporal en Niños y Niñas España*. Obtenido de <http://www.aecosan.msssi.gob.es>:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/home/aecosan_inicio.shtml
- Nutrinet. (15 de Diciembre de 2015). *Insuficiencia nutricional en el Ecuador*. Obtenido de <http://ecuador.nutrinet.org/ecuador/situacion-nutricional>:
<http://ecuador.nutrinet.org/ecuador/situacion-nutricional/58-las-cifras-de-la-desnutricion-en-ecuador>.
- Sepúlveda, J., Lezama, M., Conyer, R., Valdespino, J., Madrigal, H., & Kúmate, J. (1990). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México; Resultados de una encuesta probabilística Nacional. *Gaceta*

Médica de México, Vol 126, 2007 - 227.

Unicef. (Octubre de 2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas.*

Obtenido de

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf

UNICEF. (2012). *Evaluación del Crecimiento de niños y niñas.* Argentina:

Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia.

Unidad Educativa . (07 de 07 de 2012). Modelo de intervención Educativa.

Principales teoría usadas para la educación . Guayaquil, Ecuador.

Velasco, C. (2006). *Enfermedades Digestivas e los niños.* Cali: Programa

Editorial Universidad del Valle.

Vistazo. (2012). Ecuador Invertirá 34 millones para reducir la desnutrición

infantil. *Vistazo, Ed. febrero, 19.*

ANEXOS

ANEXO N°. 1

CARTA SOLICITANDO AUTORIZACIÓN PARA EL ESTUDIO



Certificado No CQR-1497



CARRERA DE ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

CE- 680 -2015

Guayaquil, 10 de Diciembre del 2015.

Dra. Yolanda Salcedo Faytong
Coordinadora Zona 8

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que las estudiantes **González Monroy Gabriela y Villacis Narváez Luis** quienes se encuentran realizando el trabajo de titulación con el tema "Estado Nutricional en niños de 3 a 5 años de edad en el Centro de Salud N°14 de Guayaquil en el periodo Octubre 2015 a Febrero 2016." realicen la encuesta en la institución que Usted dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente


Lcda. Angela Mendoza Vines
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA
Lcda. Angela Mendoza Vines
Directora (e)

Cc: Archivo

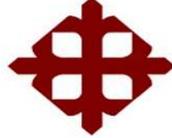
AM/Angie



6118-E.
1701-M
Patricia Fayardo.

ANEXO N°. 2

FORMATO DE LA ENCUESTA REALIZADA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA ENFERMERÍA FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN

**SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5
AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD N°14 DE
GUAYAQUIL.OCTUBRE 2015**

–FEBRERO 2016.

Estamos realizando, un estudio sobre el estado nutricional en niños de 3 a 5 años, por lo que su colaboración al contestarme estas preguntas es de mucha importancia.

Fecha del llenado: _____

I. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y ASPECTOS GENERALES.

Fecha de Nacimiento: _____ Edad del niño meses: _____

Sexo: Masculino____Femenino____ Peso kg: _

Talla cms: _____

Edad de la madre _____

¿Quién cuida al niño?

a. Madre _____

b. Cuidador (a) familiar _____especificar parentesco

c. Cuidador (a) no familiar _____especificar relación Edad del cuidador
____años cumplidos

¿Cuál es su relación con el niño?

a. Familiar

b. No Familiar

c. Otros _____

II. CONFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Actualmente el estado civil de la madre es: Soltera _____ Casada _____ Viuda _____

Divorciada _____ Unión libre _____

Existen conflictos dentro de su núcleo familiar

Si _____ NO _____ Con qué frecuencia _____

III. NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES: (SEGÚN CONVIVENCIA)

Analfabeta _____

Primaria completa _____ Primaria incompleta _____

Secundaria completa _____

Secundaria incompleta _____

Superior completa _____ Superior incompleta _____

IV. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES

Quién aporta económicamente en el hogar: Papá _____ mamá _____ o ambos _____

Trabaja la madre Sí _____ No _____

En qué trabaja la madre del niño:

Quehaceres domésticos Empleada publica Empleada privada Jornalera

Comerciante Estudiante

Cuánto gana mensualmente la madre: Salario básico: _____ Salario _____ Trabaja el padre
Si _____ No _____

