

Nombre de la universidad

Universidad del sureste  
UDS

Nombre de la materia

Nutrición y Actividades Pediátricas.

Nombre del catedrático  
DANIELA MONSERRAT  
MENDEZ GUILLEN

Nombre del alumno

MALDONADO SALAZAR HEIDI YOSELIN

Fecha de entrega

15 DE NOVIEMBRE 2020

## INTRODUCCION

TEMA: valoración antropométrica y nutricional en la edad pediátrica.

Requerimientos de macro y micro nutrientes en la etapa pediátrica.

Como bien sabemos la valoración antropométrica es uno de los conceptos más amplios que utiliza una gama variada de herramientas dentro de ellos que instrumentos, indicadores y poblaciones de referencia de acuerdo al tipo de resultado que se desea obtener. Mientras el primero requiere aquellos capaces de predecir o cuantificar el daño clínico, el director de un programa debe utilizar los que le permitan determinar la magnitud global del problema definir prioridades y focalizar intervenciones en una población.

Debemos de tomar en cuenta que requerimos un tipo de evaluación que este será un indicador, con una población de referencia con quien comparar el valor obtenido y una clara definición de cual podrá ser el límite para con ello no llevar acabo la normalidad de una patología.

Los datos o mediciones en antropometría hacen referencia a diferentes variables de las cuales las más utilizadas son el peso y la talla estas medidas por si solas no aportan información relevante para la evaluación nutricional.

Esta ponderación se obtuvo al combinar las dos mediciones edad y peso esta combinación se denomina índice, los tres índices antropométricos más utilizados en pediatría son:

Peso para la edad.

Talla para la edad.

Peso para la talla.

El peso mide la masa corporal total y la talla, refleja el crecimiento lineal y su deficiencia indica alteración de la nutrición o salud durante un tiempo prolongado. Para una interpretación correcta de los datos es importante estandarizar las condiciones de medición de estas variables idealmente escribir una guía para las personas involucradas en las mediciones.

Un indicador frecuentemente se establece a partir de índices como por ejemplo una vez que se ha obtenido la relación peso/edad de un niño se obtiene el indicador al comparar este con una población de referencia con puntos de corte asignado así podemos definir

que nuestro límite para señalar la normalidad es en este caso percentil 10 allí estamos construyendo un indicador y consecuentemente consideramos como desnutrido a todo niño que tenga un peso y edad menor al percentil 10.

Requerimientos de macro y micro nutrientes en la edad pediátrica:

La nutrición en cada una de las diferentes etapas de la edad pediátrica tiene como objetivo conseguir un crecimiento y desarrollo adecuados, evitar las deficiencias nutricionales y prevenir enfermedades que se manifiestan en el adulto. Es necesario conocer los requerimientos de energía y de macro y micronutrientes durante cada etapa pediátrica.

Los datos son muy evidentes para la aterosclerosis, la osteoporosis y la HTA son las formas de obesidad que se inician en la infancia tienden a perpetuarse en el adulto y se asocian a otras enfermedades como la DM2.

Existen asimismo algunos datos que relacionan la DM tipo 1 DM1 con la alimentación artificial del recién nacido.

Por ello decimos que la nutrición pediátrica va mucho más allá de la alimentación del lactante y de la prevención de deficiencias de macro y micro nutrientes en niños pequeños.

Nutrición del lactante: es común que la LM es el alimento idóneo para el lactante pequeño la OMS que propone que debe ser el único alimento hasta los 6 meses y a partir de esa edad se debe introducir la AC.

La LM es el alimento ideal durante los seis primeros meses al aconsejar la introducción de la AC se debe valorar el ambiente sociocultural actitud de los padres y la relación madre e hijo.

La cantidad de alimento varía mucho de una comida a otra y en general una gran comida va seguida de otra de menor cantidad.

Para la población de uno a tres años de ambos sexos los requerimientos son:

Energía: entre 1000 y 1300 kcal al día.

Proteínas: 1.1 g/ kg/día lo cual equivale aproximadamente a 13g/día debiendo proporcionar del 5 a 20% del valor calórico total de la dieta.

