



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

**TEMA:**

**Evaluación del registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional de neonatos y lactantes en el área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra durante los meses de Mayo a Septiembre del 2016.**

**AUTORES:**

**Jordán Córdova Ana Cristina  
Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de  
LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

**TUTOR:**

**Pérez Schwass, Lía Dolores**

**Guayaquil, Ecuador  
15 de septiembre del 2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Jordán Córdova, Ana Cristina y Noblecilla Saverio, Ingrid Ivanna** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**.

### **TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Pérez Schwass, Lía Dolores**

### **DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Celi Mero, Martha Victoria**

**Guayaquil, a los 15 días del mes de septiembre del año 2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Jordán Córdova, Ana Cristina y Noblecilla Saverio,**  
**Ingrid Ivanna**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Evaluación del registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional de neonatos y lactantes en el área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra durante los meses de Mayo a Septiembre del 2016**, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 15 días del mes de septiembre del año 2016**

### **LAS AUTORAS**

f. \_\_\_\_\_  
**Jordán Córdova, Ana Cristina**

f. \_\_\_\_\_  
**Noblecilla Saverio, Ingrid Ivanna**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Jordán Córdova, Ana Cristina y Noblecilla Saverio,**  
**Ingrid Ivanna**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Evaluación del registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional de neonatos y lactantes en el área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra durante los meses de Mayo a Septiembre del 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 15 días del mes de septiembre del año 2016**

**LAS AUTORAS:**

f. \_\_\_\_\_  
**Jordán Córdova, Ana Cristina**

f. \_\_\_\_\_  
**Noblecilla Saverio, Ingrid Ivanna**

# URKUND

1%

**URKUND**

Documento: [Jordán-Noblecilla.docx](#) (D21670421)

Presentado: 2016-09-08 23:56 (-05:00)

Presentado por: MARIA ORTEGA (marynarcy2012@gmail.com)

Recibido: maria.ortega05.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: Análisis Jordán Noblecilla [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de esta aprox. 27 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 4 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	<a href="#">TESIS.docx</a>
	<a href="http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10883/5672/1/AnropometriaC3%ADa%201...">http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10883/5672/1/AnropometriaC3%ADa%201...</a>
	<a href="http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v52n3/v52n3a9.pdf">http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v52n3/v52n3a9.pdf</a>
	<a href="http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf">http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf</a>

Fuentes alternativas

La fuente no se usa

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

87% #1 Activo

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA TEMA: EVALUACIÓN DEL REGISTRO ANTROPOMÉTRICO PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES DE 0 A 2 AÑOS EN EL ÁREA DE PREPARACIÓN DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA, DURANTE LOS MESES DE MAYO A AGOSTO DEL 2016. AUTORES: Jordán Córdova Ana Cristina Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna

Trabajo de titulación

previo

a la obtención del grado de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA TUTOR: Dra. Pérez Schwass Lia Guayaquil, Ecuador 8 de julio del 2016

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo

de titulación, fue realizado en su totalidad por Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética.

TUTORA

f. \_\_\_\_\_ Dra. Pérez Schwass Lia DIRECTORA DE LA CARRERA f. \_\_\_\_\_  
Dra. \_\_\_\_\_ Pérez Schwass, Lia Dolores DIRECTORA DE LA CARRERA f. \_\_\_\_\_

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TESIS LEÓN BECERRA.d... 87%

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA TEMA: EVALUACIÓN DEL REGISTRO ANTROPOMÉTRICO PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES DE 0 A 2 AÑOS EN EL ÁREA DE PREPARACIÓN DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA, DURANTE LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2016. AUTORES: Jordán Córdova Ana Cristina Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna

Trabajo de titulación

previo

a la obtención del grado de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA TUTOR: Pérez Schwass, Lia Dolores Guayaquil, Ecuador 12 de septiembre del 2016

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo

de titulación, fue realizado en su totalidad por Jordán Córdova, Ana Cristina,

como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética.

TUTORA

f. \_\_\_\_\_ Pérez Schwass, Lia Dolores DIRECTORA DE LA CARRERA f. \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTO**

Primero agradezco a Dios por darme la fortaleza y perseverancia en cada momento de mi vida universitaria, llegando a estar a un paso de obtener el título de Licenciada. A mis padres y hermana quienes me brindaron parte de su espacio y tiempo en todo momento que lo necesite. Agradezco a mi abuelito quien me acompañó durante el proceso de titulación dándome su apoyo y amor incondicional. También a mis amigos quienes estuvieron en todo instante, alegrándose por mis logros. A la Dra. Lía Pérez quien nos orientó y aportó con sus conocimientos.

**Jordán Córdova, Ana Cristina**

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de investigación se lo debo agradecer en primer lugar a mi familia, por su apoyo incondicional y paciencia en esta larga travesía, le debo mis logros a Dios por darme la fortaleza de seguir adelante sin decaer.

A mis profesores por motivarme a aprender, por su dedicación y por el empeño que pusieron todos ellos, para que logremos ser mejores profesionales. A mis amistades que me animaron a seguir adelante, cuando quería rendirme. Pero principalmente debo agradecerle a mi hermana mayor, Larissa Noblecilla Saverio, que nunca dejo de creer en mí y ahora yo me he convertido en su ejemplo a seguir.

**Noblecilla Saverio, Ingrid Ivanna**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedico a mi abuelita que, aunque no se encuentre conmigo, estaría muy orgullosa y feliz de mis logros. Desde que nací hasta sus últimos días me enseñó valores que me hacen la persona que soy; poniendo una partecita de ella en mí. Enseñándome el verdadero valor de una familia “la unidad”. Quien se convirtió en uno de mis motivos para seguir adelante cuando creía que no podía.

**Jordán Córdova, Ana Cristina**



## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo, principalmente a mis padres Iván y Larissa, quienes me dieron siempre la fuerza para seguir adelante y poder culminar mis estudios y poder llegar a este punto de mi vida, para poder convertirme en la persona que hoy en día soy. También deseo dedicar este logro a mi abuela Graciela que siempre ha creído en mí, a mi hermana Larissa, a mi prima Carolita que es como mi hermana menor y a mi adorada sobrina Agustina, ya que ellas son la principal razón que tengo para querer ser mejor cada día.

**Noblecilla Saverio, Ingrid Ivanna**



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LÍA DOLORES, PÉREZ SCHWASS**

TUTOR

f. \_\_\_\_\_

**MARTHA VICTORIA, CELI MERO**

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**LUDWIG ROBERTO, ÁLVAREZ CORDOBA**

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

# ÍNDICE GENERAL

URKUND .....	VI
AGRADECIMIENTO .....	VII
AGRADECIMIENTO .....	VIII
DEDICATORIA .....	IX
DEDICATORIA .....	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	XI
RESUMEN .....	XIX
ABSTRACT .....	XX
INTRODUCCIÓN .....	21
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
2. OBJETIVOS .....	25
2.1 Objetivo general .....	25
2.2 Objetivos específicos .....	25
3. JUSTIFICACIÓN .....	26
4. MARCO TEÓRICO .....	28
4.1 Marco referencial .....	28
4.2 Marco teórico .....	30
1. Estado nutricional .....	30
2. Antropometría .....	31
3. Técnicas antropométricas .....	31
3.1 Peso .....	31
3.2 Estatura .....	32
3.3 Perímetro cefálico .....	33

3.3.1 Técnica .....	33
3.4 Perímetro de brazo.....	33
3.4.1 Técnica .....	34
3.5 Pliegue cutáneos.....	34
3.5.1 Técnica .....	35
4. Indicadores de crecimiento y desarrollo.....	35
4.1 Peso para la edad .....	35
4.2 Talla para la edad.....	36
4.3 Peso para la talla.....	37
4.4 Índice de masa corporal .....	37
5. Valoración bioquímica.....	38
6. Valoración física.....	39
7. Neonato .....	41
7.1 Valoración del crecimiento físico .....	43
7.2 Lactancia materna.....	44
8. Lactante .....	45
8.1 Crecimiento y desarrollo normales .....	46
8.2 Necesidades energéticas .....	47
8.3 Necesidades proteicas .....	47
8.4 Grasas.....	48
8.5 Ablactación.....	48
8.6 Desarrollo fisiológico y cognitivo .....	49
8.7 Gustos alimenticios .....	51
8.8 Desarrollo de habilidades de alimentación en lactantes.....	51
8.9 Conductas de alimentación en lactante.....	53

9. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	54
10. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES.....	55
11. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	58
11.1 Justificación de la elección del diseño.....	58
11.2 Población y muestra.....	58
9.2.1 Criterios de inclusión.....	58
9.2.2 Criterios de exclusión.....	59
11.3 Técnicas e instrumentos de recogida de datos .....	59
11.3.1 Técnicas .....	59
11.3.2 Instrumentos .....	59
12. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	60
13. CONCLUSIONES .....	77
14. RECOMENDACIONES.....	78
15. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA.....	79
BIBLIOGRAFÍA.....	86
ANEXOS.....	91

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Diagnóstico Nutricional de Niñas de 0 a 2 años.....	61
Tabla 2 Diagnóstico Nutricional de Niños de 0 a 2 años.....	63
Tabla 3 Diagnóstico Nutricional Federico Gómez P/E de Niñas de 0 a 2 años .....	65
Tabla 4 Diagnóstico Nutricional Federico Gómez P/E de Niños de 0 a 2 años .....	67
Tabla 5 Diagnóstico Nutricional Waterlow T/E de Niñas de 0 a 2 años .....	69
Tabla 6 Diagnóstico Nutricional Waterlow T/E de Niños de 0 a 2 años .....	71
Tabla 7 Diagnóstico Nutricional Waterlow P/T de Niñas de 0 a 2 años .....	73
Tabla 8 Diagnóstico Nutricional Waterlow P/T de Niños de 0 a 2 años .....	75

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Diagnostico Nutricional de Niñas de 0 a 2 años. ....	61
Gráfico 2 Diagnostico Nutricional de Niños de 0 a 2 años .....	63
Gráfico 3 Diagnostico Nutricional Federico Gómez P/E de Niñas de 0 a 2 años. .....	65
Gráfico 4 Diagnostico Nutricional Federico Gómez P/E de Niños de 0 a 2 años. .....	67
Gráfico 5 Diagnostico Nutricional Waterlow T/E de Niñas de 0 a 2 años.....	69
Gráfico 6 Diagnostico Nutricional Waterlow T/E de Niños de 0 a 2 años.....	71
Gráfico 7 Diagnostico Nutricional Waterlow P/T de Niñas de 0 a 2 años.....	73
Gráfico 8 Diagnostico Nutricional Waterloo P/T de Niños de 0 a 2 años. ....	75

## ÍNDICE DE CURVAS

Curva 1 Percentiles peso por edad y estatura por edad: niñas de nacimiento a 36 meses. ....	91
Curva 2 Percentiles peso por edad y estatura por edad: niños de nacimiento a 36 meses. ....	92
Curva 3 Percentiles circunferencia de cabeza por edad y peso por estatura: niñas de nacimiento a 36 meses.....	93
Curva 4 Percentiles de circunferencia de cabeza por edad y peso por altura: niños de nacimiento a 36 meses.....	94



## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1 Pautas para el desarrollo en niños de 1 a 3 meses .....	95
Imagen 2 Pautas para el desarrollo en niños de 4 a 6 meses .....	95
Imagen 3 Pautas para el desarrollo en niños de 7 a 9 meses .....	97
Imagen 4 Pautas para el desarrollo en niños de 10 a 12 meses .....	98
Imagen 5 Pautas para el desarrollo en niños de 14 a 18 meses .....	99

## RESUMEN

Se observó en el área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra que parte del personal de enfermería no está capacitado para realizar tomas antropométricas, por lo cual el objetivo de este estudio fue evaluar el registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional. El estudio fue no experimental de corte transversal, diseño descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo. La muestra fue de neonatos y lactantes, 41 de sexo femenino y 48 de sexo masculino que asistieron al área de preparación previo a la consulta externa. En el resultado de las niñas se evidencio un 39.02% eutrofia, 31.71% desnutrición y 29.26% sobrepeso y obesidad. En el caso de los niños se evidencio gran porcentaje en desnutrición: 4.17% desnutrición aguda, 16,67% desnutrición crónica inicial, 4.17% desnutrición crónica, 2.08% desnutrición crónica activa, 25% desnutrición crónica previa. Hubo un 27.08% de eutrofia, 14.58% de sobrepeso y 6.25% de obesidad. Se concluye que hay gran porcentaje de niños con desnutrición debido a que estén pasando por un cuadro infeccioso o alguna enfermedad. De acuerdo a este resultado se propuso una guía para el personal de enfermería y se recomendó que haya una licenciada en nutrición para el diagnóstico nutricional.

**Palabras clave: RECIÉN NACIDOS; LACTANTES; DESNUTRICIÓN; SOBREPESO; OBESIDAD.**

## **ABSTRACT**

It has been observed in the external area or consulting preparation of Leon Becerra's hospital that part of the nursery is not prepared to take anthropometric tests, from which the objective of this study was to evaluate the antropometric register, in order to make a nutritional diagnose. The study was not experimental of short transcendence, descriptive design, with a qualitative and quantitative focus. The tests demostrates that 89 newborn and infant, 41 were females and 48 males assisted in the area of preparation before the external consult. From the 100% of females, 39.02% have eutrophia, 31.71% of malnutrition, and 29.26% of overweight and obesity. In the case of male infant, it is evidenced a high percentage on malnutrition: 4.17% chronic malnutrition, 2.08% active and chronic malnutrition, 25% previous malnutrition. There has been 27.08% of eutrophia. In conclusion, there have been a high percentage of infant with malnutrition due to an infection. According to this result, it has been proposed a guide for experts in nursery and it is recommended that there should be a licensed nutritionist for the nutritional diagnose.

**Key words: NEWBORN; INFANT; MALNUTRITION, OVERWEIGHT, OBESITY.**

## INTRODUCCIÓN

La antropometría se basa en un grupo de mediciones técnicas organizadas que expresan cuantitativamente las dimensiones del cuerpo humano. De manera frecuente la antropometría es conocida como la herramienta tradicional y posiblemente básica de la antropología biológica; pero tiene una larga tradición de uso en la Gimnasia y en las Ciencias Deportivas. Ha encontrado un incremento en su uso en las Ciencias Médicas.

La antropometría es una disciplina de gran utilidad en muchas especialidades médicas y no médicas. En medicina y nutrición se utiliza en la práctica clínica y en diferentes tipos de estudios clínicos, metabólicos o epidemiológicos de prevalencia o intervención. El propósito es medir el aumento de masa celular, tisular y corporal desde la gestación hasta el término de la pubertad, expresada como crecimiento físico para conocer efectos sobre la salud.

El peso es el que mide la masa corporal y la talla mide la estatura, destacan como las más frecuentes, seguidas de otras como los perímetros cefálicos, del brazo, torácicos y la circunferencia de cintura. (Flores Huerta, 2006)

El estado nutricional refleja el grado en el que se satisfacen las necesidades fisiológicas de los nutrientes, la cual dependerá de la ingesta real de alimentos. Existen múltiples factores que determinan el estado nutricional de los individuos entre ellos: la situación económica, conducta alimentaria, emocional, influencia cultural y el estado patológico. (Rodota & Castro, 2012)

En pediatría la evaluación antropométrica del estado nutricional de los niños constituye una parte fundamental de la evaluación clínica no invasiva del estado nutricional. El peso es la medición más utilizada y es muy sensible a los cambios en el equilibrio de los líquidos corporales; sin embargo, como variable única no puede ser considerada un indicador confiable del estado

nutricio. (Castilla Castilla, García García, Rivera Rosas, & Mendoza Zanellaa, 2013)

El presente trabajo de investigación consiste en realizar una evaluación, de cómo se debe realiza la recolección de datos antropométricos en los infantes del Hospital León Becerra de la Ciudad de Guayaquil. La antropometría es una de las herramientas más utilizadas por los especialistas en las áreas de salud, ya que ayuda a realizar una mejor valoración del estado nutricional de los pacientes, para implementar un correcto plan nutricional, en el caso de ser necesario.

Las mediciones deben ser tomadas de manera precisa y estar expresadas en gramos para el peso en el caso de los neonatos, cuando se trate de la medición de la estatura se debe expresar el valor en centímetros; dichas medidas nos van a ayudar a tener una idea más clara del estado en que se lleguen a encontrar a nuestros pacientes pediátricos.

Es importante que al momento de registrar las medidas antropométricas en la ficha clínica; estas no tengan ningún tipo de alteración, en el caso de que se exprese el valor del peso en gramos y este lleve decimales, se deberá anotar, tal cual lo indique la báscula, sin aumentar o disminuir la cantidad de dicho valor.

Siempre se debe tomar en cuenta, realizar la valoración antropométrica tanto al neonato, al lactante y preescolar, es preferible que al momento de que el infante sea ingresado al Hospital por alguna patología o irregularidad, este deba ser pesado y tallado, dichos valores deberán ser registrados en la ficha clínica o su historia clínica, ya que esto ayudara tanto al Médico Pediatra, como al especialista en Nutrición a proceder realizar una valoración de alta calidad, para poder suministrar correctamente, la hidratación y la alimentación, ya sea esta parenteral o enteral en el caso de ser necesario.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado nutricional es una condición fundamental que determina la salud e influye sobre la enfermedad por lo cual, en pediatría, es de vital importancia para variados propósitos clínicos epidemiológicos. Las mediciones antropométricas pueden valorar el crecimiento en forma transversal o longitudinal, y permite obtener información sobre la situación nutricional actual y pasada al realizar comparaciones con patrones o tablas de referencia.

Las medidas básicas para la evaluación del estado nutricional y la comparación posterior del paciente hospitalizado son peso y talla (longitud en menores de 2 años) según la edad y el sexo, perímetro cefálico y perímetro braquial. Cuando estas se combinan el resultado es un índice antropométrico. (Bejarano, Domínguez, González, and Aldeano, 2006)

La presencia de desnutrición en niños hospitalizados se relaciona con aumento de la morbilidad y de la mortalidad, y esto incluye mayor riesgo de infecciones debido a la disminución en la función inmunológica, peor cicatrización, reducción de la función intestinal, pérdida de masa muscular, necesidad de asistencia respiratoria prolongada, mayor estancia hospitalaria y mayores costos en salud.

La antropometría y las curvas de patrones de crecimiento han sido las herramientas utilizadas normalmente para la valoración del estado nutricional. Sin embargo, esta evaluación tiene muchas limitaciones, entre las que cabe mencionar la falta de identificación de los niños en etapas precoces de desnutrición o en riesgo de deterioro del estado nutricional como consecuencia de una condición clínica aguda. (Márquez Costa, Alberici Pastore, 2015)

Existe una gran variedad de cada uno de los instrumentos que se utilizan para tomar las medidas antropométricas. Cada uno tiene diferentes

formas de uso, de lectura, de colocación, de escalas y de unidades de medida. Por lo tanto, entre los requisitos básicos de la antropometría está conocer, familiarizarse y adquirir habilidad en el manejo y lectura de los instrumentos a utilizar. (Peláez, Torre, and Ysunza Ogazón, 1993)

En la práctica Pediátrica, la obtención de los signos vitales y de la somatometría son elementos esenciales para el proceso de diagnóstico terapéutico de todo paciente. Al igual que en otras instituciones u hospitales, la determinación del peso y la talla es una actividad que el personal de enfermería realiza de manera habitual, independientemente de su categoría.

La antropometría estudia las proporciones del cuerpo y las medidas del hombre, por lo que se considera como el indicador más confiable y específico de la nutrición. El peso y la talla o longitud se distingue de la talla, porque se toma cuando el sujeto no puede mantenerse de pie. Como en toda medición, cuando se llevan a cabo las determinaciones del peso y la talla, puede haber errores que se deben a tres fuentes principales, al instrumento, al operador u observador y al propio individuo en quien se realizan las mediciones. (Montesinos Correa, 2014)

En relación a la antropometría, es ampliamente aceptado que para propósitos prácticos este es el método más utilizado para evaluar el estado nutricional de los niños y es de especial importancia en la evaluación de niños en grupos o comunidades. La medición segura del crecimiento y la masa corporal es una herramienta valiosa para la implementación y evaluación de intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar social. (Pérez Camacho M.D., Velasco Benítez M.D., & Parra Izquierdo, 2009)

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Evaluar registro antropométrico para realizar diagnóstico nutricional de neonatos y lactantes del área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra durante los meses de Mayo a Septiembre del 2016.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Evaluar registro antropométrico mediante toma de medidas básicas.
2. Realizar diagnóstico nutricional mediante resultados del registro antropométrico.
3. Capacitar al personal de enfermería del área de preparación de consulta externa.



### 3. JUSTIFICACIÓN

La antropometría es un procedimiento rutinario en las unidades de cuidados neonatales y constituye una parte importante de la evaluación clínica no invasiva del estado de nutrición que permite la identificación de los recién nacidos con afección nutricional y riesgo de complicaciones metabólicas en el periodo neonatal. La antropometría es la herramienta más utilizada para poder realizar una valoración nutricional completa, incluyendo la exploración física, las pruebas bioquímicas entre otras, para poder determinar la existencia de algún problema futuro en la etapa de lactante. Es muy común que se presentes alteraciones en el recién nacido, si este no ha tenido una correcta nutrición en su etapa gestacional.

La antropometría permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia. En el ámbito de poblaciones constituye un elemento valioso para la toma de decisiones en cuestiones de salud pública, a pesar de lo cual es aún poco apreciada. (Rojas Gabulli, 2000)

La nutrición en los primeros meses de gestación, es uno de los factores más importantes, ya que es un condicionante para garantizar un correcto estado nutricional en la vida adulta del neonato. Las habilidades y tradiciones se empiezan a desarrollar a partir del primer año de vida del infante después de la ablactación.

El presente trabajo de investigación que tiene como tema: “*Evaluación del registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional de neonatos y lactantes en el área de preparación de consulta externa del hospital león becerra de la ciudad de Guayaquil durante los meses de mayo a septiembre del 2016.*”, se procede a realizar con el fin de identificar el estado nutricional de los pacientes pediátricos que asisten a consulta externa de esta

institución médica en el periodo del tiempo indicado, con la finalidad de que exista un correcto registro antropométrico de los infantes.