En qué trabaja el Padre _____

Cuánto gana mensualmente el padre: Salario básico: _____ Salario _____ Cuál es el ingreso
familiar promedio total _____

V. Condiciones de la vivienda:

Material del cual están hechas las paredes:

Ladrillo----- Bloque----- Madera----- Cartón----- Plástico----- Zinc----- Material del cual
esta hecho el techo:

Teja----- Nicalit----- Zinc----- Plástico----- Material del cual es el piso:

Ladrillo----- Embaldosado----- Suelo----- Cerámica-----

VI.- PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Cuántas veces al día ingiere alimentos el niño.

_____ 2 _____ 3 5 o más veces _____

Almuerzo	Sopa Porción de arroz Carne Pescado Ensalada Jugo
Merienda	Porción de arroz Pollo Huevo Ensalada Jugo o colada
Refrigerios entre las comidas Tipo de frutas	Guineo Manzana Pera uvas plátano

ANEXO N°. 3

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE FAMILIA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nosotros **Villacis Narváez Luis Fernando y González Monroy Gabriela Cristina** somos estudiante de la Escuela de Enfermería de la **Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Santiago**, me encuentro visitando el Centro de Salud donde su hijo/a es atendido, para realizar una investigación sobre el estado nutricional de los niños/as que acuden a esta consulta en el área urbana de Guayaquil, mediante la toma de medidas antropométricas de peso y talla e Índice de masa corporal.

Para obtener el peso de los niños(as) de 3 a 5 se utilizará una balanza de pie o báscula, para la toma de esta medida el niño(a) debe encontrarse con la mínima cantidad de ropa (ropa interior o pañal limpio) y para obtener la talla de niños(as) de 3 a 5 se utilizará un tallímetro, y se medirá al niño(a) descalzo y sin medias, ya que estas pueden ocultar un levantamiento ligero de los talones, en caso de que su niña esté con el cabello recogido e impida la toma exacta de la talla se procederá a retirar el lazo, una vez tomada la talla se le colocará nuevamente.

Esta evaluación no tiene ningún riesgo sobre la integridad física de su hijo(a) o (representado) y no tendrá costo alguno. Así mismo, toda la información obtenida de ésta, será utilizada únicamente con fines académicos y luego archivada con carácter de confidencial de tal forma que no atentará a los derechos sobre la privacidad de ustedes y su hijo(a).

La realización de esta evaluación se sujetará, a todas las normas en vigencia y de hecho se cumplirá en apego a los procedimientos especificados por los especialistas. El beneficio que significará la realización de esta evaluación no va más allá de la consideración de tener un diagnóstico nutricional correcto. Por todo lo señalado, con nuestra firma y número de documento de identidad expresamos libre e incondicionalmente el consentimiento para se realice la evaluación nutricional a nuestro hijo (a).

YO.....

PORTADOR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD NÚMERO.....

PADRE O MADRE DEL MENOR..... **AUTORIZO QUE MI REPRESENTADO FORME PARTE DE LA INVESTIGACIÓN**

FIRMA..... **FECHA DÍA**..... **MES**.....**AÑO**.....

