



**Nombre del alumno:**

Erika Yatziri Castillo Figueroa

**Nombre del profesor:**

Ludbi Isabel Ortiz

**Licenciatura:**

Enfermería 5to Cuatrimestre

**Materia:**

**ENFERMERIA EL NIÑO Y DEL ADOLECENTE**

**Nombre del trabajo:**

Cuadro sinóptico del tema:

“TEMAS 3.10, 3.10.1, 3.10.2, 3.10.3, 3.10.4, 3.11, 3.12, 3.13, 3.14,  
3.15, 3.16.”

Frontera Comalapa, Chiapas a 14 de marzo del 2021

# Alimentación

Que son

Después del estirón que experimentan los niños desde el nacimiento hasta el año de edad, la etapa que va desde que el niño tiene 1 año y hasta los 3 años se caracteriza por un crecimiento lento pero constante.

Ya desde estas edades, cambios en la dieta, especialmente en lo que se refiere a consumo de ciertos tipos de grasas y de vitaminas, pueden ayudar a prevenir algunas enfermedades y a que crezcan sanos y fuertes..

Leche

Es el alimento básico en los niños a esta edad. Desde el año hasta los 3 años, las necesidades de calcio son muy elevadas y la leche es la principal fuente de este calcio de la dieta diaria. Las leches de continuación son la mejor alternativa a la leche de vaca, ya que ésta tiene gran cantidad de proteínas. Se deben consumir de 3 a 4 raciones diarias (500-700 ml).

Carnes

En esta etapa, las necesidades de hierro son elevadas para el desarrollo intelectual y las carnes aportan hierro de fácil absorción.

La carne aporta proteínas de calidad y zinc necesario para el crecimiento de los tejidos; además de vitamina B12, necesaria para la formación de las células de la sangre y para el desarrollo del sistema nervioso..

Se recomienda consumir carne de tres a cuatro veces a la semana (raciones de 40-60 gr).

Pescado.

o. El pescado es también fuente de proteínas de calidad. Destaca su aporte en vitaminas solubles en grasa como las vitaminas A y D, que se concentran en las partes más grasas (músculos e hígado) y vitamina B12, entre las vitaminas hidrosolubles.

Aporta además yodo, fósforo, hierro, magnesio y selenio. Tiene especial importancia por ser la principal fuente de ácidos grasos poliinsaturados Omega 3, que son lípidos estructurales necesarios para el desarrollo del sistema nervioso central y de la retina.

Grasas vegetales

son necesarias para el correcto funcionamiento del organismo, debe priorizarse el consumo de grasas monoinsaturadas como las que provienen de aceites vegetales.

La mejor es el aceite de oliva, aunque son adecuadas todas las grasas vegetales, excepto las de coco y palma.

Huevo.

o. La proteína de la clara del huevo, además de ser fácil de digerir, contiene todos los aminoácidos esenciales que el organismo necesita y en la proporción óptima, lo que la sitúa como la proteína de mayor valor biológico, esto es, la que mejor se adapta a nuestras necesidades nutricionales.

El huevo aporta además vitaminas del grupo B, y vitaminas A, D, E y K. Además, aporta hierro, fósforo, zinc, yodo, manganeso y selenio. Se recomienda un consumo de 3 huevos a la semana, preparado en tortilla, pasado por agua o cocido.

Frutas y verduras

Esta etapa es un buen momento para acostumbrar a los niños al consumo diario de frutas y verduras. La verdura puede tomarla tanto cruda como cocida. Lo ideal es jugar con las texturas y colores de estos alimentos para llamar su atención y que aprendan a comerlos.

Las frutas y verduras son fuente importante de potasio o magnesio, de vitaminas como la C, la A o la B y de fibra. Se recomienda consumir 2 ó 3 piezas pequeñas de fruta cada día, eligiéndolas maduras, ya que son más fáciles de digerir. En cuanto a la verdura el consumo recomendado es de 2 ó 3 raciones diarias.

**Promoción de la lactancia materna**

Que es

es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

La leche materna

es el alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido. Se recomienda como alimento exclusivo para el lactante hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años de edad, ya que contiene todos los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento y desarrollo.

El abandono del amamantamiento

como forma habitual de alimentación de los lactantes puede traducirse en un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Su relevancia ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en diferentes declaraciones.

Una dificultad añadida es que no existen registros ni indicadores comparativos sobre lactancia materna, por lo que resulta difícil establecer cuál es la magnitud real del problema.

Legumbres

Son ricas en vitaminas y minerales, aportan hidratos de carbono de absorción lenta, no tienen grasa, son baratas, ricas, variadas y permiten la elaboración de una gran variedad de platos.