La valoración nutricional es fundamental para poder realizar una evaluación del estado de salud de los pacientes pediátricos, ya que, sin los indicadores correspondientes como el peso y la talla, no se puede proceder a identificar alguna alteración en su desarrollo ponderal.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Marco referencial**

Los estudios antropométricos en los últimos tiempos han progresado considerablemente, desde los estudios estándares en poblaciones infantiles llevados a cabo por Tanner y Whitehouse en Londres o los de la National Center for Health Statistics en EE.UU. en la década de los 70 del siglo pasado. Pronto se comprendió la necesidad de contar con estudios de poblaciones de referencia nacionales o de comunidades para poder así establecer patrones de normalidad más fiables. Entre los múltiples parámetros valorados, incluimos aquí la representación gráfica percentilada de los de mayor utilidad en clínica diaria: Peso (Kg), talla (cm), envergadura (cm), índice de masa corporal, perímetros craneal y braquial, pliegues cutáneos bicipital, tricipital, subescapular, longitudes de brazo, antebrazo, mano, fémur, tibia y pie.

En el año 2007 Chile cambió la referencia NCHS por los nuevos estándares OMS, para evaluar el crecimiento de los menores de 5 años. Por ello, se propuso determinar el impacto del cambio en los indicadores nutricionales. Se estudiaron 982 menores de 5 años del Centro de Salud Familiar de Chillan Viejo, por los indicadores Talla/Edad, Peso/Talla y Peso/Edad, comparados por ambas curvas, en el programa WHO Anthro. Los resultados mostraron diferencias significativas en las medias de todos los indicadores antropométricos aumentó la proporción de niños desnutridos, sobrepeso y obesos, y disminuyeron significativamente los niños con estado nutricional normal. Las horas de consulta nutricional para nutricionistas y médicos aumentaron un 27.7 % y 41.1% respectivamente. Concluyeron que el estándar OMS representa mejor el crecimiento infantil óptimo, aumenta la proporción de niños con exceso y con déficit nutricional, lo que lleva a mayor atención nutricional de los profesionales.(González S. & Pino V., 2010)

Un estudio comparó las curvas de crecimiento para la clasificación de la puntuación Z de talla/edad (T/E), peso/edad (P/E) y peso/talla (P/T) propuesto por el Centro Nacional para Estadísticas Sanitarias (NCHS, 1977), *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC/2000) y la Organización Mundial de la Salud (OMS/2006). Utilizaron una muestra de niños de entre 0 y 5 años de edad hospitalizados en las salas de pediatría de un hospital terciario en Brasil fueron valorados. Se utilizaron ANOVA, Bland & Altman y gráfico de Lin en la comparación de las 3 curvas de crecimiento. Las categorías del estado nutricional se evaluaron. El estudio analizó 337 niños, 65,3% de ellos eran menores de 1 año de edad, 60,2% eran varones y 50% con enfermedades respiratorias agudas. Se obtuvieron puntuaciones Z más bajas de P/E y T/E con la curva de la OMS y más bajo P/T con la tabla del CDC. Observaron una fuerte concordancia entre los 3 criterios, pero más pacientes se clasificaron como "baja estatura" por los criterios de la OMS. Los criterios del CDC y OMS eran más rigurosos que las del NCHS para el diagnóstico de la insuficiencia ponderal (P/E) y la malnutrición (P/T). A pesar de la fuerte concordancia de las 3 curvas, la adopción de los criterios de la OMS parece ser más útil para el diagnóstico nutricional de los niños al ingreso hospitalario. Con esto se hace posible detectar un mayor número de desnutridos o en riesgo nutricional que se beneficiarán de la intervención temprana.(Silveira, Beghetto, Carvalho, & Mello, 2011)

## **4.2 Marco teórico**

### **1. Estado nutricional**

La evaluación del estado nutricional de un paciente permite conocer si la alimentación cubre las necesidades del organismo, observando situaciones de exceso o deficiencia de algún nutriente y en un futuro convertirse en una patología.

La valoración nutricional interpreta datos antropométricos, clínicos, alimenticios y bioquímicos; se utiliza diferentes parámetros para determinar el estado nutricional de los pacientes. La valoración alimentaria es importante realizarla de manera correcta; tomando en cuenta uso de costumbres, consumo habitual y diario de los alimentos. En pacientes ambulatorios o internados se utiliza una historia clínica, un documento médico legal donde se introduce toda la información del paciente. También participan grupos de servicios de salud como médicos, nutricionistas, enfermeras y personal de laboratorio. (Cruz Bojórquez, Barrera Bustillos, Bezares Sarmiento, & Burgos de Santiago, 2012)

Una alimentación inapropiada es comúnmente la causa de desnutrición o sobre-nutrición, por ello la evaluación de los alimentos consumidos, hábitos alimentarios anormales, nivel de actividad y la dificultad para alimentarse; no serán indicadores finales para llegar a un diagnóstico, se necesitará evaluar otros parámetros.

Los cambios en la composición corporal pueden ser analizados por la historia clínica que incluye peso al nacer, pérdida ponderal durante la patología y la recuperación de peso. En la etapa de lactancia los niños tienen un aspecto robusto, producto de la cantidad de grasa distribuida, en los niños con desnutrición severa se observa cambios en esta grasa siendo responsables de las características de las facies.

Los niños con síndromes, enfermedades crónicas o discapacidad, tienen mayor riesgo de presentar deficiencias de macro y micronutrientes, problemas para alimentarse, rechazo a los alimentos o por el uso de medicamentos a largo plazo. Gracias a los indicadores bioquímicos también es posible percibir en niños que aparentan estar sanos deficiencias de algunos nutrientes, por eso el profesional de salud debe conocer las manifestaciones clínicas. (Carroll Lutz, 2011)

## **2. Antropometría**

La antropometría es la técnica más utilizada para evaluar el estado nutricional del paciente, es de fácil uso, económica y sencilla; se debe registrar las medidas exactas para asegurar la adecuada evaluación del crecimiento del individuo. Se ocupa de medir cambios en la composición corporal y en las dimensiones físicas. Los indicadores del estado nutricional corresponden a las mediciones de la talla y el peso, también combinadas entre sí o con la edad.(Dirección Técnica De Demografía E Indicadores Sociales., n.d.)

## **3. Técnicas antropométricas**

### **3.1 Peso**

El peso se registra en libras o kilogramos. Para obtener el peso de los lactantes y niños menores de 2 años se requiere una balanza pediátrica, el niño debe estar en posición supina. Para el peso de niños mayores a 2 años y adultos se requiere una báscula de pie que se aproxime a 100 g o una electrónica. Se recomienda antes de comenzar la medición tarar la balanza. Se indica al infante que se coloque de pie sobre el modelo de plantillas localizadas en la superficie de la balanza con la mínima cantidad de ropa y sin zapatos, indicar que debe estar en posición recta y erguida. En caso de que la báscula sea mecánica ubicar bien las piezas para obtener un buen resultado del peso del infante, caso contrario si la báscula es digital solo habría que leer el resultado que indique. (Rojas Gabulli, 2000)

## 3.2 Estatura

Se mide en pulgadas o centímetros. Los niños menores a 2 años se miden con un instrumento llamado infantómetro, acostados en una posición firme y plana; midiendo la longitud coronilla-talón. Para realizar la medición de la talla en niños de infancia temprana, se realiza de pie en posición vertical, la cual se tomará con un tallímetro. Se debe colocar el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared lisa, es importante recordar que en la superficie de la base exista indicadores como plantillas o dibujos de pies para que el infante sepa, donde y como debe estar de pie en el tallímetro.

Se coloca al infante sobre la base del tallímetro contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas dibujadas, en una posición erguida, con las rodillas rectas y los talones bien juntos. Verificar que no tenga zapatos puestos ni moños o binchas en el caso de las niñas y en los niños retirar sombreros. Verifique que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco y los hombros y espalda toquen la tabla vertical del tallímetro.

Los talones no deben estar elevados y los brazos deben colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos. Indicarle al menor que mire hacia el frente y luego sostener el mentón para mantener la cabeza firme y pedir que respire hondo sin levantar los hombros. Con la mano derecha se desliza la pieza movable hacia la coronilla de la cabeza, hasta que se pueda apoyar delicadamente sobre esta. (Landino Meléndez N.D. & Velásquez Gaviria M.D., 2016)

Tener presente que el niño no curve la espalda formando una joroba. Una vez que el niño se encuentre en la posición correcta se procede a hacer la toma de la medida, que marca la pieza movable colocándose delante de esta para poder anotar el valor con una aproximación del 0.1 cm. Se procede a retirar la pieza movable de la cabeza del niño y se retira la mano del mentón del infante. Se revisa el valor anotado y se procede a volver a realizar el mismo

procedimiento para validarlo. Se compara con la primera medida anotada y se comprueba si existe una variación de 0.5cm, si el valor es mayor, se procede a realizar una tercera medición de la talla y se promedian los dos valores obtenidos, que tengan una variabilidad de hasta 0.5 cm. (Ministerio De Salud Pública Del Ecuador & Coordinación Nacional, 2012)

### **3.3 Perímetro cefálico**

Indica el desarrollo neurológico evaluando de forma indirecta la masa cerebral. El perímetro de un recién nacido disminuye 0.5 cm por la pérdida de líquido extracelular. En los recién nacidos se espera una ganancia de 0.5 cm a la semana durante los tres primeros meses. El perímetro normal es de 34 a 37 cm. La disminución del perímetro cefálico indica microcefalia, craneoestenosis y prematuridad; y si aumenta se relaciona con hidrocefalia o hemorragia intraventricular. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2013)

#### **3.3.1 Técnica**

1. Se debe quitar gorro o cualquier objeto que obstaculice la medición.
2. Se procede usando una cinta métrica de 5 a 7 mm de ancho.
3. La cinta debe ser colocada en la circunferencia máxima de la cabeza, tomando como puntos de referencia la glabella y occipucio.
4. Se sostiene la cinta tensa aplastando el cabello sobre el cráneo, a modo de lograr el perímetro máximo.
5. Una vez colocada la cinta correctamente la lectura se realiza al último milímetro completo.

### **3.4 Perímetro de brazo**

El perímetro braquial facilita información sobre el contenido de masa grasa y muscular. Se relaciona con el crecimiento, aumento de reservas corporales y desarrollo físico de los neonatos. Este indicador detecta cambios



apresurados en la composición corporal y grasa subcutánea. Debe observarse aumentos semanales de 0.5 cm, se considera normal cuando hay una relación mayor a 0.31 cm, pero si se encuentra menor a 0.25 cm demuestra un estado de desnutrición. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2013)

### **3.4.1 Técnica**

1. Se mide tomando como referencia el punto medio entre el acromion y olecranon, el brazo debe estar en ángulo de 90°.
2. Se usa una cinta métrica con un grosor menor a 0.7 cm y precisión de 1 mm
3. El brazo estará relajado y extendido en posición horizontal, se comenzará a realizar la medición sin ejercer presión, torneando la circunferencia del brazo.

### **3.5 Pliegue cutáneos**

Esta técnica sencilla se toma para conocer la cantidad de grasa corporal en los recién nacidos. Se evalúa el estado nutricional midiendo el pliegue cutáneo tricipital, pero también se estima un porcentaje de grasa corporal con la sumatoria del pliegue bicipital, supra-ílica y subescapular. Para comenzar con la medición es indispensable que el neonato este hidratado. Cuando el neonato tiene 36 horas de nacido se cuenta 15 segundos haciendo presión con el plicómetro, esperando que se elimine el líquido extra del pliegue. Es necesario que cuando se tome la medición se estabilice totalmente el plicómetro, así se evitará errores y habrá mayor confiabilidad. Mediante el niño crece, va perdiendo líquido extracelular por lo que es necesario esperar unos segundos hasta que el plicómetro estabilice. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2013)

### **3.5.1 Técnica**

- 1 Se tiene como referencia en el caso del pliegue cutáneo bicipital el bíceps y pliegue tricipital el tríceps.
- 2 Para la toma del bicipital debe estar en posición supina, brazo levemente separado del cuerpo. En la medición del tricipital estará en posición supina, ligeramente de lado derecho y con el brazo izquierdo sutilmente flexionado.
- 3 Procediendo a la medición se toma el pliegue con el dedo índice y pulgar centímetros encima del punto medio, colocando el plicómetro en la marca; se espera hasta que el plicómetro se estabilice.

## **4. Indicadores de crecimiento y desarrollo**

- Peso para la edad
- Talla para la edad
- Peso para la talla
- Índice de masa corporal

### **4.1 Peso para la edad**

Compara al individuo en relación con los datos de referencia de peso obtenido a una edad específica. El bajo peso para la edad indica bajo peso para una edad específica considerando un patrón de referencia. Refleja desnutrición crónica y aguda. Este indicador no es capaz de distinguir entre ambas; pero señala la desnutrición global. Este indicador puede ser útil en niños menores de seis meses, en los que el incremento de peso es sensible en periodos cortos. (Montesinos Correa, 2014)

<b>Clasificación</b>	<b>Percentil</b>
Desnutrición severa	<p5
Desnutrición moderada	P5 hasta p10
Desnutrición leve	P11 hasta p25
Eutrófico	P26 hasta p75
Sobrepeso	P76 hasta el p95
Obesidad	>p95

Fuente: (Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, & National Center for Health Statistics, 2002)

## 4.2 Talla para la edad

La baja talla para la edad refleja la desnutrición crónica. Para menores de dos años se emplea el término longitud para la edad. Se asocia con una variedad de factores que producen una ingesta insuficiente y crónica de proteínas, energía, vitaminas y minerales. En mayores de dos años puede ser irreversible. La baja talla para la edad ha sido identificada como un indicador para medir los problemas de desarrollo de la niñez, por su estrecha relación con problemas de aprendizaje, deserción escolar y, a la larga, déficit en la productividad del individuo adulto. (Montesinos Correa, 2014)

<b>Clasificación</b>	<b>Percentil</b>
Retraso en el crecimiento grave	<3
Retraso en el crecimiento moderado	P3 hasta p10
Retraso en el crecimiento leve	P11 hasta p25
Eutrófico	P26 hasta p75
Talla alta	P76 hasta el p97
Talla muy alta	>p97

Fuente: (Department of Health and Human Services et al., 2002)

### 4.3 Peso para la talla

Indica lo apropiado del peso del individuo comparado con su propia altura. Este cociente valora con más precisión la constitución corporal y distingue la desnutrición aguda y de la crónica. (Montesinos Correa, 2014)

<b>Clasificación</b>	<b>Percentil</b>
Desnutrición severa	<p5
Desnutrición moderada	P5 hasta p10
Desnutrición leve	P11 hasta p25
Eutrófico	P26 hasta p75
Sobrepeso	P76 hasta el p95
Obesidad	>p95

Fuente: (Department of Health and Human Services et al., 2002)

### 4.4 Índice de masa corporal

El IMC en pediatría aún está en evaluación, se recomienda que se use los percentiles en vez de los números absolutos porque sus valores cambian a través de los periodos de crecimiento.

<b>Clasificación</b>	<b>Percentil</b>
Bajo peso	<p5
Eutrófico	p10 hasta el p85
Sobrepeso	p85 hasta el p95
Obesidad	Igual o >p95













Fuente: (Department of Health and Human Services et al., 2002)

## **5. Valoración bioquímica**


Este tipo de valoración sirve para saber de una manera más exacta si existe algún déficit o un exceso, siendo un marcador imprescindible para el estado nutricional. Dentro de los métodos usados en esta valoración se encuentran los que están basados en detectar la ingesta de un nutriente en específico y alteración de alguna función del organismo.

Se vuelven indispensables para el diagnóstico temprano de alguna enfermedad. Consiste en realizarse exámenes de laboratorio midiendo secreciones, tejidos, vitaminas, minerales a través de la sangre; sea para cuantificar la concentración de sustancias metabólicas o para medir concentración de sustancias cuya síntesis depende de los nutrimentos. Con estos valores es probable saber lo que el individuo ha comido, los nutrientes que su cuerpo almacena. El nivel de minerales y vitaminas es observado por análisis de sangre o enzimas relacionadas con estas sustancias. (Carroll Lutz, 2011)

















## 6. Valoración física

INDICADOR DE METCOFF				
PUNTAJE	4	3	2	1
<b>SIGNO</b>	<b>PELO</b>			
Cantidad y calidad	Cantidad abundante; cubre todo el cuero cabelludo	Cantidad moderada; deja apreciar algunas franjas sin pelo en el cuero cabelludo	Cantidad escasa; deja apreciar mas franjas sin pelo en el cuero cabelludo	Cantidad escasa con franjas sin pelo en el cuero cabelludo, despigmentado (signo de bandera)
Docilidad al peinado	Suave, sedoso, se peina con facilidad	algunos pelos parados, se peina con facilidad	pelos parados que no responder al peinado	pelos parados que no responder al peinado
				
<b>CARA</b>				
Forma de la cara	forma redonda	forma cuadrada	forma ovalada	forma triangular
Adiposidad en el lado interno de las mejillas	abundante adiposidad en las mejillas	moderada adiposidad en las mejillas	escasa adiposidad en las mejillas	muy escasa adiposidad en las mejillas
				
<b>BARBILLA Y CUELLO</b>				
Papada	papada con doble o triple pliegue	papada con un solo pliegue	sin papada	sin papada
Perfil de barbilla y cuello	cuello no evidente	se insinúa el cuello, sin arrugas	cuello bien definido, sin arrugas y de piel fina	cuello evidente con piel laxa y arrugada
				

Fuente: (Palafox López & Ledesma, 2012)

INDICADOR DE METCOFF				
PUNTAJE	4	3	2	1
<b>SIGNO</b>	<b>BRAZOS</b>			
Coger brazo y codo con ambas manos, mirando la zona del triceps, comprimir con suavidad hacia el centro y observar pliegues	Enteros redondos. No se generan pliegues	Escasos pliegues superficiales	3 a 5 pliegues gruesos	Pliegues en forma de acordeón.
				
<b>ESPALDA</b>				
Pinzar con suavidad la porción media del tríceps, tratando de levantarla	Difícil de pinzar	Elevación del pliegue de 5 a 10mm	Elevación del pliegue de 10 a 20mm	La piel es laxa, se pinza con facilidad y se levanta más de 20mm desde el codo
				
Pinzar de manera suave con pulgar e índice la zona interescapular o subescapular, tratando de elevar la piel y tejido celular subcutáneo				
	Piel difícil de sujetar o elevar	Elevación de la piel de 5 a 10 mm (pliegue grueso)	Elevación de la piel de 10 a 20 mm (pliegue adelgazado)	Elevación de la piel mayor de 20 mm (pliegue delgado y laxo)
<b>NALGAS</b>				
Observar nalgas y cara posterosuperior del muslo				
	cojinetes adiposos, redondos y llenos	cojinetes adiposos aplanados. sin arrugas en nalgas ni muslos	tejido celular subcutáneo adelgazado. Arrugas no profundas en nalgas y muslo	Tejido celular subcutáneo escaso. Piel laxa con arrugas profundas

Fuente: (Palafox López & Ledesma, 2012)

INDICADOR DE METCOFF				
PUNTAJE	4	3	2	1
<b>SIGNO</b>	<b>PIERNAS</b>			
Pinzar con pulgar e índice de manera suave, la región media y anterior de la pierna, tratando de elevar la piel y el tejido subyacente				
	Redondas, difícil pinzarlas	Elevación de pliegue de 5 a 10 mm	Elevación de pliegue de 10 a 20 mm	Piel laxa. Elevación de pliegue mayor a 20 mm
Coger con ambas manos mirando la región anterior de la pierna. Fijar el pie y comprimir con suavidad desde la rodilla para formar pliegues.				
	No se generan pliegues	Escasos pliegues, no profundos	De 3 a 5 pliegues gruesos	Múltiples pliegues en forma de acordeón
<b>PECHO</b>				
Observar prominencias de costillas y espacio intercostal.				
	Lleno, redondo. No se aprecian las costillas	Se insinúan algunas costillas y leve pérdida de tejido intercostal	Se aprecian costillas y pérdida de tejido intercostal	Costillas prominentes con pérdida del tejido intercostal
<b>ABDOMEN</b>				
1. Observar adiposidad. 2. Consistencia de la piel.				
	1. Lleno, redondo. 2. Sin piel laxa	1. Plano. 2. Sin piel laxa con pliegues no profundos en región supraumbilical	1. Adelgado. 2. Pliegues visibles en todo el abdomen	1. Distendido escafoideo. 2. Piel muy laxa, plegada

Fuente: (Palafox López & Ledesma, 2012)



<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
>24	Estado de Nutrición Conservado
<24	Desnutrición Fetal

Fuente: (Palafox López & Ledesma, 2012)

## **7. Neonato**

El crecimiento de un ser vivo, consta de una serie de progresiones las cuales van a definir su aumento de tamaño y maduración. Durante los primeros 9 meses de vida gestacional es donde ocurre un crecimiento de mayor rapidez, en comparación a la lactancia. Es importante tomar el peso a un recién nacido para saber el estado de salud que tuvo durante el embarazo. Los recién nacidos normalmente pesan de 2 500 a 4 000 g y miden de 45 a 55 cm. Los bebés prematuros son aquellos que nacen antes de las 37 semanas de gestación, es probable que requieran cuidado intensivo. El peso corporal de un recién nacido depende de varios factores. La madre tiene hábitos tóxicos por drogas, alcohol y tabaco o no llevaron una alimentación adecuada durante el embarazo.

En los primeros días de vida, el recién nacido comienza a perder peso, conforme se va adaptando a su nuevo entorno y su nueva forma de alimentarse. Ante su adecuación se ve sometido a aprender a comer en comparación a recibir su alimento por medio del cordón umbilical. No deberá exceder más allá del 10% en su pérdida de peso, en comparación al valor inicial que tiene al nacer. El neonato recupera su peso entre los próximos 14 días posteriores a su nacimiento. En el lactante el peso al nacer debe de existir un incremento de su peso, el cual debe duplicarse en los primeros 4 a 6 meses de vida. Y llegar a triplicar el peso en su primer año de vida. (Linnard & Pineda Sánchez, 2012)

## 7.1 Valoración del crecimiento físico

Los neonatos sanos crecen más rápidos. El apunte del peso y talla del crecimiento del neonato puede determinar problemas de salud, y así se logre evitar la lentitud de la tasa de crecimiento. Un crecimiento óptimo demuestra que el niño tiene un estado de salud apropiado, los padres tienen una estabilidad económica y social.