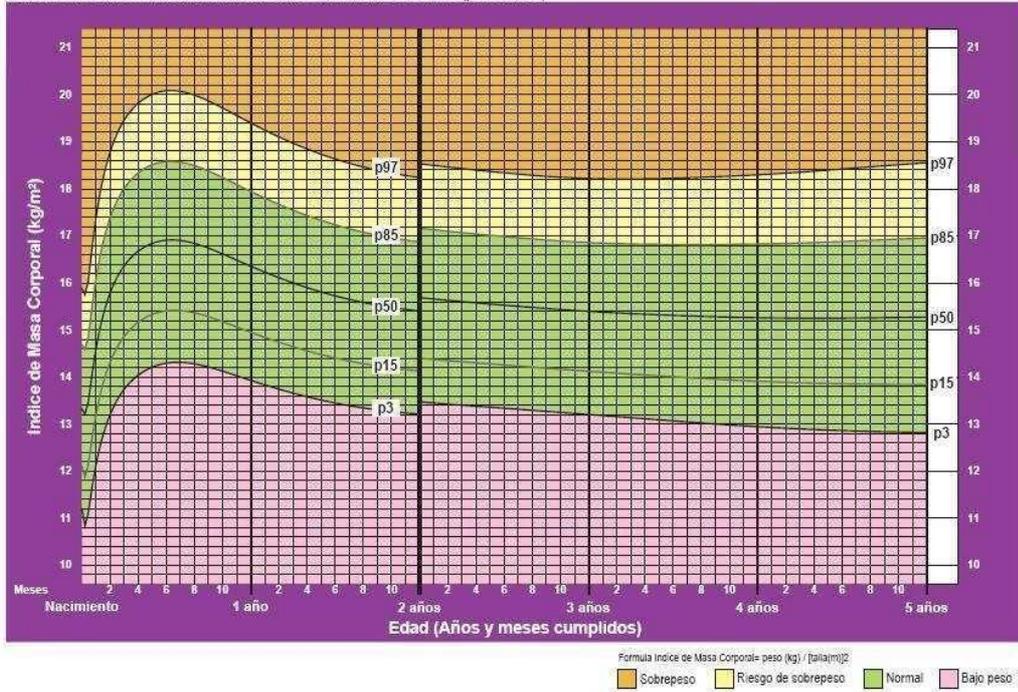
ANEXO Nº 4.

Patrones de crecimiento Infantil de la OMS

Nacimiento a los 5 años (percentiles)