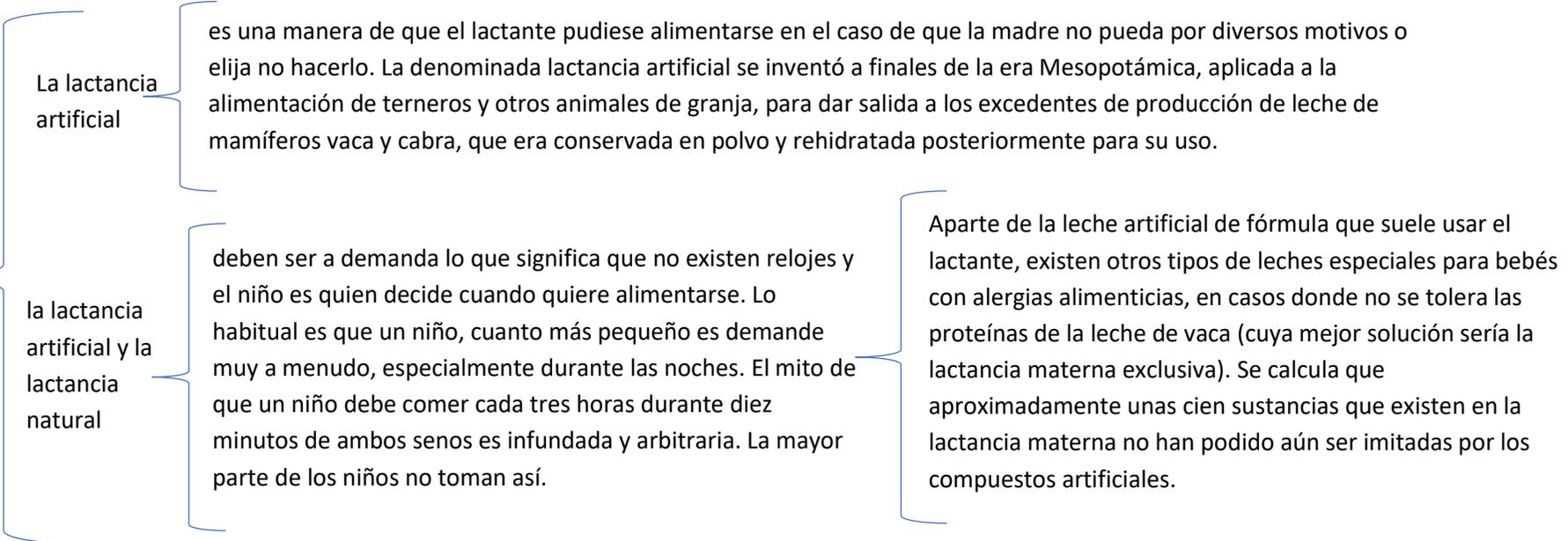
Mezclándolas en puré con carne, pescado o arroz se obtiene platos muy nutritivos y completos para los niños y que, además, son fáciles de comer. Se recomienda consumir legumbres de 2 a 3 veces a la semana, en raciones de 30 o 40 gr si van como plato