<b>Peso al nacer de acuerdo a la edad gestacional</b>		
<b>Edad de gestación</b>	<b>Niños</b>	<b>Niñas</b>
28	1147	1037
29	1317	1165
30	1500	1348
31	1615	1512
32	1768	1730
33	1986	1958
34	2246	2143
35	2442	2343
36	2717	2635
37	2957	2857
38	3135	3040
39	3254	3153
40	3332	3247
41	3402	3267
42	3484	3327

Fuente: (Palafox López & Ledesma, 2012)

**Tabla de crecimiento de 0 meses a 12 meses**

Peso de acuerdo a la edad			Talla de acuerdo a la edad		Perímetro cefálico de acuerdo a la edad	
Edad (Año, Mes)	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
0,0	3.3 kg	3.2 kg	50 cm	49 cm	34.5 cm	33.9 cm
0,1	4.5 kg	4.2 kg	55 cm	54 cm	37.3 cm	36.5 cm
0,2	5.6 kg	5.1 kg	58 cm	57 cm	39.1 cm	38.3 cm
0,3	6.4 kg	5.8 kg	61 cm	60 cm	40.5 cm	39.5 cm
0,4	7.0 kg	6.4 kg	64 cm	62 cm	41.6 cm	40.6 cm
0,5	7.5 kg	6.9 kg	66 cm	64 cm	42.6 cm	41.5 cm
0,6	7.9 kg	7.3 kg	68 cm	66 cm	43.3 cm	42.2 cm
0,7	8.3 kg	7.6 kg	69 cm	67 cm	44.0 cm	42.8 cm
0,8	8.6 kg	7.9 kg	71 cm	69 cm	44.5 cm	43.4 cm
0,9	8.9 kg	8.2 kg	72 cm	70 cm	45.0 cm	43.8 cm
0,10	9.2 kg	8.5 kg	73 cm	72 cm	45.4 cm	44.2 cm
0,11	9.4 kg	8.7 kg	75 cm	73 cm	45.8 cm	44.6 cm
1,0	9.6 kg	8.9 kg	76 cm	74 cm	46.1 cm	44.9 cm

Fuente: (Palafox López & Ledesma, 2012)

## 7.2 Lactancia materna

La lactancia materna posee una gran variedad de beneficios tanto para el niño como para la madre. Es por ello, que el consumo de esta leche, ayudará a la reducción de distintas enfermedades, tales como la diarrea, infecciones respiratorias, inflamaciones del oído, síndromes gastrointestinales y sistémicos, entre otras. Puesto que, en gran parte, son motivo de un alto índice de mortalidad en los infantes. Lo que ayudará a contribuir en la salud del bebe después del parto, menores atenciones médicas y evitar ser internado nuevamente en la clínica, ya sea, por motivo de alguna de estas infecciones.(Unicef Ecuador, 2012)

El calostro es la leche producida por las madres gestantes en un periodo de tiempo que va desde el quinto hasta el séptimo día después del parto, sin embargo, en el caso de las madres con niños prematuros esta etapa es prolongada. Así mismo, la leche de transición se va a generar alrededor del cuarto hasta los quince días después del parto, ya que, entre el cuarto y sexto día, se va a ocasionar un incremento excesivo en el volumen de la producción de la leche, hasta alcanzar un volumen de 600 a 800 ml al día, entre el octavo y quinceavo día. Durante este periodo la leche se va a ir modificando hasta lograr obtener las propiedades de una leche madura. La leche madura posee distintas variedades de composición, adaptándose a las necesidades de cada niño. El inicio de la succión de la leche, es de gran importancia, ya que proveen al niño, mayor cantidad de proteínas y lactosa, así como también de la grasa propiamente dicha. Por tal razón, es indispensable aplicar tiempos de succión y así respetar el espacio del niño. Por último, la leche pre término, abarca mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, en comparación a la leche madura, pudiéndose combinar de manera beneficiosa en los niños prematuros, puesto que, necesitan mayor ingesta de proteínas, gracias a que esta leche, es rica en lactoferrina y en niveles de IgA. (Dalmau Serra & Muñoz Guillen, 2008)

## **8. Lactante**

La edad infantil temprana alude a niños de 1 a 3 años; en esta etapa del desarrollo se distingue por el rápido incremento de las habilidades motoras gruesas y finas, con aumento posteriores de independencia, exploración del entorno que los rodea y habilidades del lenguaje. (Brown et al., 2014)

En el primer año de vida, las necesidades del infante se llegan a parecer mucho a las de un adulto, recordemos que su actividad se ve aumentada y sus necesidades de kilocalorías se ven disminuidas, de este modo se ve afectado el apetito del niño, haciendo que baje su deseo de ingerir alimentos.

## 8.1 Crecimiento y desarrollo normales

La velocidad con la que el infante crecía en los primeros 6 meses de vida, empieza a desacelerarse. Conforme va pasando el tiempo, se llega a los primeros 2 años de vida, en relación a su peso este va a tener un aumento de 1,8 a 2,72 kg aproximadamente. También podremos ver un incremento en la talla alrededor de unos 10cm. En esta edad el niño adquiere la habilidad de poder caminar erguido.

**Tabla de crecimiento de 12 meses a 2 años.**

Peso de acuerdo a la edad (Kg)			Talla de acuerdo a la edad (cm)		Perímetro cefálico de acuerdo a la edad	
Edad (Año, Mes)	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
1,1	9.9	9.2	77	75	46.3	45.2
1,2	10.1	9.4	78	76	46.6	45.4
1,3	10.3	9.6	79	78	46.8	45.7
1,4	10.5	9.8	80	79	47.0	45.9
1,5	10.7	10.0	81	80	47.2	46.1
1,6	10.9	10.2	82	81	47.4	46.2
1,7	11.1	10.4	83	82	47.5	46.4
1,8	11.3	10.6	84	83	47.7	46.6
1,9	11.5	10.9	85	84	47.8	46.7
1,10	11.8	11.1	86	85	48.0	46.9
1,11	12	11.3	87	86	48.1	47.0
2.0	12.2	11.5	87.1	85.7	48.3	47,2

Fuente: Palafox López, M. E., & Ledesma, J. A. (2012).

## 8.2 Necesidades energéticas

Las exigencias energéticas de los lactantes comunes son más altas por cada uno de los kilogramos del peso corporal del infante requeridos en cualquier etapa de sus vidas. La escala de demanda energética de los lactantes es muy variada para cada uno, y comprende de 80 a 120 cal/kg total del peso físico de cada uno. Entre los primeros 6 meses de vida, la exigencia energética es de 108 cal/kg de peso y entre los 6 y 12 meses de vida la exigencia energética comprende 98 cal/kg.

Existen componentes que implican la variedad de exigencias energéticas en los lactantes y entre esos son el estado de salud, el trabajo físico, tiempo de sueño, estado del tiempo, peso, la mejora en las enfermedades, y el estado metabólico en las comidas.

<b>Requerimiento energético en pediatría: Ingesta diaria recomendada (RDA)</b>	
0 a 0.5 años	108 x peso (kg)
0.5 a 1 año	98 x peso (kg)
1 a 3 años	102 x peso (kg)

Fuente: Liliana Landino Meléndez N.D., O. J. V. G. M. D. (2016).

## 8.3 Necesidades proteicas

Para la formación de los nuevos tejidos y su reparación, es necesario consumir proteínas desde el nacimiento. El crecimiento del feto requiere de proteínas, considerando sus necesidades a la misma edad de gestación. Por lo general los recién nacidos que se alimentan de leche materna o ingieren fórmulas adecuadas en las cantidades recomendadas, obtienen las calorías necesarias; pero cuando la preparación de la fórmula se realiza de manera inadecuada, es posible que la ingestión de proteínas exceda lo normal. Y cuando el aporte de proteínas no es el adecuado, aumenta el tejido adiposo debido al exceso de calorías. Los niños prematuros no pueden sintetizar los

aminoácidos, cuya función desde el primer día de vida es evitar que se formen depósitos endógenos de proteínas y de energía. (Cruz Hernandez, 2007)

## **8.4 Grasas**

En los recién nacidos, la ingesta de la leche materna provee un porcentaje adecuado de calorías que proviene de la grasa. Todo bebé nacido a término que es alimentado de la leche materna, no necesitan complementar su alimentación con grasa adicional o ácidos grasos esenciales. Los recién nacidos obtienen calorías de la grasa, aunque los ácidos grasos de cadena larga son para ellos más difíciles de utilizar, aunque se encuentren más frecuentemente en la comida.

Los lactantes necesitan en más proporción la grasa y los metabolitos que desarrollan las gónadas y el cerebro. El cerebro, el hígado y los músculos incluido el corazón, se proveen de energía a través de las grasas. Los recién nacidos no pueden ayunar, debido a que ellos utilizan con mayor rapidez la fuente de energía de las grasas y carbohidratos. Cuando se produce un bloqueo de las enzimas específicas que generan energía debido a una afección genética, los lactantes son incapaces de metabolizar la grasa, lamentablemente este trastorno recién se identifica luego de que el lactante fallece debido al síndrome de muerte súbita. (Dalmau Serra & Muñoz Guillen, 2008)

## **8.5 Ablactación**

Es el proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de distintos alimentos a la leche humana, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño y se recomienda después de los seis meses de edad. Introducción de alimentos diferentes a la leche materna. La OMS recomienda evitar el uso de este término porque iniciar la alimentación complementaria no implica suspender la lactancia materna.

La oportuna introducción de alimentos complementarios durante la infancia es necesaria por razones nutrimentales y del desarrollo y facilita la transición de la alimentación láctea a la integración de la dieta familiar. Los dos primeros años de vida son un periodo de rápido desarrollo físico, cognoscitivo y emocional. Durante este periodo crítico los padres hacen importantes decisiones sobre qué, cuándo y cómo alimentar a sus niños. Estas decisiones afectan la calidad nutrimental de la dieta de los niños y también tienen un impacto a largo plazo sobre sus hábitos de alimentación. (Rodríguez González & Larrosa Haro, 2013)

## **8.6 Desarrollo fisiológico y cognitivo**

Durante esta etapa de vida, comienza el desarrollo de nuevas habilidades. La mayoría de los niños empiezan a caminar de manera autónoma cerca del primer año de vida. Al inicio su andar es inseguro con excesiva amplitud de paso. Después de haber practicado varios meses, el niño por fin logra conseguir mayor estabilidad al caminar y pronto es capaz de detenerse, voltearse y agacharse sin tocar el piso o caerse.

Las habilidades motoras gruesas, como sentarse en una silla pequeña y subir a un mueble, se desarrollan con mucha rapidez en su primer año de vida. Con la práctica del día a día, se consiguen avances importantes en el equilibrio y la agilidad del infante menor. Alrededor de los 15 meses de edad, ya logran subir escaleras, a los 18 meses de edad, logran correr con rigidez. La mayoría de los niños en esta edad, consiguen subir y bajar escaleras escalón por escalón al alcanzar los 24 meses de edad, además de que van adquiriendo la habilidad de saltar. Alrededor de los 30 meses de edad pueden avanzar por las escaleras alternando sus pies. A los 36 meses de edad el infante menor ya puede hacer uso de los triciclos. (Brown et al., 2014)

Los infantes menores se vuelven cada vez más activos y autosuficientes, y sus habilidades motoras gruesas van mejorando con el



pasar del tiempo. A los niños en la etapa de infancia temprana les fascina sus nuevas habilidades recién descubiertas, por lo que muestran disposición para ponerlas en práctica todo el tiempo y poder desarrollar nuevas habilidades. Sin embargo, los niños de infancia temprana no tienen la sensibilidad para manejarse correctamente en situaciones peligrosas. En esta etapa son muy vulnerables a lesiones accidentales y el consumir sustancias tóxicas. A decir verdad, la principal causa de fallecimiento de los niños pequeños se debe a las lesiones no intencionales. Los padres o cuidadores deben sostener una vigilancia continua sobre ellos, de preferencia en entornos que se los pueda considerar seguros para los niños. (Brown et al., 2014)

Con las habilidades físicas recién aprendidas de los niños en su infancia temprana la exploración del entorno que los rodea se incrementa, su nueva autosuficiencia se vuelve muy importante para ellos. Ahora que ya tienen el poder de dominar la distancia entre sí mismos y sus padres, los infantes en esta etapa suelen “orbitar” en torno a sus padres como: planetas que se alejan, giran, se mueven hacia adelante y hacia atrás.

Desde el punto de vista de sociabilizar el infante menor pasa de ser centrado en sí mismo a ser más interactivo con lo que le rodea. Ahora está listo para explorar y desarrollar nuevas relaciones. Los miedos ante ciertas situaciones como: el alejamiento de sus padres, la oscuridad, los sonidos estruendosos, la brisa, la lluvia, y los relámpagos, suelen manifestarse durante esta etapa conforme el infante va aprendiendo a encarar los cambios en el medio ambiente. Los niños desarrollan rituales en sus actividades diarias como un intento por resolver sus temores. (Przytulski & Lutz., 2011)

De los 18 meses a los 24 meses de edad aparece un importante desarrollo de las habilidades de lenguaje. Una vez que el niño se percata de que las palabras significan objetos, su vocabulario crece de 10 a 15 palabras a los 18 meses de edad a 100 o más a los dos años. Pronto comienza a combinar palabras para crear frases simples. A los 36 meses de edad, utiliza oraciones de tres palabras. (Brown et al., 2014)

Un cambio social importante en el infante en su etapa de infancia temprana es la determinación más firme de poder expresar lo que desean. Con el incremento del desarrollo motor, acompañado del aumento de la búsqueda de autosuficiencia, lactante intenta hacer cada vez más actividades, con lo que lleva sus capacidades de poder realizar cosas por sí mismo al límite. Lo que conlleva a que el infante se torne negativo con facilidad y se frustre por no poder realizar todas las actividades que el desearía lograr realizar. Hace un intento por buscar independencia y al mismo necesita de sus padres o cuidadores para que le proporcionen la tranquilidad y seguridad que tanto necesita. (Brown et al., 2014)

## **8.7 Gustos alimenticios**

Los alimentos coloridos y de diferentes texturas son los más gustosos de los infantes, alimentos que puedan sostener fácilmente y al momento de saborear poder aprender cosas nuevas sobre ello. Indicar a los padres, que se puede darles sus preparaciones favoritas a los infantes, de manera no consecutiva ni exclusiva, sino de cuando en cuando, para permitir de manera justa la apertura de nuevos alimentos. (Brown et al., 2014)

## **8.8 Desarrollo de habilidades de alimentación en lactantes**

Muchos infantes empiezan el destete del seno materno o biberón cerca de los 9 a 10 meses de edad, cuando el consumo de alimentos sólidos empieza, aumenta y aprenden a beber de una taza. Es importante que los padres pongan más atención a las señales de alerta de la disposición para destetar al lactante mayor, como desinterés en la alimentación al seno materno o al uso del biberón.

Durante la etapa de infancia temprana, los desarrollos motores grueso y fino, ayudan a mejorar la capacidad de los niños para masticar alimentos sólidos de diferentes texturas y para alimentarse por sí mismos. Entre los 12

y 18 meses de edad los niños pueden mover la lengua de un lado a otro, aprenden a masticar la comida con movimientos rotatorios, más que solo de arriba y abajo. En este momento consiguen manipular los alimentos de mesa en trozos suaves.(Brown et al., 2014)

Alrededor de los 12 meses empiezan a mostrar presión refinada que les permite tomar con firmeza objetos pequeños como: arvejas y zanahorias cocinadas poniéndolos dentro su boca. Además, son capaces de utilizar la cuchara cabe recalcar que no lo hacen muy bien. A partir de los 18 a 24 meses aprenden a utilizar su lengua para limpiarse los labios y sus movimientos rotatorios de masticación están bien desarrollados. A esta edad el infante ya puede manipular carnes, frutas y verduras crudas y diversas texturas de los diferentes alimentos.(Przytulski & Lutz., 2011)

El incremento de las habilidades de coordinación motoras finas y visuales de los infantes les permite utilizar las tazas y cucharas con más firmeza. A pesar de que la habilidad de los niños en la etapa de infancia temprana con el uso de la cuchara, estos prefieren utilizar sus manos como medio para ingerir los alimentos, hasta que llegan a la edad de 2 años que es cuando ya tienen más desarrollada la habilidad de utilizar la cuchara correctamente.

Una vez concluida la ablactación, habrá alimentos que les llame mucho la atención de colores brillantes a los infantes. En esta etapa no está del todo desarrollada la masticación y las piezas dentales no están del todo completas, es preferible que los alimentos como la carne dura o verduras muy fibrosas no se sirvan aun a la hora de las comidas, ya que puede ocasionar atoramiento.(Cruz Hernandez, 2007)

Es de preferencia que a la hora de la comida, no existan distracciones para el infante, como la televisión encendida o los juegos, se incentiva al infante menor a que experimente nuevas prácticas con los nuevos alimentos que se le está ofreciendo, para que descubra nuevas texturas y sabores, ya que en esta edad es cuando se desarrolla la habilidad de auto-alimentación

ya que el niño empieza a encontrar en esta etapa un deleite por los alimentos, dicho dominio le permitirá florecer el dominio en una parte importante de su vida cotidiana.

Debe tomarse en cuenta a la hora de la comida, es fundamental la supervisión de un adulto para evitar que el niño pueda atragantarse con algún alimento. Los niños deben estar en la mesa con sus demás familiares a la hora de la comida y a la hora de los refrigerios, estos deberán ocupar un lugar con su respectiva silla, se recomienda que sea de soporte y preferible alta. Se debe evitar que el infante coma demasiado rápido sus alimentos. No se deben servir a niños menores de 2 años alimentos como: salchichas, uvas enteras, dulces duros y canguil; ya que estos productos son los que frecuentemente pueden ocasionar que se produzca un atoramiento.(Cruz Hernandez, 2007)

## **8.9 Conductas de alimentación en lactante**

La importancia de crear rutina se relaciona con la aparición del rechazo de la comida en esta etapa del desarrollo. Es muy probable que existan periodos de tiempo que sean largos en relación al rechazo de ciertos alimentos que antes eran del agrado del lactante. Para que el infante no rechace los alimentos que antes eran de mayor agrado, se les recomienda a los padres que disfracen estos con nuevos alimentos familiares. Estos no serán rechazados cuando se los sirva, en el momento que el infante se encuentre hambriento y así mismo ver que el resto de sus familiares están consumiendo los alimentos nuevos, ellos procederán a ingerirlos sin ocasionar ningún tipo de rabieta.

El momento adecuado para que los lactantes practiquen sus habilidades sociales y de lenguaje, es en la hora de la comida, esto les ayudara a que desarrollen una imagen positiva de sí mismos. El darles un lugar a sus habilidades a la hora del desayuno, constituye una parte fundamental en las conductas alimentarias saludables.(Brown et al., 2014)

## **9. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Si se desarrolla un correcto plan para el mejoramiento de la toma de medidas antropométricas entonces se realizará un adecuado diagnóstico nutricional en niños de 0 a 2 años.

## 10. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

**Cuadro de operalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>
Género	Se define como las características biológicas que definen a los seres humanos. Variable cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F</li> <li>• M</li> </ul>
Diagnostico nutricional	Calificación que da el médico especializado en nutrición acerca de la valoración de varios indicadores como peso/edad, talla/edad, peso/talla e imc/edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dnt Aguda</li> <li>• Dnt Crónica Inicial</li> <li>• Dnt. Crónica</li> <li>• Dnt Crónica Activa</li> <li>• Dnt Crónica Previa o Recuperada</li> <li>• Eutrofia</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Obesidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de peso/edad y peso/talla</li> <li>• Déficit mínimo de talla/edad</li> <li>• Déficit de talla/edad</li> <li>• Déficit de peso/edad, talla/edad y peso/talla</li> <li>• Déficit de peso/edad y talla/edad</li> <li>• Normal</li> <li>• sobrepeso</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• obesidad</li> </ul>
Peso/Edad	<p>Compara al individuo en relación con los datos de referencia de peso obtenido a una edad específica.</p> <p>Variable cuantitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dnt Severa o Grado III</li> <li>• Dnt Moderada o Grado II</li> <li>• Dnt Leve o Grado I</li> <li>• Eutrofia</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Obesidad Grado I</li> <li>• Obesidad Grado II</li> <li>• Obesidad Grado III</li> <li>• Obesidad Mórbida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;60%</li> <li>• 61 - 75%</li> <li>• 76 - 90%</li> <li>• 91 - 109%</li> <li>• 110-119%</li> <li>• 120-129%</li> <li>• 130-139%</li> <li>• 140-149%</li> <li>• &gt;150%</li> </ul>
Talla/Edad	<p>Indica crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica.</p> <p>Variable cuantitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso de Crecimiento Severo</li> <li>• Retraso de Crecimiento Moderado</li> <li>• Retraso de Crecimiento Leve</li> <li>• Eutrofia</li> <li>• Talla alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;85%</li> <li>• 86 - 90%</li> <li>• 91 – 95%</li> <li>• 96– 109%</li> <li>• &gt;109%</li> </ul>

Peso/Talla	Indica lo apropiado del peso del individuo comparado con su propia altura. Variable cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dnt Severa o Grado III</li> <li>• Dnt Moderada o Grado II</li> <li>• Dnt Leve o Grado I</li> <li>• Eutrofia</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Obesidad Grado I</li> <li>• Obesidad Grado II</li> <li>• Obesidad Grado III</li> <li>• Obesidad Mórvida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;70%</li> <li>• 71 - 80%</li> <li>• 81 - 90%</li> <li>• 91 - 109%</li> <li>• 110-119%</li> <li>• 120-129%</li> <li>• 130-139%</li> <li>• 140-149%</li> <li>• &gt;150%</li> </ul>
------------	---	---	--



## **11. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **11.1 Justificación de la elección del diseño**

El presente trabajo corresponde a un tipo investigación no experimental, debido a que va dirigido a la recolección de datos de la población sujeto al estudio de un diseño descriptivo de corte transversal, por tratarse de una recolección de datos en un momento específico en el tiempo. Además, presenta un enfoque cuantitativo, porque este estudio se fundamenta en estadísticas y números, generando de esta forma un resultado. También presenta un enfoque cualitativo, porque utiliza la recolección de datos no numéricos, para poder descubrir el modo de interpretación de los resultados de este estudio.

### **11.2 Población y muestra**

La unidad de observación considerada para la presente investigación fueron niños comprendidos de 0 a 2 años de edad del Hospital León Becerra que asistían a consulta externa. Dentro de este rango de edad se encontraban 200 niños, sin embargo, al momento de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se encontraron aptos solo 89 pacientes.

La población está representada por los 89 niños que asistieron al área de preparación y la muestra fue del 100% de esta población.

#### **9.2.1 Criterios de inclusión**

- Niños de 0 a 2 años que asistieron al área de preparación del Hospital.
- Niños de ambos sexos.
- Personal de auxiliar de enfermería rotativo del área.

## **9.2.2 Criterios de exclusión**

- Niños que no asistieron en los días que se recolectaron los datos.
- Niños mayores de 2 años.
- Niños a quienes no se les pueda realizar la correcta valoración antropométrica.
- Médicos del Hospital.
- Personal administrativo del Hospital.