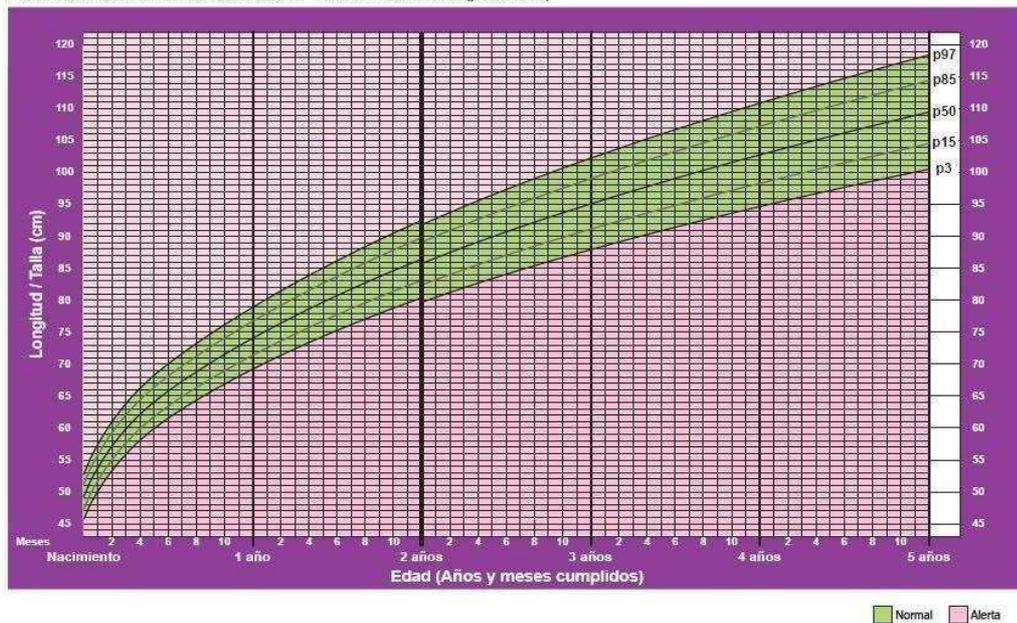
Indice de Masa Corporal - NIÑAS

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



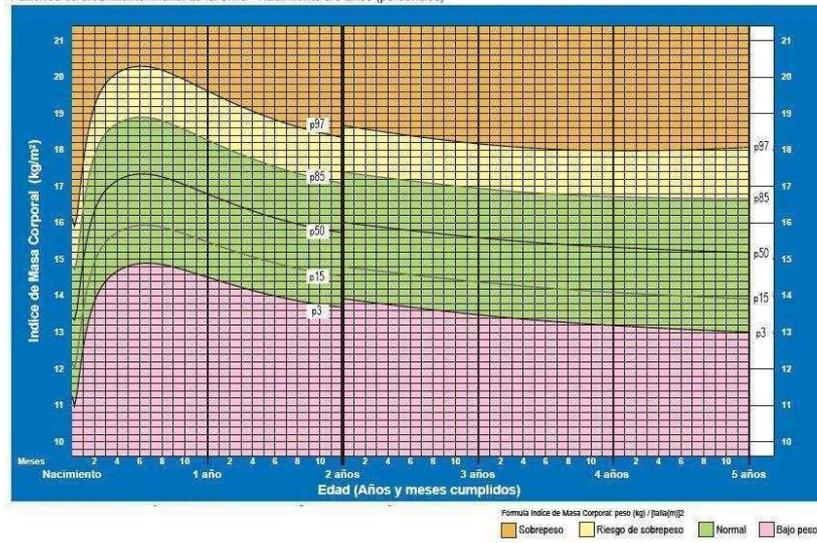
Longitud/talla para la edad - NIÑAS

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



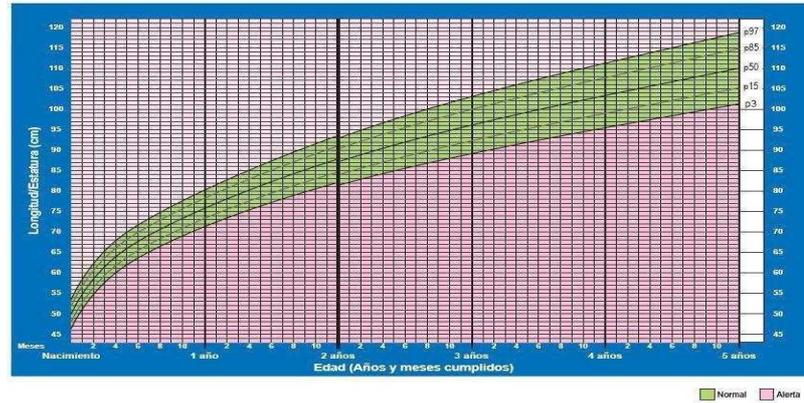
Índice de Masa Corporal - NIÑOS

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



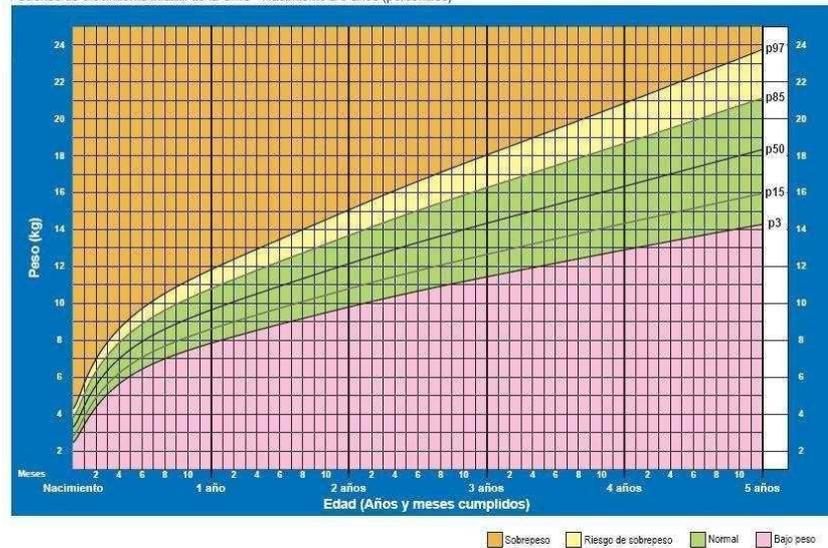
Longitud/talla para la edad - NIÑOS

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



Peso para la edad - NIÑOS

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



ANEXO Nº 5

FOTOS







URKUND

Document: PROYECTO DE TESIS Q1W 2-03-2016 (3).docx (913179136)
Submitted: 2016-03-03 12:28 (05:00)
Submitted by: eljor115@gmail.com
Receiver: eljor115@gmail.com
Message: Hola Elizabeth buenas noches soy Diana Pazmiño Show full message
Of this approx. 30 pages long document consists of text present in 0 sources.