Cereales y pastas

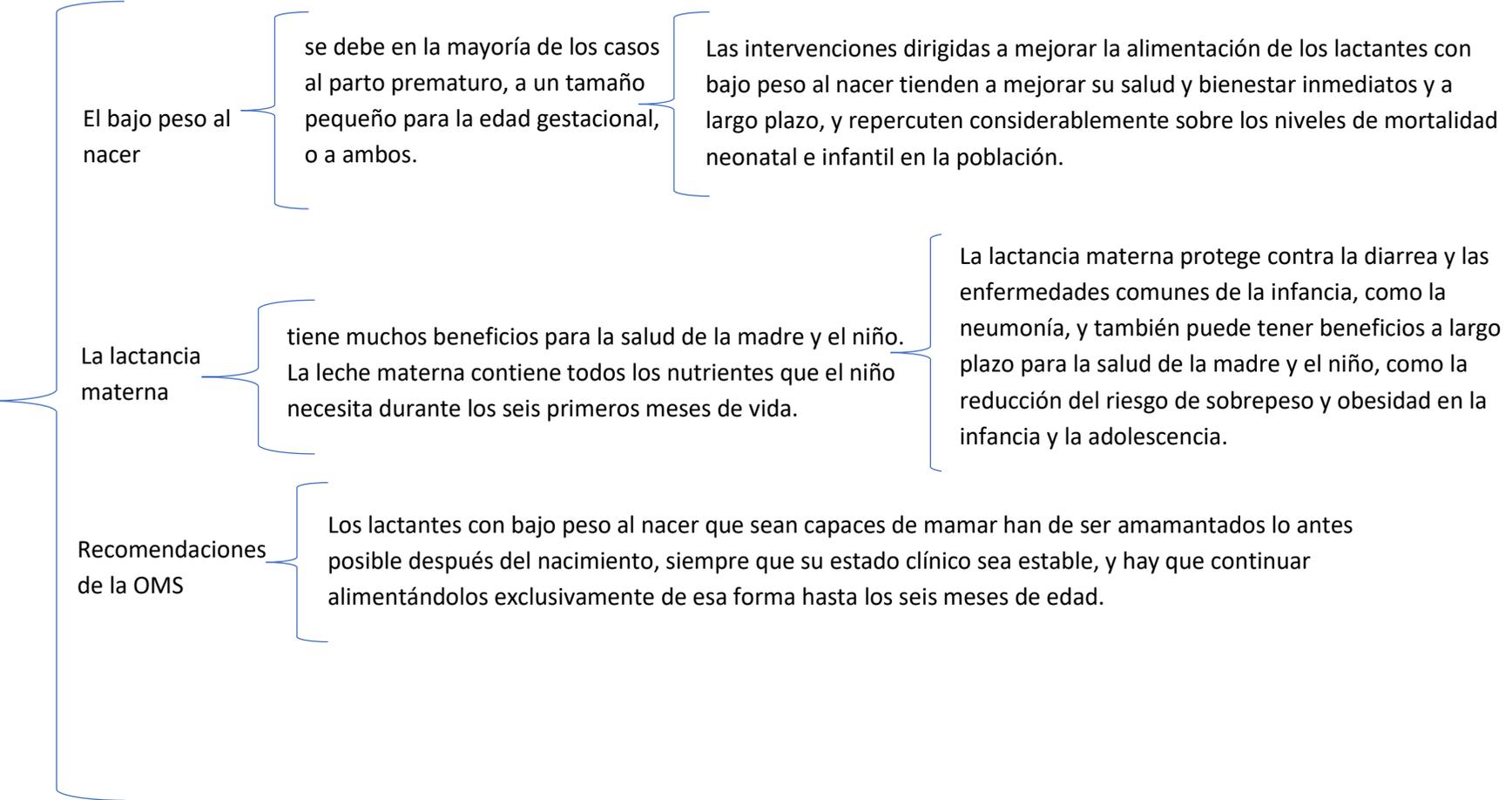
s. Aportan gran cantidad de energía por la cantidad de hidratos de carbono que contienen. Son ricos en proteínas, vitaminas del grupo B y fibra. Por ello, son considerados los alimentos más completos después de la leche

Deben formar parte de la alimentación diaria de los niños. Dar los cereales en papilla es una buena opción. Se recomienda consumir entre 4 y 6 raciones diarias.

**Lactancia artificial.  
Alimentación  
complementaria.**



**Alimentación del recién  
nacido de bajo peso.**



Esta recomendación no se aplica a los lactantes con bajo peso al nacer enfermos o con un peso al nacer inferior a 1,0 kg.

Bajo peso es un término utilizado para describir a los bebés que nacen con un peso inferior a los 2.500 gramos (5 libras, 8 onzas). Por el contrario, los promedios de los recién nacidos pesan alrededor de 8 libras. Cerca del 8 por ciento de todos los bebés recién nacidos en los Estados Unidos tiene bajo peso al nacer.

Los bebés con bajo peso al nacer parecen mucho más pequeños que otros bebés de peso normal al nacer. La cabeza de un bebé de bajo peso al nacer parece ser más grande que el resto del cuerpo, y usualmente tienen un aspecto delgado con poca grasa en el cuerpo.

Sin embargo, existen otros factores que también contribuyen al riesgo del bajo peso al nacer. Estos incluyen los siguientes:

- Raza.

El bebé afroamericano tiene el doble de probabilidades de tener bajo peso al nacer que los bebés blancos.

- Edad.

Madres adolescentes (especialmente aquellas menores de 15 años) tienen mayor riesgo de tener un bebé con bajo peso al nacer

- Nacimientos múltiples.

Los bebés de nacimientos múltiples corren un riesgo creciente de sufrir bajo peso al nacer porque normalmente son prematuros. Alrededor de la mitad de los mellizos y otros nacimientos múltiples tienen bajo peso al nacer.

- Salud de la madre.