## **11.3 Técnicas e instrumentos de recogida de datos**

### **11.3.1 Técnicas**

El enfoque de este trabajo permitió que se utilice las técnicas de recolección de datos como: la observación, la entrevista y valoración antropométrica (peso, talla, edad). Mediante la observación se examinó con mucha atención el área de preparación tomando en cuenta como realizan las mediciones antropométricas y registrarla. Se realizó una entrevista para evaluar el conocimiento antropométrico y el manejo en el área. La valoración antropométrica nos permitió determinar el estado nutricional de los niños neonatos y lactantes.

### **11.3.2 Instrumentos**

Los instrumentos utilizados en el proyecto son: la observación y la entrevista, en la cual se determinó los parámetros relevantes para el estudio que fueron evaluados durante el trabajo. Los equipos antropométricos: la balanza pediátrica y el infantómetro que fueron utilizados para recolectar la información para realizar la valoración antropométrica.

Para obtener los estados nutricionales de los niños se utilizaron las curvas de desarrollo de la CDC y para los resultados estadísticos se utilizó el programa de Microsoft Excel para computadoras.

## **12. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

El presente trabajo se realizó con dos objetivos: conocer el estado nutricional de los infantes neonatos y lactantes para evaluar el registro antropométrico del área de preparación.

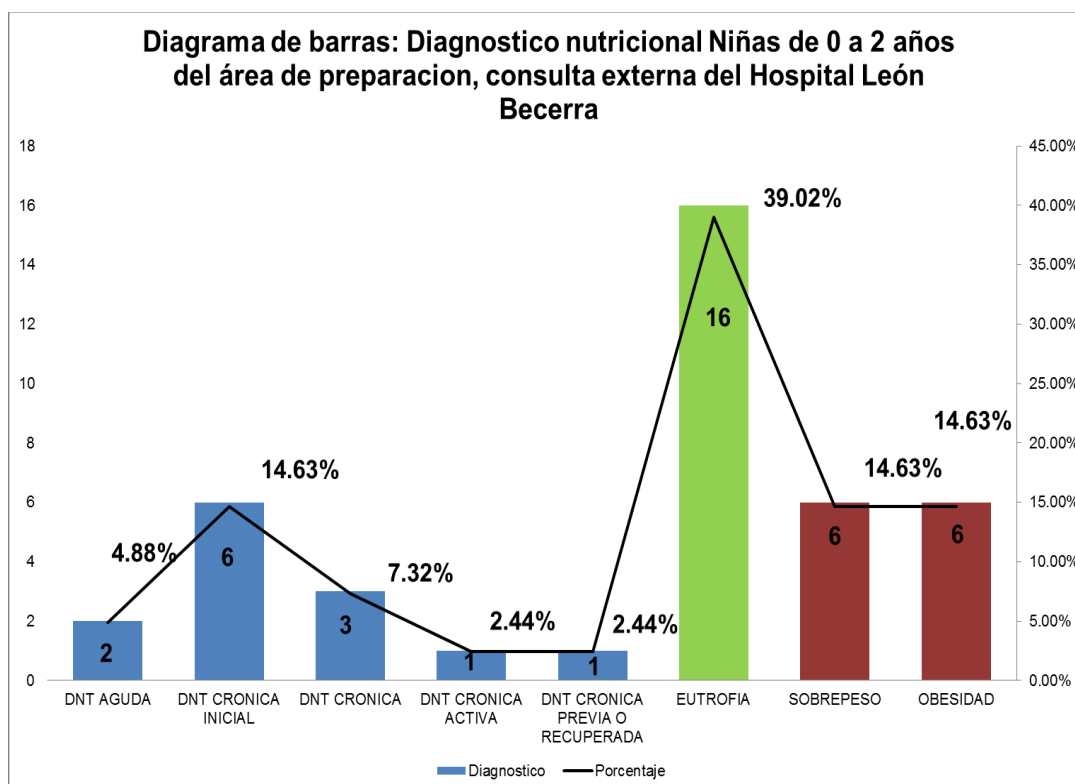
Mediante la entrevista se vio reflejado que la base de datos utilizada en el área de preparación solo registra: los nombres completos del paciente, el titular, fecha de nacimiento, los signos vitales, el peso y la talla. Realizan la medición de perímetro cefálico solo cuando el médico especialista lo solicita. El área de preparación consta de 4 auxiliares de enfermería cuya función es registrar medidas antropométricas y signos vitales. Se evidencia que no cuentan con un especialista en nutrición en el área de preparación para la antropometría, solo con la jefa encargada del personal de enfermería del hospital. La capacitación del personal es cada 6 meses cuyos temas tratan del cuidado y atención del paciente. No demuestran un amplio conocimiento sobre la tabulación, manejo de IMC y de curvas de crecimiento.

**Tabla 1 Diagnóstico Nutricional de Niñas de 0 a 2 años**

Diagnóstico Nutricional	Niñas	Porcentaje
Dnt Aguda	2	4.88%
Dnt Crónica Inicial	6	14.63%
Dnt Crónica	3	7.32%
Dnt Crónica Activa	1	2.44%
Dnt Crónica Previa O Recuperada	1	2.44%
Eutrofia	16	39.02%
Sobrepeso	6	14.63%
Obesidad	6	14.63%
Total	41	100%

Elaborado en: Microsoft Excel 2016, datos obtenidos de la evaluación antropométrica, obtenidos del área de preparación de consulta externa.

**Gráfico 1 Diagnóstico Nutricional de Niñas de 0 a 2 años**



Elaborado por: Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

## **Análisis e Interpretación:**

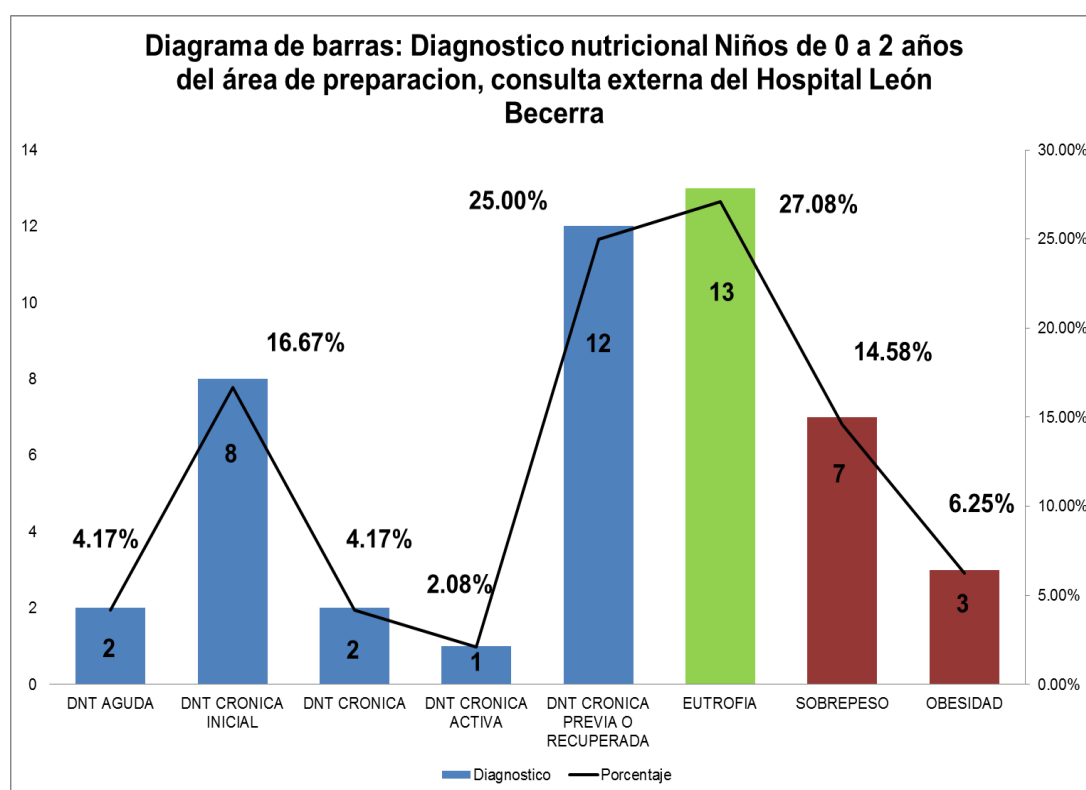
En la tabla 11 y gráfico 1, se puede apreciar la evaluación nutricional que se realizó a los grupos de edad de 0 a 2 años en niñas, comprendiendo un 46.07% de nuestra población total. Demostrando un porcentaje del 31.71% localizándolo en rangos de desnutrición; el 39,02% de la población llegó a alcanzar un diagnóstico de Eutrofia o normalidad; y el 29.26% se halló en los rangos de sobrepeso y obesidad. Evidenciando que existe un porcentaje mayor de niñas sanas.

**Tabla 2 Diagnóstico Nutricional de Niños de 0 a 2 años**

Diagnóstico	Niños	Porcentaje
Dnt Aguda	2	4.17%
Dnt Cronica Inicial	8	16.67%
Dnt Crónica	2	4.17%
Dnt Crónica Activa	1	2.08%
Dnt Cronica Previa O Recuperada	12	25.00%
Eutrofia	13	27.08%
Sobrepeso	7	14.58%
Obesidad	3	6.25%
Total	48	100.00%

Elaborado en: Microsoft Excel 2016, datos obtenidos de la evaluación antropométrica, obtenidos del área de preparación de consulta externa.

**Gráfico 2 Diagnóstico Nutricional de Niños de 0 a 2 años**



Elaborado por: Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

## **Análisis e Interpretación:**

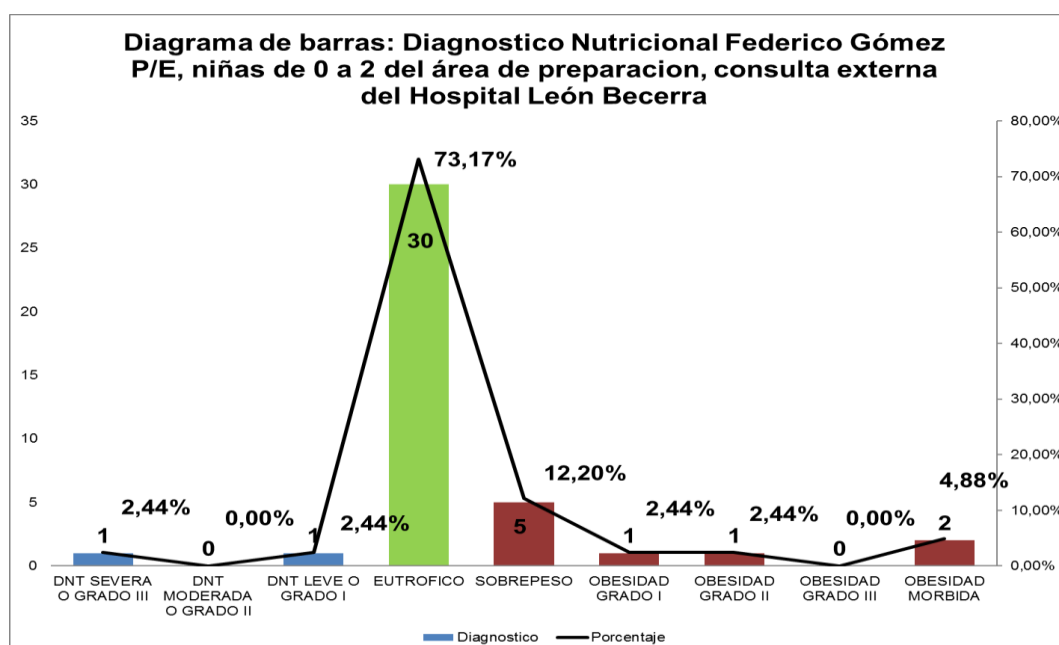
En la tabla 2 y gráfico 2, se puede apreciar la evaluación nutricional que se realizó a los grupos de edad de 0 a 2 años en niños, comprendiendo un 53.93% de nuestra población total. En el rango de diagnóstico de desnutrición se puede observar una alteración del 25% de DNT Crónica previa o recuperada, el 27.08% de la población llegó a alcanzar un diagnóstico de Eutrofia o normalidad; y el 20.83% se halló en los rangos de sobrepeso y obesidad. Evidenciando que existe un porcentaje mayor de niños que cursan un cuadro de desnutrición, en comparación a las niñas que se encontraron en un estado Eutrófico.

**Tabla 3 Diagnóstico Nutricional Federico Gómez P/E de Niñas de 0 a 2 años**

Diagnóstico Nutricional	Niños	Porcentaje
Dnt Severa O Grado III	1	2.44%
Dnt Moderada O Grado II	0	0.00%
Dnt Leve O Grado I	1	2.44%
Eutrófico	30	73.17%
Sobrepeso	5	12.20%
Obesidad Grado I	1	2.44%
Obesidad Grado II	1	2.44%
Obesidad Grado III	0	0.00%
Obesidad Mórbida	2	4.88%
Total	41	100%

Elaborado en: Microsoft Excel 2016, datos obtenidos de la evaluación antropométrica, obtenidos del área de preparación de consulta externa.

**Gráfico 3 Diagnóstico Nutricional Federico Gómez P/E de Niñas de 0 a 2 años**



Elaborado por: Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.



## **Análisis e Interpretación:**

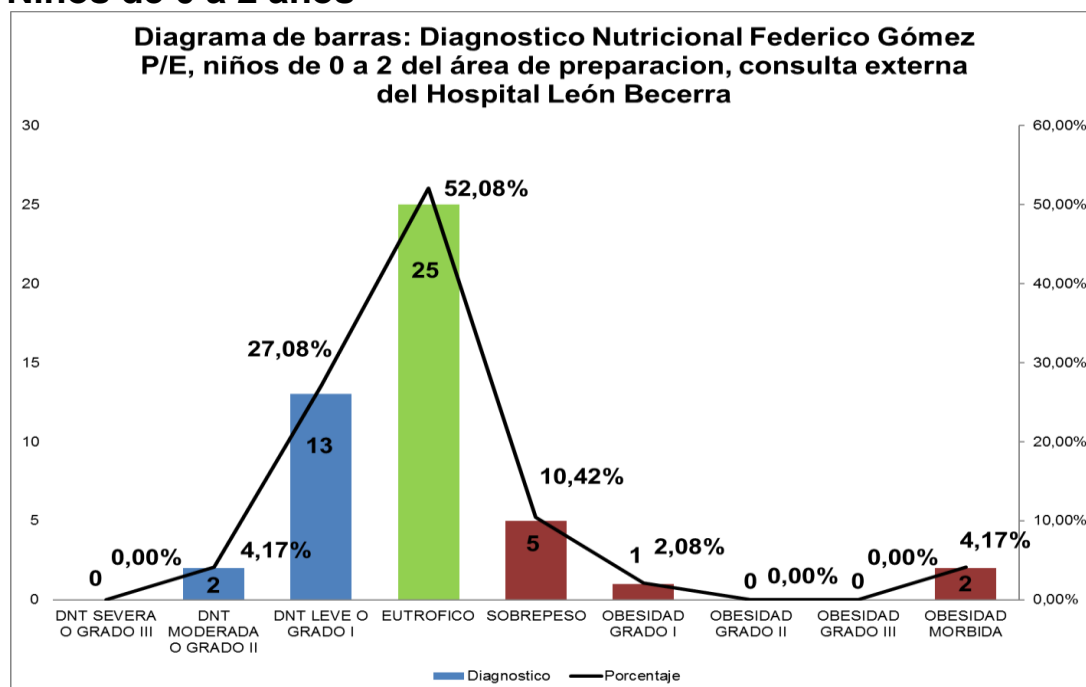
En la tabla 3 y gráfico 3, se puede apreciar el diagnóstico nutricional que se realizó con los estándares de Federico Gómez de Peso para la Edad para el grupo de 0 a 2 años en niñas. Demostrando un porcentaje de 4.88% localizándolos en el rango de desnutrición; el 73.17% de la población llegó a alcanzar un diagnóstico Eutrófico; y el 21,96% se halló en los rangos de sobrepeso, obesidad grado 1 y obesidad mórbida.

**Tabla 4 Diagnóstico Nutricional Federico Gómez P/E de Niños de 0 a 2 años**

Diagnóstico Nutricional	Niñas	Porcentaje
Dnt Severa o Grado III	0	0.00%
Dnt Moderada o Grado II	2	4.88%
Dnt Leve o Grado I	13	31.71%
Eutrófico	25	60.98%
Sobrepeso	5	12.20%
Obesidad Grado I	1	2.44%
Obesidad Grado II	0	0.00%
Obesidad Grado III	0	0.00%
Obesidad Mórbida	2	4.88%
Total	48	100%

Elaborado en: Microsoft Excel 2016, datos obtenidos de la evaluación antropométrica, obtenidos del área de preparación de consulta externa.

**Gráfico 4 Diagnóstico Nutricional Federico Gómez P/E de Niños de 0 a 2 años**



Elaborado por: Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

## **Análisis e Interpretación:**

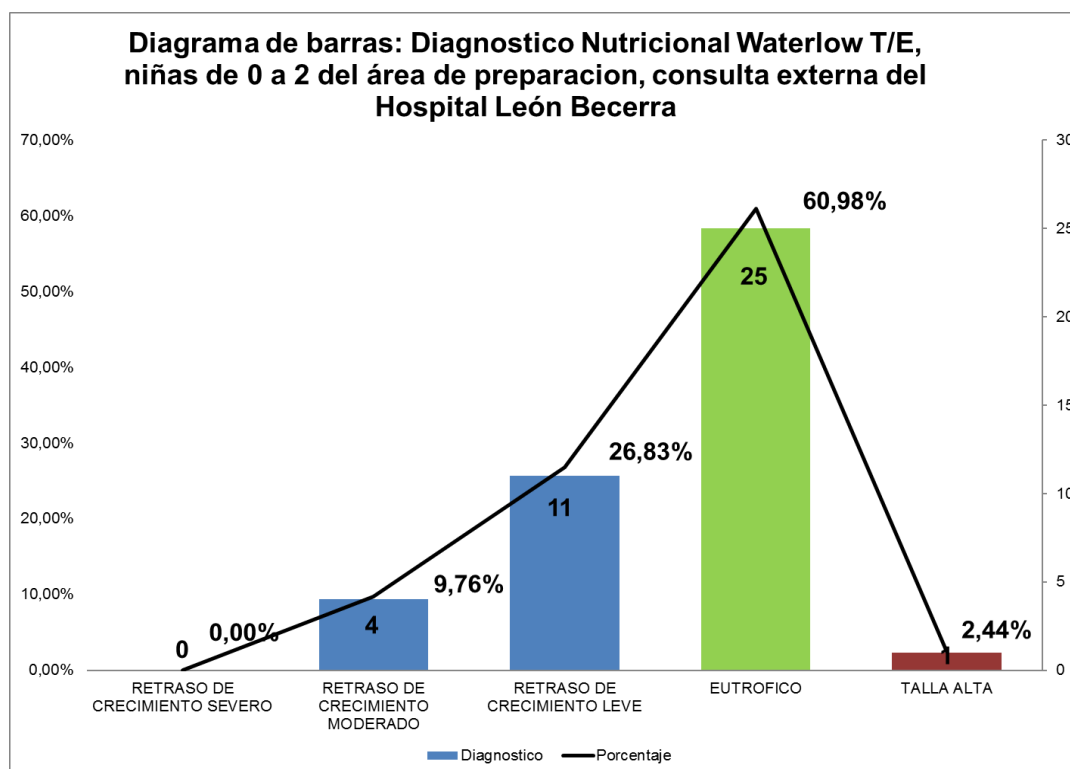
En la tabla 4 y gráfico 4, se puede apreciar el diagnóstico nutricional que se realizó con los estándares de Federico Gómez de Peso para la Edad para el grupo de 0 a 2 años en niños. En el rango de desnutrición se puede observar una alteración del 27.08% de desnutrición leve o grado I, el 52,08% de la población llegó a alcanzar un diagnóstico Eutrófico; y el 16.67% se halló en los rangos de sobrepeso, obesidad grado 1 y obesidad mórbida.

**Tabla 5 Diagnóstico Nutricional Waterlow T/E de Niñas de 0 a 2 años**

Diagnóstico Nutricional	Niñas	Porcentaje
Retraso De Crecimiento Severo	0	0.00%
Retraso De Crecimiento Moderado	4	9.76%
Retraso De Crecimiento Leve	11	26.83%
Eutrófico	25	60.98%
Talla Alta	1	2.44%
Total	41	100%

**Elaborado en:** Microsoft Excel 2016, datos obtenidos de la evaluación antropométrica, obtenidos del área de preparación de consulta externa.

**Gráfico 5 Diagnóstico Nutricional Waterlow T/E de Niñas de 0 a 2 años**



Elaborado por: Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

## **Análisis e Interpretación:**

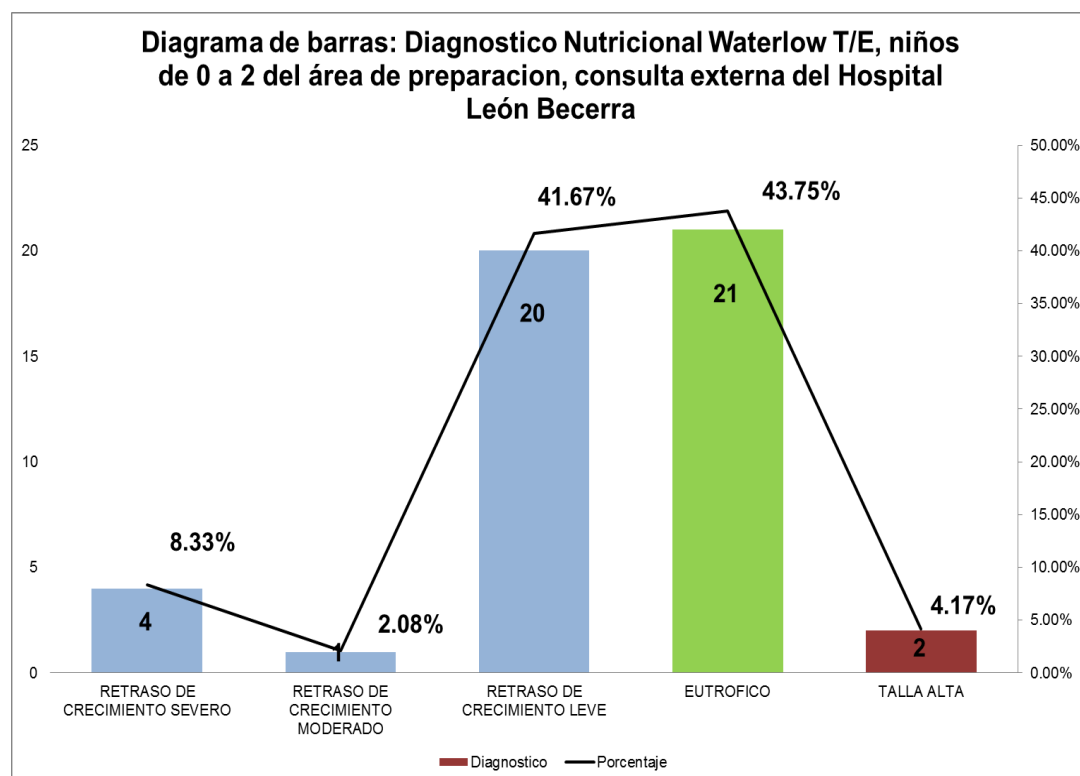
En la tabla 5 y gráfico 5, se puede apreciar el diagnóstico nutricional que se realizó con los estándares de Waterlow de Talla para la Edad para el grupo de 0 a 2 en niñas. El 60.98% de la población llegó a alcanzar un diagnóstico Eutrófico; en el rango de retraso de crecimiento se puede observar una alteración del 26,83%, de la población total que es del 36.59%, representando Retraso leve en el crecimiento para la edad. Y un 2,44% se halló en el rango de talla alta para la edad.