Rank	Path\Filename
1	TESS.Ara. Oct. 14.docx
2	JOSE NICOLAS USIBOZOTA CENSO RIOS SEGUNDO HOSPITALARIA.docx
3	PROYECTO DE CENSO.docx
4	http://www.hsph.harvard.edu/publication-domestic-fine-we-ecoador-corruption-03.docx
5	http://www.monografias.com/trabajos4/infeccion/infeccion/infeccion.html
6	tesis de Giga 1.docx
7	orkund.docx

prg" ("MERCEFORIATWET

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CASERERA DE ENFERMERIA - SAN VICENTE DE PAUL - AUTORIZACION No.
Diana Elizabeth Pazmiño Pinauve Autoriza a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la
publicación en la

Biblioteca de la institución del Trabajo de Tesis Incidentes de Infecciones Nosocomiales del Adulto
Mayor del Hogar Corazón de Jesús,

cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y
totalmente Guayaquil, a los ()
días () meses de (mes) del año (año) 2016 ()

A: _____ Diana Elizabeth Pazmiño Pinauve AGRADECIMIENTO El presente
trabajo de tesis se lo dedico a Dios por haberme permitido llegar hasta donde he llegado adquirir
experiencia y conocer personas que me brindaron sus conocimientos como lo fueron los colaboradores de las
diferentes instituciones en las cuales realice mi trabajo. Agradezco a mi madre fuente de apoyo con confianza e
 incondicional de todo mi vida y más aún en mis momentos de carrera profesional, que sin su ayuda hubiera
 sido imposible culminar mi profesión. A mi padre y mi hijo que siempre estuvieron apoyándome y dándome
 ánimos para seguir adelante y esa persona especial que ocupa un lugar importante en mi corazón gracias por
 tu dedicación. A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por darme la oportunidad de estudiar y ser un
 profesional a mi profesión de enfermera. Diana Elizabeth Pazmiño Pinauve

See attached

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: PROYECTO DE TESIS DIXY 2-03-2016 (3).docx (D18379136)
Submitted: 2016-03-09 04:28:00
Submitted By: elypaz115@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD N0.14 DE GUAYAQUIL. OCTUBRE 2015 –FEBRERO 2016,		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Villacis Narvaéz Luis Fernando González Monroy Gabriela Cecilia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dra. Amarilis Pérez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Escuela de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de Marzo	No. DE PÁGINAS:	91
ÁREAS TEMÁTICAS:	El Estado De Nutrición De Niños En El Centro De Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Nutrición, Encuesta Centro de Salud		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de evaluar el estado nutricional de un grupo de 50 niños de 3 a 5 años que fueron atendidos en el Centro de Salud N^o.14 de Guayaquil, en la República del Ecuador. El universo de trabajo estuvo conformado por 50 niños atendidos entre octubre 2015 y febrero 2016. Se tomaron diferentes variables en consideración como la edad, relaciones familiares y tipo de alimentación, indicadores antropométricos para los que se emplearon peso (en kilogramos) y talla (en centímetros). La presente investigación persigue contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de los niños comprendidos entre estas edades. Para obtener la información se aplicaron encuestas a los padres de los niños donde se recogieron todos los parámetros estudiados; cálculo de IMC (Índice de Masa Corporal) a población de estudio entre otros. Los resultados fueron importantes como el nivel del sedentarismo relacionado con uso de medios de entretenimiento que es un factor asociado predominante así como los hábitos alimenticios y dentro de ellos una dieta mal equilibrada que según datos se basa mayormente en hidratos de carbono.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0968267602/0989904221	E-mail: f.jesus5-78@hotmail.com /Gabi-bb14@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dra. Amarilis Pérez	
	Teléfono: 0983183101	
	E-mail: licearita@gmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, Villacis Narvaéz Luis Fernando, con C.C: # 091820719-2 y Gonzalez Monroy Gabriela Cecilia con C. C.# 0950390047 autores del trabajo de titulación: Estado Nutricional en Niños de 3 a 5 años de edad En el Centro de Salud N°.14 De Guayaquil. Octubre 2015 –Febrero 2016, previo a la obtención del título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de marzo de 2016

Villacis Narvaéz Luis Fernando

C.C: 091820719-2

Gonzalez Monroy Gabriela Cecilia

C. C. 0950390047