Los bebés de madres que se exponen a drogas ilegales, alcohol y cigarrillos tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacer. Las madres de nivel socioeconómico bajo también tienen más probabilidades de tener una nutrición deficiente durante el embarazo, asistencia prenatal inadecuada,

Los siguientes son algunos de los problemas más comunes de los bebés de bajo peso al nacer:

Bajos niveles de oxígeno al nacer ⇔ Incapacidad de mantener la temperatura corporal ⇔ Dificultad para alimentarse y ganar peso

Infecciones

Problemas para respirar, como el síndrome de insuficiencia respiratoria en bebés (una enfermedad respiratoria de la prematuridad causada por pulmones inmaduros)

Problemas neurológicos, como hemorragia intraventricular (sangrado dentro del cerebro)

Problemas gastrointestinales, como enterocolitis necrotizante (una enfermedad grave del intestino que es común en bebés prematuros) ⇔ Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

Manifestaciones digestivas propias del lactante.

Tratamiento para el bajo peso al nacer

El médico de su hijo determinará el tratamiento específico para el bajo peso al nacer según lo siguiente:

- La edad gestacional de su bebé, salud general e historia clínica
- La tolerancia de su bebé a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- Su opinión o preferencia
- La asistencia para bebés con bajo peso al nacer incluye: ∞ Asistencia en la unidad neonatal de cuidados intensivos ∞ Camas con temperatura controlada
- Alimentación especial, algunas veces con un tubo en el estómago si el bebé no puede succionar, o mediante una línea intravenosa (IV)
- ∞ Otros tratamientos para complicaciones

Prevención de bajo peso al nacer

Gracias a los tremendos avances de la asistencia de bebés enfermos y prematuros, cada vez más bebés sobreviven a pesar de nacer de manera prematura o muy pequeños. Sin embargo, la prevención de los nacimientos prematuros es una de las mejores maneras de evitar que los bebés nazcan con bajo peso.

La asistencia prenatal es un factor esencial para prevenir nacimientos prematuros y bebés de bajo peso al nacer. En las consultas prenatales, se controla la salud de la madre y del feto. Dado que la nutrición materna y el aumento de peso están relacionados con el aumento de peso del feto y el peso al nacer, es esencial tener una dieta saludable y ganar una cantidad de peso adecuada durante el embarazo.

Estreñimiento

es un problema muy frecuente sobre todo en los lactantes alimentados con fórmulas adaptadas. Representa un grave problema para la mayoría de los padres.

Debemos tener en cuenta dos aspectos

1. Preguntar a los padres qué entienden por estreñimiento, aprovechando para señalar que el ritmo de las deposiciones varía de un individuo a otro.
2. El ritmo de las deposiciones del niño.
2. Para hablar de estreñimiento debemos tener presente: 1. Lactante con lactancia materna que realiza menos de dos deposiciones al día 2. Lactante con fórmula adaptada que realiza menos de tres deposiciones a la semana.

## Regurgitaciones

Los vómitos son una característica tan familiar en los lactantes que Shakespeare describe al lactante lloriqueando y vomitando en los brazos de la niñera como la primera de las siete edades del hombre.

Es difícil definir el límite entre regurgitación aceptable y vómito patológico. La presencia de falta de medro en asociación con regurgitación es útil pero no un indicador fidedigno de la necesidad de realización de exámenes adicionales.

El vómito es un proceso complejo, coordinado por el SNC. La presencia de síntomas autonómicos de pródomos (nausea) y el esfuerzo muscular en el vómito ayudan a distinguir. Casi todos los bebés regurgitan de vez en cuando.

## Entre los factores favorecedores para la regurgitación tenemos:

· Anatómicos: el esfínter esofágico inferior está por encima del diafragma hasta los seis meses aproximadamente, por lo que está sometido a presiones negativas con los ciclos respiratorios y si una fuerte presión positiva intraabdominal coincide con la negativa torácica la contracción del esfínter puede ser inadecuada para prevenir el reflujo.

· Funcionales: la presión del esfínter es relativamente baja al nacimiento, pero puede alcanzar niveles normales dentro del primer mes. Estudios de 4000 manometrías de 680 lactantes aparentemente normales (Boix-Ochoa y Canals) demostraron que la gradual maduración de la presión tiene lugar a las 6-7 semanas de vida sin reparar en la edad gestacional o peso.

## El cólico del lactante

Es un síndrome caracterizado por un autolimitado grupo de conductas en los tres primeros meses de vida en supuesta relación a una alteración gastrointestinal de base. Nuestro entendimiento de su etiología, fisiopatología y tratamiento está lejos de ser completo.