**Tabla 6 Diagnóstico Nutricional Waterlow T/E de Niños de 0 a 2 años**

Diagnóstico Nutricional	Niños	Porcentaje
Retraso De Crecimiento Severo	4	8.33%
Retraso De Crecimiento Moderado	1	2.08%
Retraso De Crecimiento Leve	20	41.67%
Eutrófico	21	43.75%
Talla Alta	2	4.17%
Total	48	100%

Elaborado en: Microsoft Excel 2016, datos obtenidos de la evaluación antropométrica, obtenidos del área de preparación de consulta externa.

**Gráfico 6 Diagnóstico Nutricional Waterlow T/E de Niños de 0 a 2 años**



Elaborado por: Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

## **Análisis e Interpretación:**

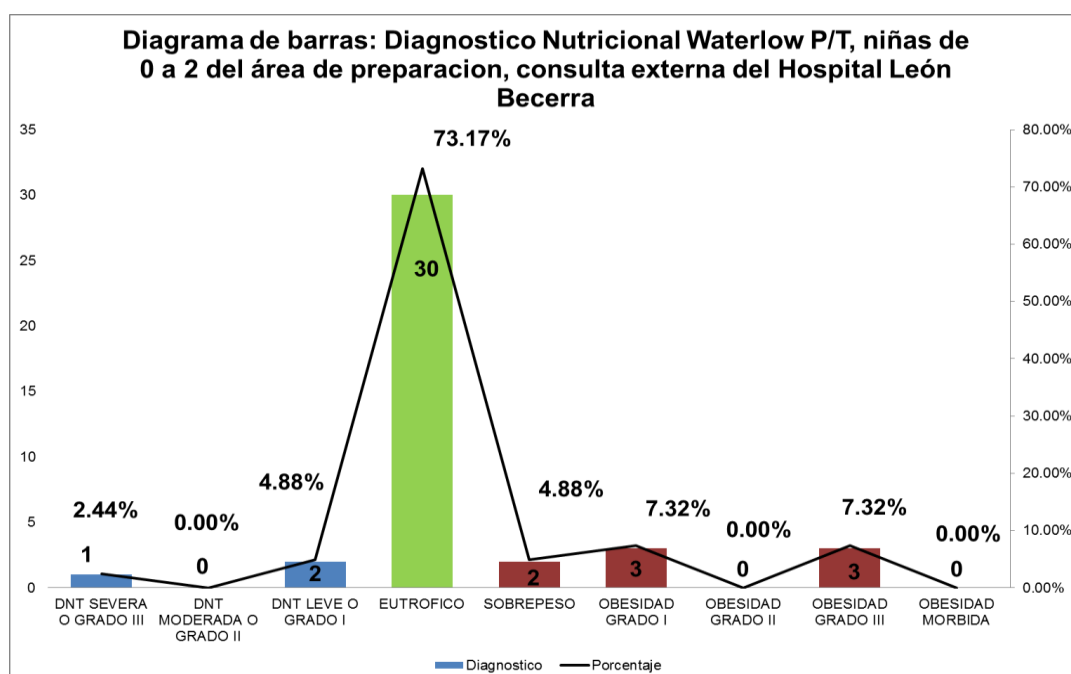
En la tabla 6 y gráfico 6, se puede apreciar el diagnóstico nutricional que se realizó con los estándares de Waterlow de Talla para la Edad para el grupo de 0 a 2 años en niñas. El 43.75% de la población llegó a alcanzar un diagnóstico Eutrófico; en el rango de retraso de crecimiento leve se puede observar una alteración del 41.67%, retraso de crecimiento moderado 2.08%, retraso de crecimiento severo 8.33% y un 4.17% de talla alta para la edad.

**Tabla 7 Diagnóstico Nutricional Waterlow P/T de Niñas de 0 a 2 años**

Diagnóstico Nutricional	Niñas	Porcentaje
Dnt Severa o Grado III	1	2.44%
Dnt Moderada o Grado II	0	0.00%
Dnt leve o Grado I	2	4.88%
Eutrófico	30	73.17%
Sobrepeso	2	4.88%
Obesidad Grado I	3	7.32%
Obesidad Grado II	0	0.00%
Obesidad Grado III	3	7.32%
Obesidad Morbida	0	0
Total	41	100%

Elaborado en: Microsoft Excel 2016, datos obtenidos de la evaluación antropométrica, obtenidos del área de preparación de consulta externa.

**Gráfico 7 Diagnóstico Nutricional Waterlow P/T de Niñas de 0 a 2 años**



Elaborado por: Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética



## **Análisis e Interpretación:**

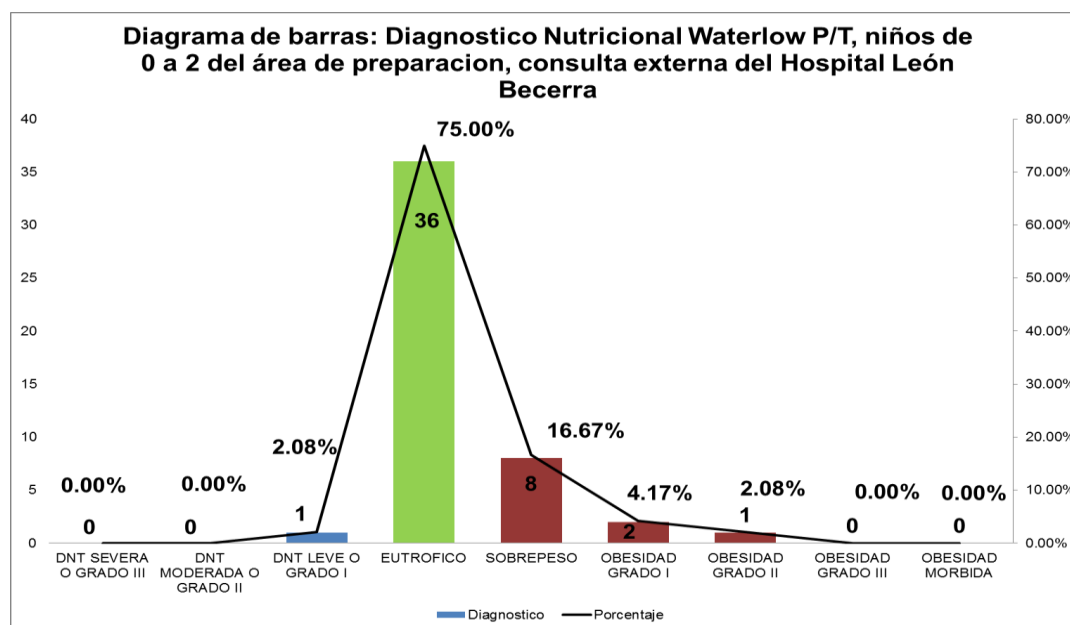
En la tabla 7 y gráfico 7, se puede apreciar el diagnóstico nutricional que se realizó con los estándares de Waterlow de Peso para la Talla, para el grupo de 0 a 2 años en niñas. El 73.17% de la población llegó a alcanzar un diagnóstico Eutrófico; un 7.32% representando el rango, de desnutrición de peso para la talla, un 19.52% se hayo en el rango obesidad.

**Tabla 8 Diagnóstico Nutricional Waterlow P/T de Niños de 0 a 2 años**

Diagnóstico Nutricional	Niños	Porcentaje
Dnt Severa o Grado III	0	0.00%
Dnt Moderada o Grado II	0	0.00%
Dnt Leve O Grado I	1	2.08%
Eutrófico	36	75.00%
Sobrepeso	8	16.67%
Obesidad Grado I	2	4.17%
Obesidad Grado II	1	2.08%
Obesidad Grado III	0	0.00%
Obesidad Morbida	0	0.00%
Total	48	100,00%

Elaborado en: Microsoft Excel 2016, datos obtenidos de la evaluación antropométrica, obtenidos del área de preparación de consulta externa.

**Gráfico 8 Diagnóstico Nutricional Waterloo P/T de Niños de 0 a 2 años**



**Elaborado por:** Jordán Córdova Ana Cristina y Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna, egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

## **Análisis e Interpretación:**

En la tabla 8 y gráfico 8, se puede apreciar el diagnóstico nutricional que se realizó con los estándares de Waterloo de Peso para la Talla para el grupo de 0 a 2 años en niños. El 75.00% de la población llegó a alcanzar un diagnóstico Eutrófico; un 2.08% representa el rango de desnutrición; y 22.92% se halló en el rango de sobrepeso, obesidad grado 1 y grado 2.

### 13. CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación titulado “Evaluación del registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional de los pacientes neonatos y lactantes en el hospital león becerra de la Ciudad de Guayaquil, durante los meses de Mayo a agosto del 2016”, de acuerdo con los objetivos y resultados obtenidos, se puede concluir de la siguiente manera:

- a) La mala práctica antropométrica realizada por el personal de enfermería del área de preparación de consulta externa del Hospital, es uno de los factores más importantes de este estudio, por lo que la falta de conocimiento de cómo realizar la correcta toma de medidas, puede afectar el diagnóstico nutricional del infante.
- b) Los equipos del área de preparación, no se encontraban en condiciones óptimas para poder realizar una valoración antropométrica aceptable.
- c) En el resultado de las niñas se evidenció un 39.02% eutrofia, 31.71% desnutrición y 29.26% sobrepeso y obesidad. En el caso de los niños se evidenció gran porcentaje en desnutrición: 4.17% desnutrición aguda, 16,67% desnutrición crónica inicial, 4.17% desnutrición crónica, 2.08% desnutrición crónica activa, 25% desnutrición crónica previa. Hubo un 27.08% de eutrofia, 14.58% de sobrepeso y 6.25% de obesidad.
- d) Se evidenció la falta de preparación de los auxiliares de enfermería del área de preparación con la entrevista realizada.

## 14. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones y objetivos planteados en este trabajo se hace las siguientes recomendaciones:

- Capacitación continua de personal de enfermería que llegue a trabajar al área de preparación.
- Instalación de equipos nuevos para la toma de medidas antropométricas.
- Desde el punto de vista de la infraestructura se recomienda que el área de preparación sea amplia y tenga una apariencia más atractiva para los niños.
- El área de preparación debe estar dirigida por el licenciado especialista en Nutrición para una valoración nutricional previa a su consulta.
- Integrar un programa de software que también realice la valoración nutricional por medio de la antropometría.

## **15. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA**

### **Justificación:**

De acuerdo a lo observado en el área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra la propuesta se plantea en la elaboración de una guía que pueda ser utilizada por el personal rotativo de enfermería que trabaje o que llegue a trabajar en la preparación de los pacientes previos a su consulta. Con el fin de que se logre realizar una correcta valoración antropométrica.

### **Objetivo general:**

Implementar una guía de cómo se toman las medidas antropométricas en neonatos y lactantes, para el uso del personal de enfermería del área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra.

### **Objetivos específicos:**

- Elaborar la guía para uso del personal de enfermería
- Capacitar al personal de cómo se toman las medidas antropométricas

### **Descripción de la propuesta:**

La presente guía contará con técnicas de toma de medidas antropométricas, la cual se tomará información del trabajo de titulación; se establecerán las tablas de crecimiento según la edad de los neonatos y lactantes. Se podrán encontrar las curvas de crecimiento de la CDC, parámetros de Gómez y Waterlow demostrándonos el desarrollo y crecimiento de los neonatos - lactantes. Se podrá observar los cuadros del desarrollo psicomotor de los infantes de acuerdo a su edad. También se hallará el indicador clínico Metcuff que sirve para realizar una valoración física del neonato.

# Guía para el auxiliar de enfermería del área de preparación de consulta externa



## Antropometría



La antropometría es la técnica más utilizada para evaluar el estado nutricional del paciente, es de fácil uso, económica y sencilla; se debe registrar las medidas exactas para asegurar la adecuada evaluación del crecimiento del individuo. Se ocupa de medir cambios en la composición corporal y en las dimensiones físicas. Los indicadores del estado nutricional corresponden a las mediciones de la talla y el peso.

## Peso


El peso se registra en libras o kilogramos. Para obtener el peso se requiere una balanza pediátrica.



El neonato debe estar recostado con los pies y cabeza dentro de la balanza, se aconseja pesar sin ropa solo con pañal verificando que este seco.



El lactante debe estar sentado con los pies y manos dentro de la balanza, se sugiere pesar sin ropa o en ropa interior ligera. En el caso que use pañal verificar que este seco.

Estatura-longitud	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	Pliegues cutáneos
<p>Se mide en pulgadas o centímetros.</p> <p>Los neonatos y lactantes se miden con un instrumento llamado infantómetro, acostados en una posición firme y plana; midiendo la longitud coronilla-talón.</p> 	 <ol style="list-style-type: none"> <li>Se debe quitar gorro o cualquier objeto que obstaculice la medición.</li> <li>Se procede usando una cinta métrica de 5 a 7 mm de ancho.</li> <li>La cinta debe ser colocada en la circunferencia máxima de la cabeza, tomando como puntos de referencia la glabella y occipucio.</li> <li>Se sostiene la cinta tensa aplastando el cabello sobre el cráneo, a modo de lograr el perímetro máximo.</li> <li>Una vez colocada la cinta correctamente la lectura se realiza al último milímetro completo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se mide tomando como referencia el punto medio entre el acromion y olecranon, el brazo debe estar en ángulo de 90°.</li> <li>Se usa una cinta métrica con un grosor menor a 0.7 cm y precisión de 1 mm</li> <li>El brazo estará relajado y extendido en posición horizontal, se comenzará a realizar la medición sin ejercer presión, tomeando la circunferencia del brazo.</li> </ol>  	 <ol style="list-style-type: none"> <li>Se tiene como referencia en el caso del pliegue cutáneo bicipital el bíceps y pliegue tricipital el tríceps.</li> <li>Para la toma del bicipital debe estar en posición supina, brazo levemente separado del cuerpo. En la medición del tricipital estará en posición supina, ligeramente de lado derecho y con el brazo izquierdo sutilmente flexionado.</li> <li>Procediendo a la medición se toma el pliegue con el dedo índice y pulgar centímetros encima del punto medio, colocando el pliómetro en la marca; se espera hasta que el pliómetro se estabilice.</li> </ol>

Indicadores de crecimiento y desarrollo																																																						
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Peso para la edad</li> <li>⇒ Talla para la edad</li> <li>⇒ Peso para la talla</li> <li>⇒ Índice de masa corporal</li> </ul> <p><b>Peso para la edad</b></p> <p>Compara al individuo en relación con los datos de referencia de peso obtenido a una edad específica. El bajo peso para la edad indica bajo peso para una edad específica considerando un patrón de referencia. Refleja desnutrición crónica y aguda. Este indicador no es capaz de distinguir entre ambas; pero señala la desnutrición global. Este indicador puede ser útil en niños menores de seis meses, en los que el incremento de peso es sensible en periodos cortos.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Clasificación</th> <th>Percentil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desnutrición severa</td> <td>&lt;p5</td> </tr> <tr> <td>Desnutrición moderada</td> <td>P5 hasta p10</td> </tr> <tr> <td>Desnutrición leve</td> <td>P11 hasta p25</td> </tr> <tr> <td>Eutrófico</td> <td>P26 hasta p75</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>P76 hasta el p95</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>&gt;p95</td> </tr> </tbody> </table>	Clasificación	Percentil	Desnutrición severa	<p5	Desnutrición moderada	P5 hasta p10	Desnutrición leve	P11 hasta p25	Eutrófico	P26 hasta p75	Sobrepeso	P76 hasta el p95	Obesidad	>p95	<p><b>Talla para la edad</b></p> <p>La baja talla para la edad refleja la desnutrición crónica. Para menores de dos años se emplea el término longitud para la edad. Se asocia con una variedad de factores que producen una ingesta insuficiente y crónica de proteínas, energía, vitaminas y minerales. En mayores de dos años puede ser irreversible. La baja talla para la edad ha sido identificada como un indicador para medir los problemas de desarrollo de la niñez, por su estrecha relación con problemas de aprendizaje, deserción escolar y, a la larga, déficit en la productividad del individuo adulto.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Clasificación</th> <th>Percentil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Retraso en el crecimiento grave</td> <td>&lt;3</td> </tr> <tr> <td>Retraso en el crecimiento moderado</td> <td>P3 hasta p10</td> </tr> <tr> <td>Retraso en el crecimiento leve</td> <td>P11 hasta p25</td> </tr> <tr> <td>Eutrófico</td> <td>P26 hasta p75</td> </tr> <tr> <td>Talla alta</td> <td>P76 hasta el p97</td> </tr> <tr> <td>Talla muy alta</td> <td>&gt;p97</td> </tr> </tbody> </table>	Clasificación	Percentil	Retraso en el crecimiento grave	<3	Retraso en el crecimiento moderado	P3 hasta p10	Retraso en el crecimiento leve	P11 hasta p25	Eutrófico	P26 hasta p75	Talla alta	P76 hasta el p97	Talla muy alta	>p97	<p><b>Peso para la talla</b></p> <p>Indica lo apropiado del peso del individuo comparado con su propia altura. Este cociente valora con más precisión la constitución corporal y distingue la desnutrición aguda y de la crónica.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Clasificación</th> <th>Percentil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desnutrición severa</td> <td>&lt;p5</td> </tr> <tr> <td>Desnutrición moderada</td> <td>P5 hasta p10</td> </tr> <tr> <td>Desnutrición leve</td> <td>P11 hasta p25</td> </tr> <tr> <td>Eutrófico</td> <td>P26 hasta p75</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>P76 hasta el p95</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>&gt;p95</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Índice de masa corporal</b></p> <p>El IMC en pediatría aún está en evaluación, se recomienda que se use los percentiles en vez de los números absolutos porque sus valores cambian a través de los periodos de</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Clasificación</th> <th>Percentil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bajo peso</td> <td>&lt;p5</td> </tr> <tr> <td>Eutrófico</td> <td>p10 hasta el p85</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>p85 hasta el p95</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>Igual o &gt;p95</td> </tr> </tbody> </table>	Clasificación	Percentil	Desnutrición severa	<p5	Desnutrición moderada	P5 hasta p10	Desnutrición leve	P11 hasta p25	Eutrófico	P26 hasta p75	Sobrepeso	P76 hasta el p95	Obesidad	>p95	Clasificación	Percentil	Bajo peso	<p5	Eutrófico	p10 hasta el p85	Sobrepeso	p85 hasta el p95	Obesidad	Igual o >p95
Clasificación	Percentil																																																					
Desnutrición severa	<p5																																																					
Desnutrición moderada	P5 hasta p10																																																					
Desnutrición leve	P11 hasta p25																																																					
Eutrófico	P26 hasta p75																																																					
Sobrepeso	P76 hasta el p95																																																					
Obesidad	>p95																																																					
Clasificación	Percentil																																																					
Retraso en el crecimiento grave	<3																																																					
Retraso en el crecimiento moderado	P3 hasta p10																																																					
Retraso en el crecimiento leve	P11 hasta p25																																																					
Eutrófico	P26 hasta p75																																																					
Talla alta	P76 hasta el p97																																																					
Talla muy alta	>p97																																																					
Clasificación	Percentil																																																					
Desnutrición severa	<p5																																																					
Desnutrición moderada	P5 hasta p10																																																					
Desnutrición leve	P11 hasta p25																																																					
Eutrófico	P26 hasta p75																																																					
Sobrepeso	P76 hasta el p95																																																					
Obesidad	>p95																																																					
Clasificación	Percentil																																																					
Bajo peso	<p5																																																					
Eutrófico	p10 hasta el p85																																																					
Sobrepeso	p85 hasta el p95																																																					
Obesidad	Igual o >p95																																																					

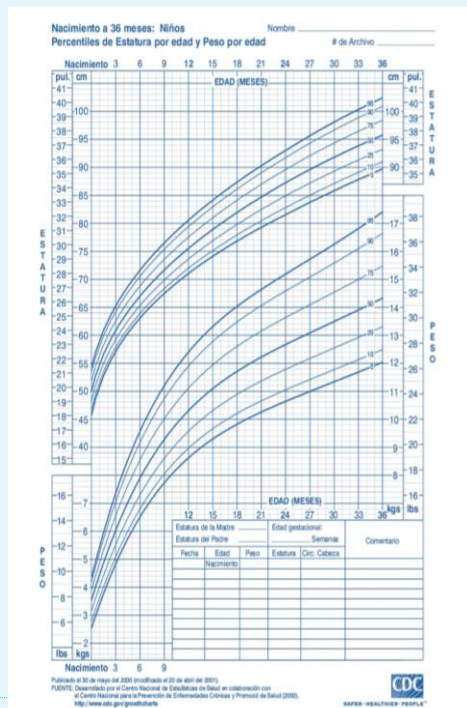
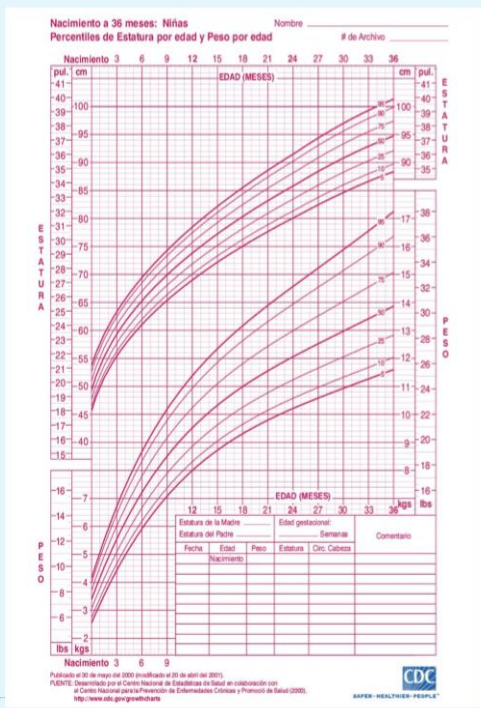