Las deficiencias de nutrientes enumeradas son provocadas por dietas inadecuadas: El 56,1% de los niños ingiere menos de dos raciones de pescado a la semana, lo cual sería la causa de la deficiente ingesta de AGP. El 66,7% no ingiere diariamente verduras y hortalizas; el 32,8% no ingiere fruta a diario. Estos últimos datos son la causa de la deficiencia de vitaminas y fibra. Es importante destacar que el 1,6% de la población de uno a cinco años no desayuna, y que entre los que sí desayunan hay un 9,5% que ingiere zumos comerciales en lugar de lácteos.

## DESARROLLO

### RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACION DE LA DIETA:

La dieta para niños de uno a tres años tiene unas normas generales que pueden resumirse en tres características: variación, equilibrio y moderación. Y en base a ello se pueden elaborar dietas que satisfagan estas características, las cuales se deben adaptar a cada persona.

Consumo de verduras y/u hortalizas diariamente, siendo recomendable tanto en la comida como en la cena, es decir, dos raciones al día. Si bien los purés son la forma de presentación más aceptada por los niños, es conveniente que se acostumbren a tener que masticar, por lo que hay que darlas en forma de ensalada de tomate.

Aumentar el consumo de pescado, siendo más recomendable para este grupo de edad el pescado blanco. Determinados pescados azules (especialmente grandes) pueden tener contaminantes.

Ingesta de leche: Mención especial merece el estudio del tipo de leche a consumir en niños pequeños, que tienen unos requerimientos de calcio relativamente altos. De ahí que se recomiende seguir administrando leche durante este periodo. Sin embargo, la LV contiene un exceso de proteínas y una baja cantidad de hierro, vitamina D y folatos, y un cociente calcio/fósforo inadecuado para conseguir la máxima absorción de calcio; asimismo, contiene un 27,3% de AGS, un 14,3% de AGM y un 1,3% de AGP, y muy bajo contenido en EPA, DHA y AA. Por ello, si se administran cantidades altas de LV, superiores a 700-750 ml/día, se puede contribuir a las ingestas inadecuadas de nutrientes enumeradas anteriormente.

La evaluación de grupos de individuos requiere la construcción de indicadores.

Estos sirven para identificar individuos o poblaciones sometidas a riesgo, pueden reflejar problemas ocurridos en el pasado, que ocurren en el presente o pueden suceder en un futuro; para seleccionar individuos o poblaciones para una determinada intervención y reflejar la respuesta a la misma.

Un buen indicador es aquel que refleja mejor el problema planteado o predice un determinado resultado. Aunque al presente nos ocupamos de los indicadores antropométricos que son los más fáciles de calcular, en el área nutricional existen otros tipos de indicadores como los alimentarios y bioquímicos, cada uno de ellos tiene una definición propia y puntos de cortes definidos.

#### Puntos de corte

Una vez seleccionados los indicadores y la población de referencia, se deben definir los puntos de corte y el método matemático para expresarlos y de esta manera estamos en condiciones de medir la prevalencia (casos en un momento dado).

#### Detección de riesgo

Uno de los objetivos de la evaluación nutricional, tanto a nivel clínico como poblacional, es la detección precoz de aquellos niños que se encuentran en situaciones de riesgo nutricional.

## CONCLUSION

Que es de gran importancia conocer los patrones que existen en un grupo determinado de individuos, la relación existente entre sus variables antropométricas, además de la interacción que existe entre las variables.

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública de particular importancia en el contexto de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. Su importancia radica en el efecto de la obesidad en la infancia, sobre la salud cardiovascular futura. El objetivo de esta investigación fue describir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la edad escolar en la población vulnerable.

La prevalencia de la obesidad fue de 5,54% en uno de los colegios y 3,68% en el otro. La prevalencia del sobrepeso fue de 14,61% en un colegio y 9,82% en el otro. A pesar de que la alimentación saludable fue identificada por los profesores como una característica importante de las escuelas, esto no se vio reflejado en el proyecto educativo institucional. Existen diferencias en cuanto a la prevalencia de la obesidad y del sobrepeso entre los colegios y entre los sexos, por lo cual existe la necesidad de continuar generando otras investigaciones que posibiliten indagar asociaciones causales.