## Tabla de crecimiento de 0 meses a 24 meses

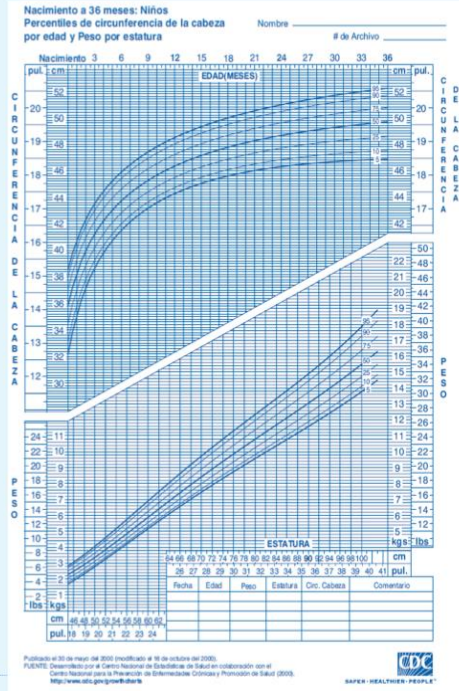
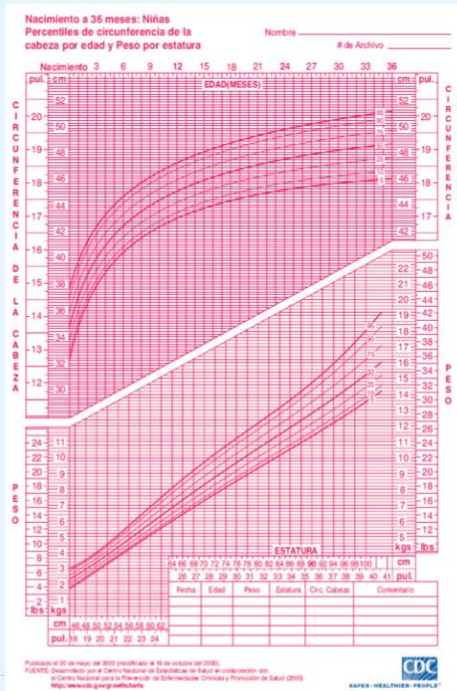
Peso de acuerdo a la edad		Talla de acuerdo a la edad		Perímetro cefálico de acuerdo a la edad		
Edad (Año, Mes)	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
0,0	3.3 kg	3.2 kg	50 cm	49 cm	34.5 cm	33.9 cm
0,1	4.5 kg	4.2 kg	55 cm	54 cm	37.3 cm	36.5 cm
0,2	5.6 kg	5.1 kg	58 cm	57 cm	39.1 cm	38.3 cm
0,3	6.4 kg	5.8 kg	61 cm	60 cm	40.5 cm	39.5 cm
0,4	7.0 kg	6.4 kg	64 cm	62 cm	41.6 cm	40.6 cm
0,5	7.5 kg	6.9 kg	66 cm	64 cm	42.6 cm	41.5 cm
0,6	7.9 kg	7.3 kg	68 cm	66 cm	43.3 cm	42.2 cm
0,7	8.3 kg	7.6 kg	69 cm	67 cm	44.0 cm	42.8 cm
0,8	8.6 kg	7.9 kg	71 cm	69 cm	44.5 cm	43.4 cm
0,9	8.9 kg	8.2 kg	72 cm	70 cm	45.0 cm	43.8 cm
0,10	9.2 kg	8.5 kg	73 cm	72 cm	45.4 cm	44.2 cm
0,11	9.4 kg	8.7 kg	75 cm	73 cm	45.8 cm	44.6 cm
1,0	9.6 kg	8.9 kg	76 cm	74 cm	46.1 cm	44.9 cm

Peso de acuerdo a la edad		Talla de acuerdo a la edad		Perímetro cefálico de acuerdo a la edad		
Edad (Año, Mes)	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
1,1	9.9 kg	9.2 kg	77 cm	75 cm	46.3 cm	45.2 cm
1,2	10.1 kg	9.4 kg	78 cm	76 cm	46.6 cm	45.4 cm
1,3	10.3 kg	9.6 kg	79 cm	78 cm	46.8 cm	45.7 cm
1,4	10.5 kg	9.8 kg	80 cm	79 cm	47.0 cm	45.9 cm
1,5	10.7 kg	10.0 kg	81 cm	80 cm	47.2 cm	46.1 cm
1,6	10.9 kg	10.2 kg	82 cm	81 cm	47.4 cm	46.2 cm
1,7	11.1 kg	10.4 kg	83 cm	82 cm	47.5 cm	46.4 cm
1,8	11.3 kg	10.6 kg	84 cm	83 cm	47.7 cm	46.6 cm
1,9	11.5 kg	10.9 kg	85 cm	84 cm	47.8 cm	46.7 cm
1,10	11.8 kg	11.1 kg	86 cm	85 cm	48.0 cm	46.9 cm
1,11	12 kg	11.3 kg	87 cm	86 cm	48.1 cm	47.0 cm
2,0	12.2 kg	11.5 kg	87.1 cm	85.7 cm	48.3 cm	47.2 cm

## Curvas de crecimiento y desarrollo de la CDC























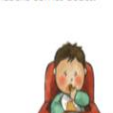











# Curvas de crecimiento y desarrollo de la CDC



## Calendario de desarrollo del niño de 0 a 18 meses













1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses
<p>Me paco casi todo el día durmiendo plácidamente.</p>	<p>Estoy más rato despierto y me interesa ver lo que hay a mi alrededor. Los ruidos fuertes me sorprenden.</p>	<p>Me gusta mirarme las manos y jugar con ellas.</p>	<p>Me oriento hacia los sonidos y gorgjeo y grito para llamar tu atención.</p>	<p>Me divierto jugando con mis pies y mis manos. Esto me ayuda porque me enseña a moverme.</p>	<p>Te contesto con sonidos cuando me hablas.</p>
<p>Sólo me despierto y lloro si tengo hambre o estoy incómodo.</p>	<p>Me gusta mirarte a los ojos y si te mueves te seguiré con la mirada.</p>	<p>Si te acercas mucho quédale firme del pelo y te tocaré la cara. Cuando me hables contestaré con sonidos.</p>	<p>Réle a carcajadas cuando juegues conmigo o me hagas carcajadas.</p>	<p>Si me deja el sonajero al alcance de la mano lo cogeré y lo haré sonar.</p>	<p>Puedo coger fácilmente los juguetes que me dan.</p>
<p>Me tranquilizo al tu voz y aprieto o mirarte.</p>	<p>Cuando me hables o acaricies te responderé con sonrisas o sonidos.</p>	<p>Al cogerme en brazos puedo sostener la cabeza un ratito.</p>	<p>Al mostrarme un objeto intencional lo cogeré.</p>	<p>Reconozco a quienes están conmigo.</p>	<p>También me cop de las pies y así voy descubriendo mi cuerpo.</p>
<p>Si me pones boca abajo puedo levantar la cabeza unos instantes.</p>	<p>Me llama la atención los objetos móviles y de colores vivos.</p>	<p>Boca abajo me sostengo sobre los brazos y levanto la cabeza.</p>	<p>Si me lo pones en la mano seré capaz de sostenerlo y me lo llevaré a la boca.</p>	<p>Al cogerme en brazos puedo sostener la cabeza erguida un ratito.</p>	<p>Boca abajo estoy tranquilo y me sostengo apoyado sobre las manos. Puedo voltear.</p>

















7 meses	8 meses	9 meses	10 meses	11 meses	12 meses
<p>Si me das de comer algo que no me gusta cerraré la boca y no quiero comer más.</p> 	<p>Útolo porque te has ido de mi lado y me dejas con extraños.</p> 	<p>Me gusta que me cojas y estiro los brazos cuando estás cerca. Puedo palmotear y decir adios con la mano.</p> 	<p>Me llaman la atención los objetos desconocidos e intento cogérmelos.</p> 	<p>Reconozco cuando me nombran a papá o a mamá y los busco.</p> 	<p>Os llamaré diciendo papá y mamá y entenderé muchas cosas de las que me digáis.</p> 
<p>Puedo decir ga, ta, da... y me gusta repetirlos.</p> 	<p>Si un juguete me gusta me esforzaré por alcanzarlo.</p> 	<p>Sé cuando voy a ir de paseo y esto me gusta. Miro y escucho y voy aprendiendo cosas nuevas.</p> 	<p>Si veo que me escondes un juguete sabré dónde está e intentaré descubrirlo.</p> 	<p>Si me dices "dame" alargándome la mano, me acerco ofreciéndote lo que me pides.</p> 	<p>Puedo introducir unos objetos dentro de otros y hacer torres simples con cubos grandes.</p> 
<p>Me llaman la atención los objetos y los exploro dándoles vueltas en mis manos.</p> 	<p>Me divierte tirar los objetos para ver cómo caen y oír el ruido que hacen.</p> 	<p>Puedo jugar reteniendo un objeto en cada mano y me gusta hacerlos sonar. Ya puedo coger cosas pequeñas.</p> 	<p>Cogido de los barrotes de mi cuna puedo ponerme en pie.</p> 	<p>Al decirme que no, te miraré sorprendido.</p> 	<p>Intentaré reconer la casa sola o con ayuda, gateando o cogiéndome de los muebles.</p> 
<p>Soy capaz de sostenerme un ratito sentado pero necesito apoyarme delante con las manos para no caerse.</p> 	<p>Quiero conocer mi entorno y lo intento rastreando.</p> 	<p>Puedo estar sentado sin peligro a que me caiga.</p> 	<p>Puedo gatear si me has dejado en el suelo.</p> 	<p>Me gusta comer solo y puedo hacerlo con los dedos.</p> 	<p>¡Cuidado! Abro los cajones para ver lo que hay dentro y si encuentro una cinta fro de ella para saber lo que hay al final.</p> 

















14 meses	16 meses	18 meses
<p>Me interesarán los juguetes de los otros niños e intentaré cogérmelos.</p> 	<p>Puedo señalar y nombrar algunos objetos. También conozco partes de mi cuerpo.</p> 	<p>Me gusta jugar al escondite y sé ir a buscarlo cuando estás escondido.</p> 
<p>Cuando me miro en un espejo me hace gracia verme reflejado.</p> 	<p>Soy capaz de beber solo cogiendo la taza con las dos manos. Utilizo la cuchara.</p> 	<p>Ya puedo quitarme alguna pieza de ropa (los zapatos o los calcetines) y ayudarte a vestirme.</p> 
<p>Me gusta esparcir por el suelo todos mis juguetes.</p> 	<p>Me gusta que me leas un cuento y señalaré los dibujos grandes. Puedo pasar páginas.</p> 	<p>Si me das un papel grande, me gusta hacer garabatos con colores vivos.</p> 
<p>Soy capaz de caminar solo o empujando un cochecito.</p> 	<p>Soy capaz de tirar una pelota y me gusta repetir ese juego.</p> 	<p>Puedo ponerme en pie sin necesidad de ayuda y agacharme a coger un juguete. Subo las escaleras gateando y sé correr un poquito y saltar un escalón.</p> 

# Valoración Física

PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
>24	ESTADO DE NUTRICIÓN CONSERVADO
<24	DESNUTRICIÓN FETAL

PUNTAJE SIGNO	INDICADOR DE METCOFF			
	4	3	2	1
Cantidad y calidad	<b>PELO</b>			
	Cantidad abundante; cubre toda el cuero cabelludo	Cantidad moderada; deja apreciar algunas franjas sin pelo en el cuero cabelludo	Cantidad escasa; deja apreciar mas franjas sin pelo en el cuero cabelludo	Cantidad escasa con franjas sin pelo en el cuero cabelludo, desplazado (signo de bandera)
Dacilidad al peinado	Suave, sedoso, se peina con facilidad	algunos pelos parados, se peina con facilidad	pelos parados que no responden al peinado	pelos parados que no responden al peinado
				
<b>CARA</b>				
Forma de la cara	forma redonda	forma cuadrada	forma ovalada	forma triangular
Adiposidad en el lado interno de las mejillas	<b>ADIPOSIDAD EN LAS MEJILLAS</b>			
	abundante adiposidad en las mejillas	moderada adiposidad en las mejillas	escasa adiposidad en las mejillas	muy escasa adiposidad en las mejillas
				
<b>BARBILLA Y CUELLO</b>				
Popada	popada con doble o triple pliegue	popada con un solo pliegue	sin popada	sin popada
Perfil de barbilla y cuello	cuello no evidente	se insinúa el cuello, sin arrugas	cuello bien definido, sin arrugas y de piel fina	cuello evidente con piel laxa y arrugada
				

PUNTAJE SIGNO	INDICADOR DE METCOFF			
	4	3	2	1
Coger brazo y codo con ambas manos, mirando la zona del tríceps, comprimir con suavidad hacia el centro y observar pliegues	<b>BRAZOS</b>			
	Enteros redondos. No se generan pliegues	Escasos pliegues superficiales	3 a 5 pliegues gruesos	Pliegues en forma de acordeón.
				
<b>ESPALDA</b>				
Pinzar con suavidad la porción media del tríceps, tratando de levantarla	Difícil de pinzar	Elevación del pliegue de 5 a 10mm	Elevación del pliegue de 10 a 20mm	La piel es laxa, se pinza con facilidad y se levanta más de 20mm desde el codo
				
Pinzar de manera suave con pulgar e índice la zona interescapular o subescapular, tratando de elevar la piel y tejido celular subcutáneo	Piel difícil de sujetar o elevar	Elevación de la piel de 5 a 10 mm (pliegue grueso)	Elevación de la piel de 10 a 20 mm (pliegue adelgazado)	Elevación de la piel mayor de 20 mm (pliegue delgado y laxo)
				
<b>NALGAS</b>				
Observar nalgas y cara posterosuperior del muslo	<b>ADIPOSIDAD EN NALGAS</b>			
	cojinetes adiposos, redondos y llenos	cojinetes adiposos aplanados, sin arrugas en nalgas ni muslos	tejido celular subcutáneo adelgazado. Arrugas no profundas en nalgas y muslo	Tejido celular subcutáneo escaso. Piel laxa con arrugas profundas
				

PUNTAJE SIGNO	INDICADOR DE METCOFF			
	4	3	2	1
Pinzar con pulgar e índice de manera suave, la región media y anterior de la pierna, tratando de elevar la piel y el tejido subyacente	<b>PIERNAS</b>			
	Redondas, difícil pinzarlas	Elevación de pliegue de 5 a 10 mm	Elevación de pliegue de 10 a 20 mm	Piel laxa. Elevación de pliegue mayor a 20 mm
				
Coger con ambas manos mirando la región anterior de la pierna. Fijar el pie y comprimir con suavidad desde la rodilla para formar pliegues.	<b>ADIPOSIDAD EN PIERNAS</b>			
	No se generan pliegues	Escasos pliegues, no profundos	De 3 a 5 pliegues gruesos	Múltiples pliegues en forma de acordeón
				
<b>PECHO</b>				
Observar prominencias de costillas y espacio intercostal.	<b>ADIPOSIDAD EN PECHO</b>			
	Lleno, redondo. No se aprecian las costillas	Se insinúan algunas costillas y leve pérdida de tejido intercostal	Se aprecian costillas y pérdida de tejido intercostal	Costillas prominentes con pérdida del tejido intercostal
				
<b>ABDOMEN</b>				
1. Observar adiposidad. 2. Consistencia de la piel.	<b>ADIPOSIDAD EN ABDOMEN</b>			
	1. Llano, redondo. 2. Sin piel laxa	1. Llano. 2. Sin piel laxa con pliegues no profundos en región supraumbilical	1. Adelgazado. 2. Pliegues visibles en todo el abdomen	1. Diferenciado escarificado. 2. Piel muy laxa, plegada
				

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, H., Ravasco, P., & Mardones, F. (2010). *Métodos de valoración del estado nutricional*. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/09\\_articulo\\_09.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/09_articulo_09.pdf)
- Bejarano, R. D., Domínguez, E. D., González, C. D., & Aldeano, N. D. (2006). *Estado Nutricional según evaluación antropométrica en niños hospitalizados*. Retrieved from [http://spponline.net/revista/revista\\_pediatria\\_vol35\\_n1\\_2006.pdf#page=13](http://spponline.net/revista/revista_pediatria_vol35_n1_2006.pdf#page=13)
- Brown, J. E., Isaacs, J. S., Lechtenberg, E., Murtaugh, M. A., Sharbaugh, C., & Splett, P. L. (2014). *Nutrición En Las Diferentes Etapas De La Vida* (Quinta, Vol. 1). México.
- Cárdenas López, C., Suverza Fernández, A., Hava Navarro, K., & Perichart Perera, O. M. en C. (2005). *Mediciones antropométricas en el neonato*. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v62n3/v62n3a9.pdf>
- Castilla Castilla, C. M. del C., García García, J., Rivera Rosas, S., & Mendoza Zanellaa, R. M. (2013). *Índices antropométricos y bioquímicos en la valoración nutricional del neonato de peso muy bajo*. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im142i.pdf>
- Concepción, A. E. L., Machado, J. P., & López, P. C. (2014). La ablactación precoz en lactantes del área de salud de Güines. *Panorama Cuba y Salud*, 5(4), 84–87.
- Cruz Bojórquez, R. M., Barrera Bustillos, M. E., Bezares Sarmiento, V. del R., & Burgos de Santiago, M. (2012). *Evaluación del estado de nutrición en el ciclo vital humano*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Cruz Hernandez, M. (2007). *Tratado de Pediatría* (Segunda, Vol. 1). España.

- Dalmau Serra, J., & Muñoz Guillen, A. (2008). *Alimentación del recién nacido sano*. Retrieved from [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5\\_2.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_2.pdf)
- Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, & National Center for Health Statistics. (2002). 2000 CDC Growth Charts for the United States: Methods and Development. Retrieved September 1, 2016, from [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_11/sr11\\_246.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf)
- Dirección Técnica De Demografía E Indicadores Sociales. (n.d.). *Manual de la antropometrista*. Retrieved from [http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas\\_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTOPOMETRISTA%202012.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTOPOMETRISTA%202012.pdf)
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT). (2009). Calendario del desarrollo del niño de 0 a 18 meses. Retrieved September 20, 2016, from <http://www.apapib.es/0a18.pdf>
- Flores Huerta, S. (2006). *Antropometría, estado nutricional y salud de los niños. Importancia de las mediciones comparables*. Retrieved from <http://scielo.unam.mx/pdf/bmim/v63n2/v63n2a1.pdf>
- Gómez Gómez, M., Danglot Banck, C., & Aceves Gómez, M. (2012). *Clasificación de los niños recién nacidos*. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
- González S., M. A., & Pino V., J. L. (2010, May 12). Estudio Comparativo De Las Curvas De Crecimiento Nchs/Oms: Evaluación Del Estado Nutricional E Implicancias En Un Centro De Salud Familiar. Retrieved August 19, 2016, from <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v37n2/art05.pdf>
- Kliegman, Md., R. M., Stanton, Md., B. F., Schor, Md, Phd, N. F., St. Geme III, Md, J. W., & Behrman, Md, R. E. (2013). *Nelson. Tratado De Pediatría* (19th ed., Vol. 1). España.

- Landino Meléndez N.D., L., & Velásquez Gaviria M.D., O. J. (2016). *Nutridatos, Manual De Nutrición Clínica* (Vol. 1). Colombia.
- Linnard, P. L., & Pineda Sánchez, D. G. (2012). *Notas de Pediatría*. Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Márquez Costa, M. V., & Alberici Pastore, C. (2015). *Herramienta de cribado nutricional versus valoración nutricional antropométrica de niños hospitalizados: ¿Cuál método se asocia mejor con la evolución clínica?*. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Carla\\_Pastore2/publication/280004331\\_Herramienta\\_de\\_cribado\\_nutricional\\_versus\\_valoracin\\_nutricional\\_antropomtrica\\_de\\_nios\\_hospitalizados\\_Cul\\_mtodo\\_se\\_asocia\\_mejor\\_con\\_la\\_evolucin\\_clnica/links/55a30cca08aea815dff2f38.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carla_Pastore2/publication/280004331_Herramienta_de_cribado_nutricional_versus_valoracin_nutricional_antropomtrica_de_nios_hospitalizados_Cul_mtodo_se_asocia_mejor_con_la_evolucin_clnica/links/55a30cca08aea815dff2f38.pdf)
- Ministerio de salud pública del Ecuador, & Coordinación Nacional. (2012). *Manual De Procedimientos De Antropometría Y Determinación De La Presión Arterial*. Retrieved from <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH01f1.dir/doc.pdf>
- Montesinos Correa, H. (2014). *Crecimiento y antropometría: aplicación clínica*. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm142j.pdf>
- Palafox López, M. E., & Ledesma, J. Á. (2012). *Manual de Fórmulas Tablas para la intervención Nutriológica*. Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Pérez Camacho M.D., P. M., Velasco Benítez M.D., C. A., & Parra Izquierdo, V. (2009). *Antropometría, Clínica Y Bioquímica En 360 Niños Menores De 15 Años Del Hospital Universitario Del Valle Evaristo García De Cali, Colombia*. Retrieved from <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5672/1/Antropometr%C3%ADa%201.1.pdf>

- Przytulski, K., & Lutz., C. (2011). *Nutrición Y Dietoterapia* (Quinta). México: Mc Graw Hill.
- Rodota, L. P., & Castro, M. E. (2012). *Nutrición clínica y dietoterapia*. Buenos Aires: Panamericana.
- Rodríguez Bonito, R. (2012). *Manual de neonatología*. Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Rodríguez González, P., & Larrosa Haro, A. (2013). *Desnutrición y obesidad en pediatría*. Retrieved from <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/leccionmedicinadeexcelencia/10%20Desnutrici%C3%B3n%20y%20obesidad%20en%20pediatr%C3%ADa-Interiores.pdf#page=97>
- Rojas Gabulli, M. I. (2000). *Aspectos Prácticos De La Antropometría En Pediatría*. Retrieved from [http://200.62.146.19/BVRevistas/Paediatrica/v03\\_n1/pdf/aspectos\\_antropomet.pdf](http://200.62.146.19/BVRevistas/Paediatrica/v03_n1/pdf/aspectos_antropomet.pdf)
- Silveira, C. R. M., Beghetto, M. G., Carvalho, P. R. A., & Mello, E. D. (2011). Comparación de las curvas de crecimiento del NCHS, CDC y la OMS en la valoración nutricional de los niños hasta cinco años hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 465–471.
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2013). *Guía para la evaluación del crecimiento físico*. Retrieved from [http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro\\_verde\\_sap\\_2013.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013.pdf)
- Técnica de medición para la toma de peso y estatura*. (2011). Retrieved from [http://www.cdi.gob.mx/albergues/medicion\\_peso\\_talla.pdf](http://www.cdi.gob.mx/albergues/medicion_peso_talla.pdf)
- Treviño Martínez, G. (2009). *Pediatría*. Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Unicef Ecuador. (2012a). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas*. Retrieved from [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion\\_24julio.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf)



Unicef Ecuador. (2012b). *Lactancia Materna*. Retrieved from <http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>

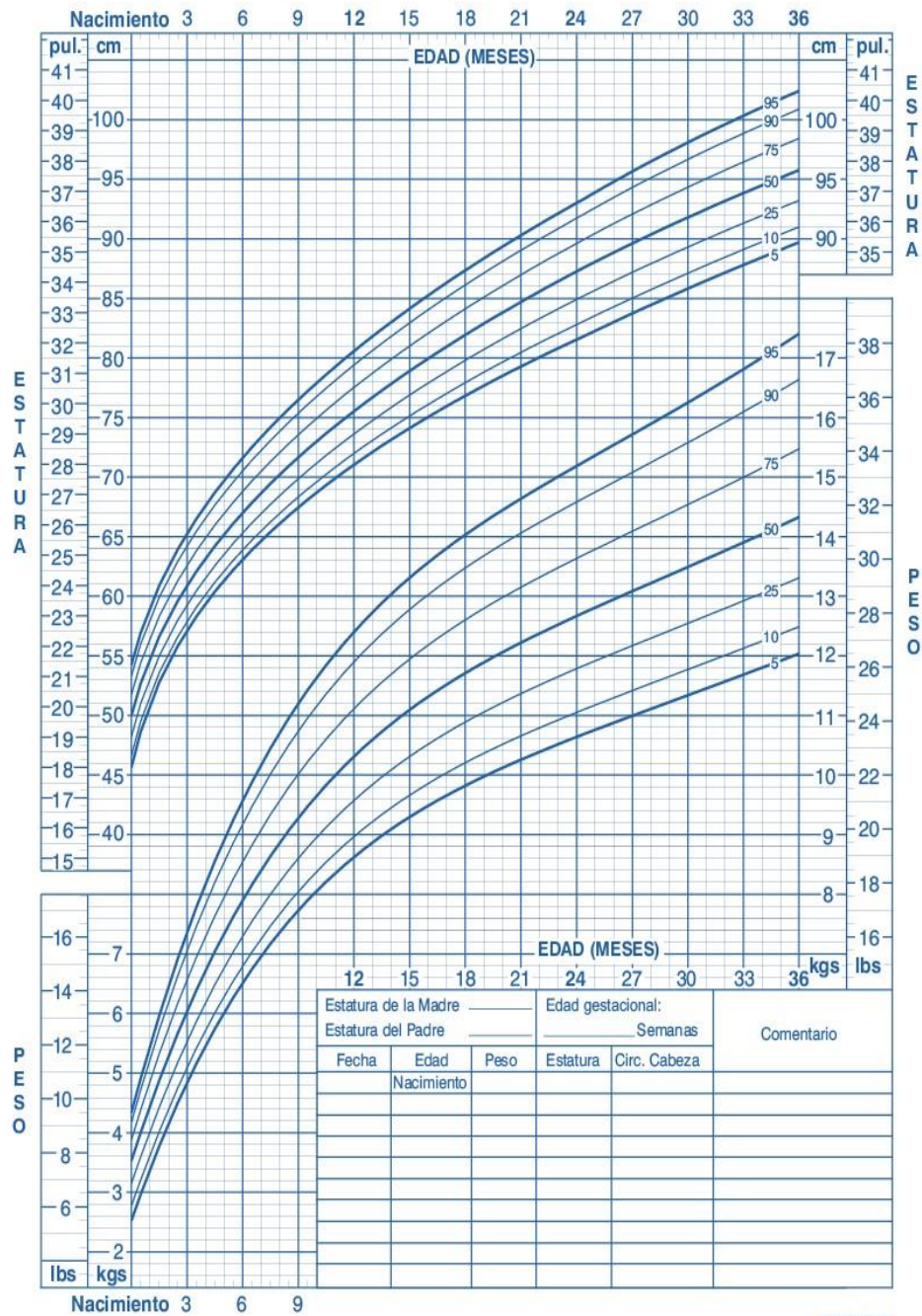
Villalobos Alcázar, G., Casanueva, E., Ortiz Rodríguez, V., Alonso De La Vega, P., & Guzmán Bárcenas, J. (2002). *Evaluación antropométrica del recién nacido. Variabilidad de los observadores*. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip022c.pdf>



Nacimiento a 36 meses: Niños  
 Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

Nombre \_\_\_\_\_

# de Archivo \_\_\_\_\_



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).  
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con  
 el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).  
<http://www.odc.gov/growthcharts>

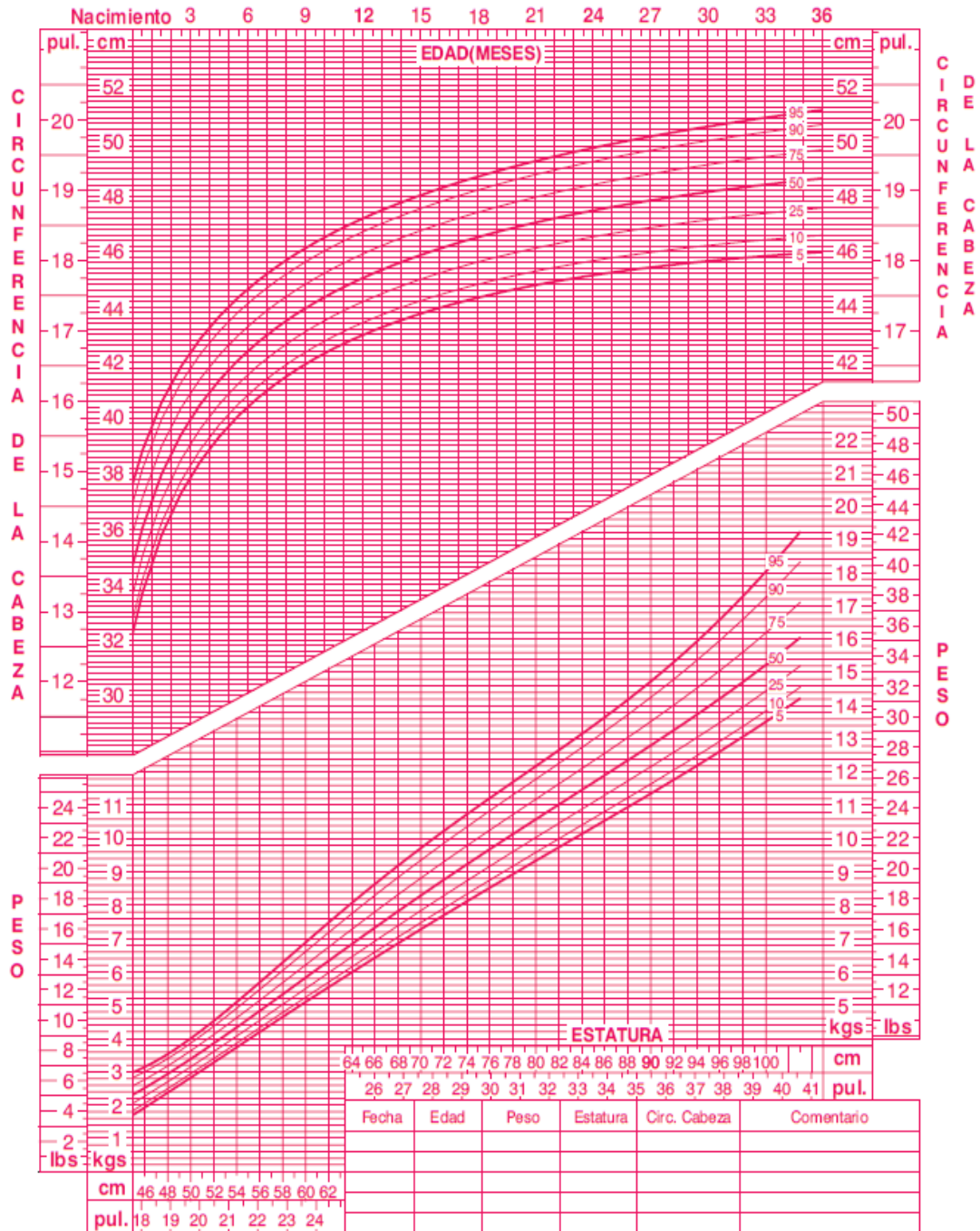


**Curva 2 Percentiles peso por edad y estatura por edad: niños de nacimiento a 36 meses.**

**Fuente:** (Department of health and human services, 2002)

**Nacimiento a 36 meses: Niñas**  
**Percentiles de circunferencia de la**  
**cabeza por edad y Peso por estatura**

Nombre \_\_\_\_\_  
 # de Archivo \_\_\_\_\_



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).  
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con  
 el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



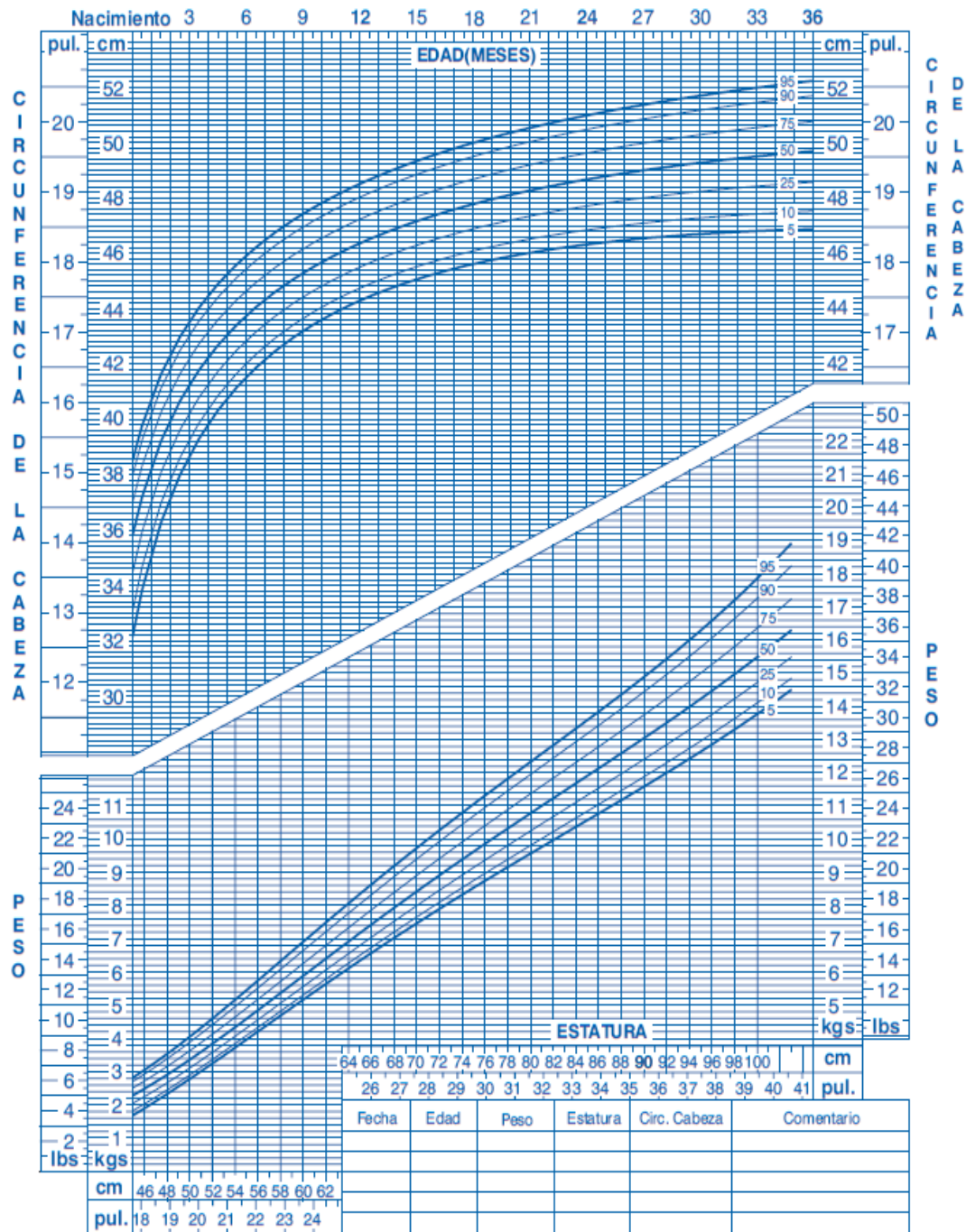
**Curva 3 Percentiles circunferencia de cabeza por edad y peso por estatura: niñas de nacimiento a 36 meses.**

**Fuente:** (Department of health and human services, 2002)

Nacimiento a 36 meses: Niños  
 Percentiles de circunferencia de la cabeza  
 por edad y Peso por estatura

Nombre \_\_\_\_\_

# de Archivo \_\_\_\_\_



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).  
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el  
 Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).  
<http://www.odc.gov/growthcharts>



**Curva 4 Percentiles de circunferencia de cabeza por edad y peso por altura: niños de nacimiento a 36 meses.**

**Fuente:** (Department of health and human services, 2002)

1 mes	2 meses	3 meses
<p>Me paso casi todo el día durmiendo plácidamente.</p> 	<p>Estoy más rato despierto y me interesa ver lo que hay a mi alrededor. Los ruidos fuertes me sorprenden.</p> 	<p>Me gusta mirarme las manos y juego con ellas.</p> 
<p>Sólo me despierto y lloro si tengo hambre o estoy incómodo.</p> 	<p>Me gusta mirarte a los ojos y si te mueves te seguiré con la mirada.</p> 	<p>Si te acercas mucho quizá te tiraré del pelo y te tocaré la cara. Cuando me hables contestaré con sonidos.</p> 
<p>Me tranquiliza oír tu voz y aprendo a mirarte.</p> 	<p>Cuando me hables o acaricies te responderé con sonrisas o sonidos.</p> 	<p>Al cogermelo en brazos puedo sostener la cabeza un ratito.</p> 
<p>Si me pones boca abajo puedo levantar la cabeza unos instantes.</p> 	<p>Me llama la atención los objetos móviles y de colores vivos.</p> 	<p>Boca abajo me sostengo sobre los brazos y levanto la cabeza.</p> 

**Imagen 1 Pautas para el desarrollo en niños de 1 a 3 meses**

**Fuente:** ( Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2009)

4 meses	5 meses	6 meses
<p>Me oriento hacia los sonidos y grito para llamar tu atención.</p> 	<p>Me divierto jugando con mis pies y mis manos. Esto me ayuda porque me enseña a moverme.</p> 	<p>Te contesto con sonidos cuando me hablas.</p> 
<p>Reír a carcajadas cuando juegues conmigo o me hagas cosquillas.</p> 	<p>Si me dejas el sonajero al alcance de la mano lo cogeré y lo haré sonar.</p> 	<p>Puedo coger fácilmente los juguetes que me dan.</p> 
<p>Al mostrarme un objeto intentaré cogerlo.</p> 	<p>Reconozco a quienes están conmigo.</p> 	<p>También me cojo de los pies y así voy descubriendo mi cuerpo.</p> 
<p>Si me lo pones en la mano seré capaz de sostenerlo y me lo llevaré a la boca.</p> 	<p>Al cogerme en brazos puedo sostener la cabeza erguida un ratito.</p> 	<p>Boca abajo estoy tranquilo y me sostengo apoyado sobre las manos. Puedo voltear.</p> 

**Imagen 2 Pautas para el desarrollo en niños de 4 a 6 meses**

**Fuente:** ( Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2009)

7 meses	8 meses	9 meses
<p>Si me das de comer algo que no me gusta cerraré la boca y no querré comer más.</p> 	<p>Lloro porque te has ido de mi lado y me dejas con extraños.</p> 	<p>Me gusta que me cojas y estiro los brazos cuando estás cerca. Puedo palmotear y decir adiós con la mano.</p> 
<p>Puedo decir ga, ta, da... y me gusta repetirlo.</p> 	<p>Si un juguete me gusta me esforzaré por alcanzarlo.</p> 	<p>Sé cuando voy a ir de paseo y esto me gusta. Miro y escucho y voy aprendiendo cosas nuevas.</p> 
<p>Me llaman la atención los objetos y los exploro dándoles vueltas en mis manos.</p> 	<p>Me divierte tirar los objetos para ver cómo caen y oír el ruido que hacen.</p> 	<p>Puedo jugar reteniendo un objeto en cada mano y me gusta hacerlos sonar. Ya puedo coger cosas pequeñas.</p> 
<p>Soy capaz de sostenerme un ratito sentado pero necesito apoyarme delante con las manos para no caerme.</p> 	<p>Quiero conocer mi entorno y lo intento rastreando.</p> 	<p>Puedo estar sentado sin peligro a que me caiga.</p> 

**Imagen 3 Pautas para el desarrollo en niños de 7 a 9 meses**







**Fuente:** ( Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2009)



10 meses	11 meses	12 meses
<p>Me llaman la atención los objetos desconocidos e intento cogerlos.</p> 	<p>Reconozco cuando me nombran a papá o a mamá y los busco.</p> 	<p>Os llamaré diciendo papá y mamá y entenderé muchas cosas de las que me digáis.</p> 
<p>Si veo que me escondes un juguete sabré dónde está e intentaré descubrirlo.</p> 	<p>Si me dices "dame" alargándome la mano, me acerco ofreciéndote lo que me pides.</p> 	<p>Puedo introducir unos objetos dentro de otros y hacer torres simples con cubos grandes.</p> 
<p>Cogido de los barrotes de mi cuna puedo ponerme en pie.</p> 	<p>Al decirme que no, te miraré sorprendido.</p> 	<p>Intentaré recorrer la casa solo o con ayuda, gateando o cogiéndome de los muebles.</p> 
<p>Puedo gatear si me has dejado en el suelo.</p> 	<p>Me gusta comer solo y puedo hacerlo con los dedos.</p> 	<p>¡Cuidado! Abro los cajones para ver lo que hay dentro y si encuentro una cinta tiro de ella para saber lo que hay al final.</p> 

**Imagen 4 Pautas para el desarrollo en niños de 10 a 12 meses**

**Fuente:** ( Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2009)

14 meses	16 meses	18 meses
<p>Me interesarán los juguetes de los otros niños e intentaré cogerlos.</p> 	<p>Puedo señalar y nombrar algunos objetos. También conozco partes de mi cuerpo.</p> 	<p>Me gusta jugar al escondite y sé ir a buscarte cuando estás escondida.</p> 
<p>Cuando me miro en un espejo me hace gracia verme reflejado.</p> 	<p>Soy capaz de beber solo cogiendo la taza con las dos manos. Utilizo la cuchara.</p> 	<p>Ya puedo quitarme alguna pieza de ropa (los zapatos o los calcetines) y ayudarte a vestirme.</p> 
<p>Me gusta esparcir por el suelo todos mis juguetes.</p> 	<p>Me gusta que me leas un cuento y señalaré los dibujos grandes. Puedo pasar páginas.</p> 	<p>Si me das un papel grande, me gusta hacer garabatos con colores vivos.</p> 
<p>Soy capaz de caminar solo o empujando un cochecito.</p> 	<p>Soy capaz de fírmos una pelota y me gusta repetir ese juego.</p> 	<p>Puedo ponerme en pie sin necesidad de ayuda y agacharme a coger un juguete. Subo las escaleras gateando y sé correr un poquito y saltar un escalón.</p> 

**Imagen 5 Pautas para el desarrollo en niños de 14 a 18 meses**

**Fuente:** ( Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2009)

## Protocolo:

BENEMÉRITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA  
**RECIBIDO**  
 GERENCIA HOSPITALARIA  
 FECHA: 19 de Agosto 2016  
 HORA: .....  
 FIRMA: .....

**Protocolo**

Actividades	Fecha	Lugar
1. Presentación en la unidad Hospitalaria al área de preparación de los pacientes y toma de la antropometría.	05/08/2016	Área de preparación del Hospital (consulta externa)
2. Revisión de instrumentos y como realizan las medidas antropométricas.	05/08/2016	Área de preparación del Hospital (consulta externa)
3. Toma de medidas antropométricas a niños de 0 a 5 años.	08/08/2016 – 19/08/2016	Área de preparación del Hospital (consulta externa)
4. Capacitación al personal del área de preparación. Tema: Toma de medidas antropométricas en niños de 0 a 5 años.	20/08/2016	Área de preparación del Hospital (consulta externa)
5. Capacitación al personal del área de preparación. Tema: Utilización de las curvas de percentiles de la OMS en niños de 0 a 5 años.	20/08/2016	Área de preparación del Hospital (consulta externa)

BENEMÉRITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA  
**AUTORIZADO**  
 GERENCIA HOSPITALARIA  
 FECHA: 19 de Agosto 2016  
 HORA: .....  
 FIRMA: .....

## Programa para ingreso de datos del paciente:

**Paciente:** MACIAS MACIAS CESIA MERCEDES  
**Titular:** MACIAS QUIZHPI BARBARA JULIANA  
**Fecha Nacimiento:** 13/10/2015 1 años  
**Signos Vitales:**  
 Temperatura: 36.60 °C Pulso: 1.00 xMin Presion Arterial: 1.00 MinGr  
 Respiracion: 1.00 30xMin Peso: 9.00 Kg Estatura: 72.00 Cm  
 Talla: 723.0 Superficie Corporal: 0.4 m2

## Historia clínica:

Benemerita Sociedad Protectora de la Infancia  
 HOSPITAL "LEÓN BECERRA"  
 Guayaquil

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SABANDO	FALLAIN	HEYDY	NICOLE

N° HISTORIA CLÍNICA: 115249  
 FECHA NACIMIENTO: 13/02/2007 SEXO: F

**NOTAS DE EVOLUCIÓN**

FECHA	TEMPERATURA	TENSION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRAT	PERIMETRO CEFALICO	PERIMETRO TORACICO	PESO	TALLA
09/09/2016	36.6	0	-	18	-	-	37.9	0
HORA	8:56:12							

**EVOLUCIÓN**

SE TRATA DE PACIENTE ESCOLAR FEMENINA DE 9 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE WEST Y VEJIGA NEUROGENICA EN CONTROL DESDE JUNIO DEL 2016 POR ESTA CONSULTA DERIVADA POR IESS. RECIBE NIFURIL, FERRUM, VALCOTE, PEDIASURE. REFIERE DESDE HACE 5 DIAS FIEBRE CUANTIFICADA EN 38.7 C, ASTENIA, VOMITOS Y 1 EVACUACION LIQUIDA VERDOSA POR LO QUE ACUDE A CENTRO DE SALUD EN BAHIA Y EVALUAN EXAMENES. E INDICA QUE TIENE INFECCION NO PRECISA LUGAR Y REFIEREN A ESTE CENTRO. ACUDE EN EL DIA DE AYER A ESTE CENTRO DONDE MANTIENE EN OBSERVACION POR MANTENERSE FEBRIL HASTA AYER Y COLOCAN HIDRATACION POSTERIOR A EVALUACION INDICA PARACETAMOL Y EGRESA. HOY NO HA PRESENTADO VOMITOS SOLO REFIERE ASTENIA Y DECAIMIENTO FAINGE HIPEREMICA CONGESTIVA RINORREA VERDOSA CON GOTEOS POSNASAL. CONJUNTIVAS HIPEREMICAS CON SECRECION. RESTO SIN ALTERACIONES. MADRE REFIERE VULVOVAGINITIS. SE RECIBEN PARACLINICOS: HB 11 GB 5500 PLAQUETAS 2190000 S 58 L 35 PCR 2.0 EMO PH5 LEUC 4.5 XC ECO RENAL NORMAL UROTAC 23-07-2016 NORMAL.

**MEDIDAS GENERALES**

SE INDICA CEFUROXIMA, DIGERIL, SUERO ORAL, PEDIALITE, ENTEROGERMINA Y REALIZAR CULTIVO DE ORINA. NIDAZ PARA VULVOVAGINITIS Y TOBRAMICINA GOTAS.

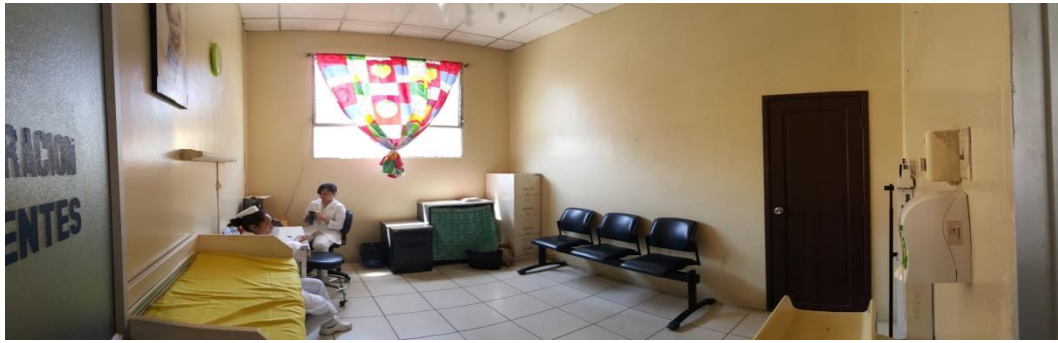
EXÁMENES DE LABORATORIO

EXÁMENES DE IMÁGENES

DOCTOR:  
 JURADO ALVAREZ GILENNYS MERCEDES

CONSULTA EXTERNA - EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES

## Área de preparación:



## Equipos del área de preparación:





**Equipos de las salas San Vicente y Santa María:**



## Evidencia

### Entrevistando al personal auxiliar de enfermería:





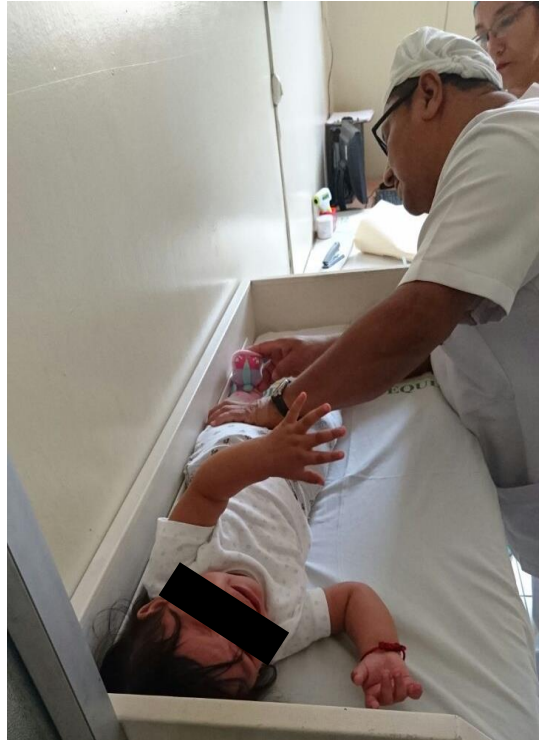
## **Entrevista**

- 1. ¿Qué datos se registran en el área de preparación de consulta externa?**
- 2. ¿Realizan la medición del perímetro cefálico?**
- 3. ¿Cuántos auxiliares de enfermería conforman el área de preparación y que función cumplen?**
- 4. ¿Existe un licenciado en nutrición en el área de preparación de consulta externa?**
- 5. ¿Cada que tiempo los capacitan?**
- 6. ¿De qué se trata la capacitación?**
- 7. ¿Les enseñan cómo hacer el IMC o tabulación sobre las curvas de crecimiento?**
- 8. ¿Cuentan con la capacitación de profesionales en Nutrición para la valoración antropométrica?**

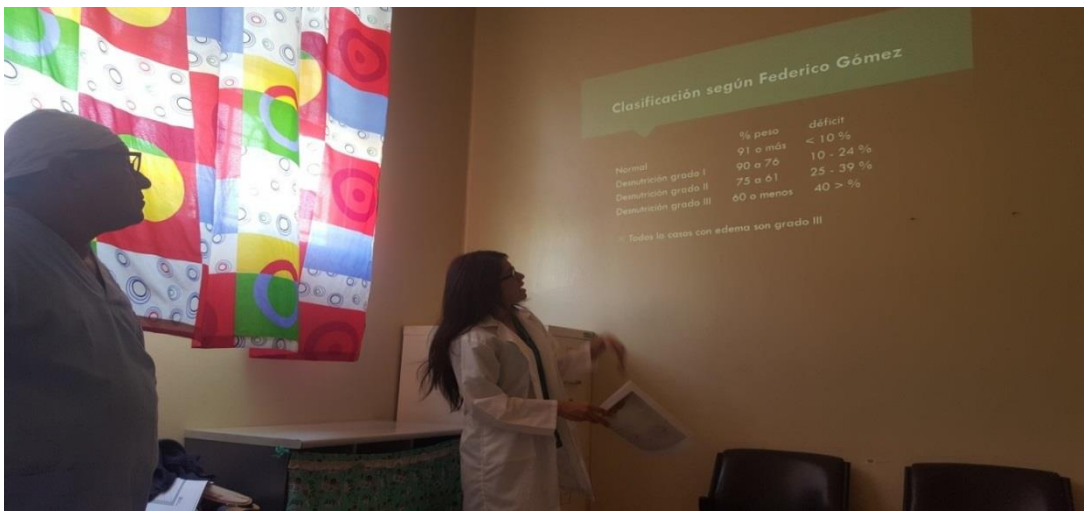
**Personal auxiliar de enfermería tomando el peso y la talla:**







## Capacitación al personal auxiliar de enfermería:



**Realizando la toma de medidas antropométricas:**









## Diapositivas de la capacitación:



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

“Toma de medidas antropométricas en niños de 0 a 2 años”

**AUTORES:**

Jordán Córdova Ana Cristina

Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna

**TUTOR:**

Dra. Pérez Schwass Lia

## Medidas Antropométricas

**Peso (gr/kg)**

- Pesa-bebe
- báscula

**Longitud/Estatura**

- Tallmetro
- Estadiómetro

**Perímetro cefálico**

- Cinta métrica

## Peso: En niños menores de 2 años



- El equipo debe estar calibrado en cero (0).
- Pesar sin ropa o con ropa ligera.
- Colocar al niño en el centro de la balanza.
- No debe apoyarse y ninguna parte de su cuerpo debe quedar afuera.

## Longitud: En niños menores de 2 años

- Debe estar acostado boca arriba, con la cabeza apoyada firmemente contra la parte fija.
- El encargado de medir al infante deberá colocar sus manos sobre las rodillas del bebe para que este las mantenga extendidas.



## Perímetro cefálico: de 0 a 2 años de edad.



- Colocar la cabeza del infante bien derecha mirando hacia el frente.
- Posicionar la cinta métrica y sostener la caja con la mano derecha y el extremo con la izquierda
- Ubicar la cinta sobre las cejas y rodear la cabeza buscando la parte mas prominente atrás de la cabeza.
- Cuidar siempre de no lastimar al infante mientras se realiza la medición.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

“Curvas de percentiles de la CDC en niños de 0 a 5 años”

**AUTORES:**

Jordán Córdova Ana Cristina

Noblecilla Saverio Ingrid Ivanna

**TUTOR:**

Dra. Pérez Schwass Lia

# INDICES DE VALORACIÓN

- PESO PARA LA EDAD
- TALLA PARA LA EDAD
  - IMC/ EDAD
- TABLAS DE OMS

## PESO PARA LA EDAD (P/E)

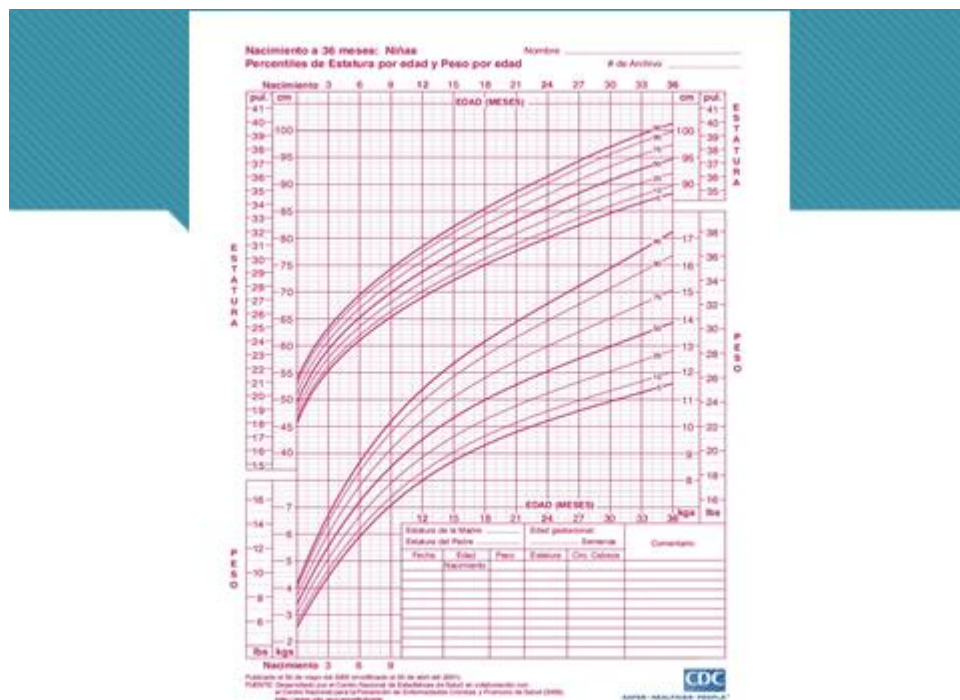
- El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada.

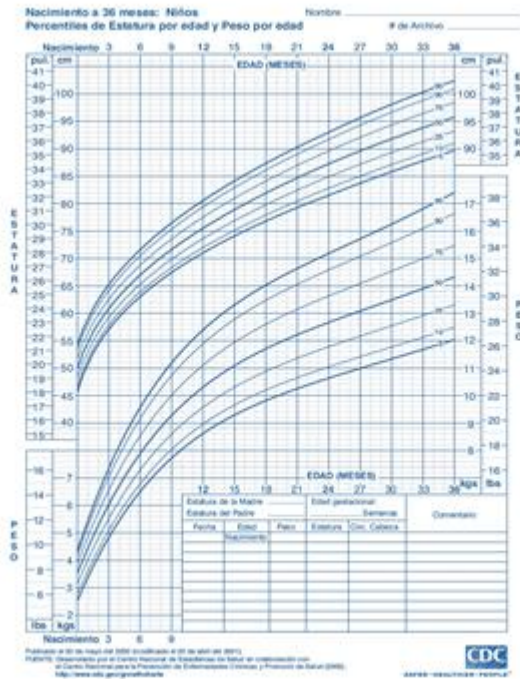
Clasificación	Percentil
Desnutrición severa	<p5
Desnutrición moderada	P5 hasta p10
Desnutrición leve	P11 hasta p25
Eutrófico	P26 hasta p75
Sobrepeso	P76 hasta el p95
Obesidad	>p95

# TALLA PARA LA EDAD (T/E) Waterlow

- Evalúa la estatura del niño en relación con la estatura esperada para niños de la misma edad

Clasificación	Percentil
Retraso en el crecimiento grave	<3
Retraso en el crecimiento moderado	P3 hasta p10
Retraso en el crecimiento leve	P11 hasta p25
Eutrófico	P26 hasta p75
Talla alta	P76 hasta el p97
Talla muy alta	>p97





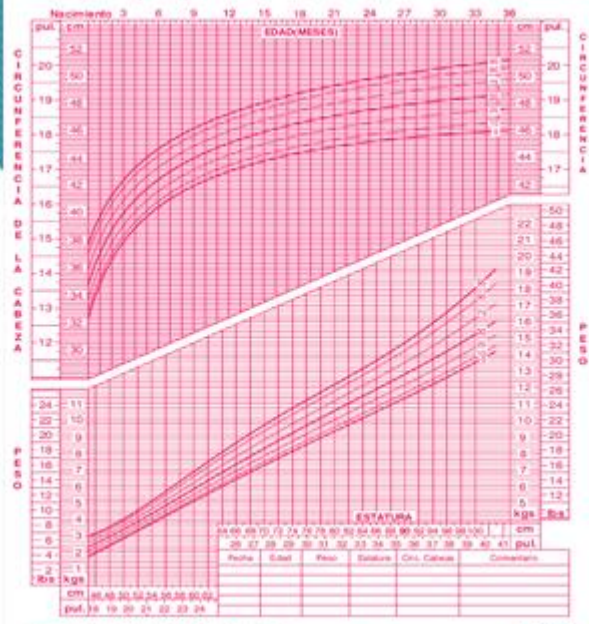
## PESO PARA LA TALLA ( P/T) Waterlow

✖ Cuantifica el peso del niño en relación con su propia talla, evalúa con más precisión la constitución corporal y distingue la desnutrición aguda de la desnutrición crónica.

Clasificación	Percentil
Desnutrición severa	<p5
Desnutrición moderada	P5 hasta p10
Desnutrición leve	P11 hasta p25
Eutrófico	P26 hasta p75
Sobrepeso	P76 hasta el p95
Obesidad	>p95

**Nacimiento a 36 meses: Niñas**  
**Percentiles de circunferencia de la cabeza por edad y Peso por estatura**

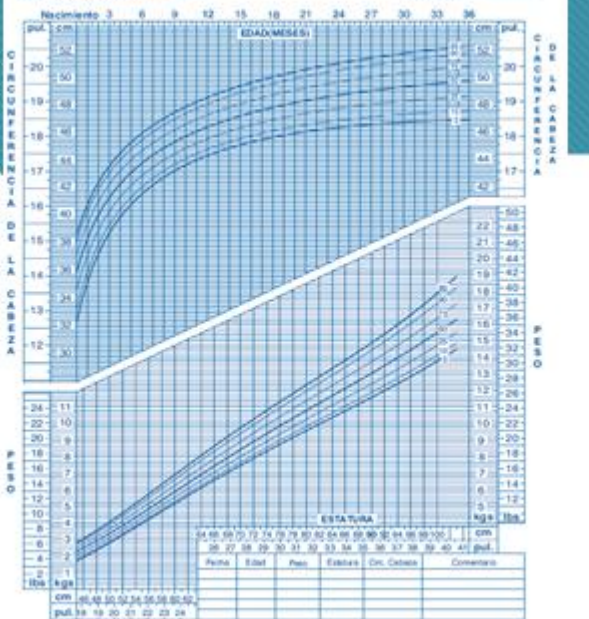
Nombre \_\_\_\_\_ # de Archivo \_\_\_\_\_



Publicado el 05 de mayo del 2000 (revisado el 05 de octubre del 2000).  
 Fuente: Adaptado del *Curso Internacional de Estadística de la Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Promoción de Estadísticas Vitales y Pronósticos de Salud (NCHS)*.  
<http://www.cdc.gov/nchs/data> **CDC** **SAFER. HEALTHIER. PEOPLE.**

**Nacimiento a 36 meses: Niños**  
**Percentiles de circunferencia de la cabeza por edad y Peso por estatura**

Nombre \_\_\_\_\_ # de Archivo \_\_\_\_\_



Publicado el 05 de mayo del 2000 (revisado el 05 de octubre del 2000).  
 Fuente: Adaptado del *Curso Internacional de Estadística de la Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Promoción de Estadísticas Vitales y Pronósticos de Salud (NCHS)*.  
<http://www.cdc.gov/nchs/data> **CDC** **SAFER. HEALTHIER. PEOPLE.**

## IMC: índice de masa corporal

- Índice de masa corporal [ **peso(kg) / talla(m<sup>2</sup>)** ] se ha sugerido como un mejor indicador de estado nutricional en mayores de 10 años y adolescentes
- Los puntos de corte definidos internacionalmente para clasificar el estado nutricional en adultos, no son aplicables en el niño por la variabilidad de la composición corporal en el proceso de desarrollo.

Clasificación	Percentil
Bajo peso	<p5
Eutrófico	p10 hasta el p85
Sobrepeso	p85 hasta el p95
Obesidad	Igual o >p95



**Referencia para el área de preparación de consulta externa:**



Imagen tomada de internet. ProDoctor.2016



Imagen tomada de internet. ProDoctor. 2016



Imagen tomada de internet. ProDoctor. 2016



Imagen tomada de Internet. ProDoctor. 2016



Imagen tomada de internet. Consultorio TH



Imagen tomada de internet. Proyecto de vida 2, 2015



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Jordán Córdova, Ana Cristina, con C.C: # 0925576670 y Noblecilla Saverio, Ingrid Ivanna, con C.C: # 0704852383 autoras del trabajo de titulación: Evaluación del registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional de neonatos y lactantes en el área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra durante los meses de Mayo a Septiembre del 2016 previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos 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.- Autorizamos 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, 15 de Septiembre del 2016

f. \_\_\_\_\_

Jordán Córdova, Ana Cristina

C.C: 0925576670

f. \_\_\_\_\_

Noblecilla Saverio, Ingrid Ivanna

C.C: 0704852383



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Evaluación del registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional de neonatos y lactantes en el área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra durante los meses de Mayo a Septiembre del 2016		
<b>AUTOR(ES)</b>	Ana Cristina Jordán Córdova, Ingrid Ivanna Noblecilla Saverio		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Lia Dolores Pérez Schwass		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Nutrición, Dietética y Estética		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	15 de Septiembre de 2016	<b>No. PÁGINAS:</b>	126
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud Publica, Pediatría		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	<b>RECIÉN NACIDOS, LACTANTES, DESNUTRICIÓN, SOBREPESO, OBESIDAD. NEWBORN; INFANT; MALNUTRITION, OVERWEIGHT, OBESITY.</b>		
<b>RESUMEN:</b>			
<p>Se observó en el área de preparación de consulta externa del Hospital León Becerra que parte del personal de enfermería no está capacitado para realizar tomas antropométricas, por lo cual el objetivo de este estudio fue evaluar el registro antropométrico para realizar un diagnóstico nutricional. El estudio fue no experimental de corte transversal, diseño descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo. La muestra fue de neonatos y lactantes, 41 de sexo femenino y 48 de sexo masculino que asistieron al área de preparación previo a la consulta externa. En el resultado de las niñas se evidencio un 39.02% eutrofia, 31.71% desnutrición y 29.26% sobrepeso y obesidad. En el caso de los niños se evidencio gran porcentaje en desnutrición: 4.17% desnutrición aguda, 16,67% desnutrición crónica inicial, 4.17% desnutrición crónica, 2.08% desnutrición crónica activa, 25% desnutrición crónica previa. Hubo un 27.08% de eutrofia, 14.58% de sobrepeso y 6.25% de obesidad. Se concluye que hay gran porcentaje de niños con desnutrición debido a que estén pasando por un cuadro infeccioso o alguna enfermedad. De acuerdo a este resultado se propuso una guía para el personal de enfermería y se recomendó que haya una licenciada en nutrición para el diagnóstico nutricional.</p>			



### ABSTRACT:

It has been observed in the external area or consulting preparation of Leon Becerra's hospital that part of the nursery is not prepared to take anthropometric tests, from which the objective of this study was to evaluate the antropometric register, in order to make a nutritional diagnose. The study was not experimental of short transcendence, descriptive design, with a qualitative and quantitative focus. The tests demostrates that 89 newborn and infant, 41 were females and 48 males assisted in the area of preparation before the external consult. From the 100% of females, 39.02% have eutrophia, 31.71% of malnutrition, and 29.26% of overweight and obesity. In the case of male infant, it is evidenced a high percentage on malnutrition: 4.17% chronic malnutrition, 2.08% active and chronic malnutrition, 25% previous malnutrition. There has been 27.08% of eutrophia. In conclusion, there have been a high percentage of infant with malnutrition due to an infection. According to this result, it has been proposed a guide for experts in nursery and it is recommended that there should be a licensed nutritionist for the nutritional diagnose.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>CON</b>	
	<b>Teléfono:</b>  +593-982216029  +593-984078056	<b>Email:</b>  anacristinajordan_@hotmail.com  Ingrid.n391@gmail.com
<b>CONTACTO CON INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>CON LA DEL</b>	
	<b>Nombre:</b> Álvarez Córdova Ludwig Roberto	
	<b>Teléfono:</b> +593-999963278	
	<b>E-mail:</b> drludwigalvarez@gmail.com	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		