En el 30-40% de los casos los síntomas persisten hasta el 4º-5º mes. Frecuentemente se ha asociado la aerocolia con el cólico, después del llanto el gas es el segundo síntoma más comúnmente descrito. Observaciones de distensión abdominal y alivio cuando el gas es liberado por el recto mantienen la creencia de su papel, pero no es claro dónde

## Patogenia

- Crecimiento y maduración del SNC.
- Alimentación
- Gas intestinal
- Motilidad intestinal  $\propto$  Prostaglandinas y hormonas intestinales
- Estilo de cuidados del lactante

Probablemente el rápido crecimiento y diferenciación del SNC durante la temprana vida postnatal es un importante determinante del estado de comportamiento manifestado como síndrome cólico. El lactante sufre un cambio significativo entre el 2º-4º mes de vida incluyendo la organización periódica del sueño y vigilia y el surgimiento de la actividad durante la vigilia nacimiento, pero su calidad cambia rápidamente desde las 6-8 semanas.

## Alimentación y cólico.

Las causas alimentarias más comúnmente implicadas es el contenido proteico. Las proteínas de la leche de vaca de la dieta actuarían como estímulo antigénico a nivel gastrointestinal. En estudios controlados la prevalencia, patrón y cantidad de llanto han sido similares en niños alimentados con lactancia materna y fórmula adaptada.

**Alimentación a partir del primer año de vida.**

Gas intestinal.

El aire intestinal puede provenir del aire tragado, por difusión sanguínea en función de las presiones relativas parciales en los dos compartimentos y producción intraluminal por productos de fermentación bacteriana.

Motilidad intestinal

Teóricamente alteraciones en la actividad motora del intestino podrían predisponer al cólico como fuente directa de malestar o indirectamente alterando la distribución, acumulación, eliminación o tránsito de sustancias incluido el gas.

Prostaglandinas y hormonas intestinales.

Como las prostaglandinas producen contracción del músculo liso y aumentan la motilidad gastrointestinal y pueden inducir cólicos como efecto secundario a su administración intravenosa en neonatos, son candidatas como mediadores en los síntomas de los cólicos del lactante.

Hasta el primer año

es bastante sencillo porque nos habremos limitado a la lactancia inicial (materna o artificial) y a la introducción posterior de papillas y purés respetando la cronología de introducción de determinados alimentos, con un menú muy similar diariamente aunque con pequeñas variaciones.

Se dice que, a partir del año, el niño se debería sentar en la mesa con el resto de la familia a comer. A partir de esa edad ha adquirido la suficiente capacidad motriz y una adecuada madurez digestiva para poder comer prácticamente todos los alimentos.

A partir de los 12 meses

deben introducirse paulatinamente los alimentos de forma progresiva, sin forzar y en un ambiente agradable. De hecho, es frecuente que en estas edades estén un poco aburridos de su comida y les llamen más la atención nuestros platos que los suyos.

Se recomienda esperar a los dos años para dar embutidos, conservas y mariscos, así como para alimentos muy condimentados. Y a los tres años para dar frutos secos o alimentos pequeños (olivas, uvas) con los que se pueda atragantar.

Los niños duplican

su peso de nacimiento a los 6 meses de vida y lo triplican al año. En los primeros 12 meses de vida habrá crecido aproximadamente 25 centímetros y duplicará su talla de nacimiento aproximadamente a los 4 años.

# Alimentación del Preescolar y escolar

## Transcurridos

los dos primeros años de vida del niño, correspondientes al periodo de crecimiento acelerado, se pasa a la etapa de crecimiento estable en la edad preescolar (3-5 años) y escolar (desde los 6 años al comienzo de la pubertad).

El crecimiento longitudinal en el preescolar es de 6-8 cm/año y el incremento ponderal de 2-3 kg anuales. En el escolar, el crecimiento longitudinal es un poco más lento (5-6 cm/año) y la ganancia de peso es de 3-3,5 kg/año. Paralelamente, continúa la maduración de órganos y sistemas.

## El desarrollo psicológico

o en los preescolares incluye la incorporación paulatina de habilidades motoras y del lenguaje; más tarde, durante la época escolar, maduran habilidades como: la lectura, la escritura, las operaciones matemáticas y la adquisición progresiva de conocimientos.

## Los hábitos alimentarios

y las pautas de alimentación comienzan a establecerse muy pronto, desde el inicio de la alimentación complementaria (después de los 6 meses) y están consolidados antes de finalizar la primera década de la vida, persistiendo en gran parte en la edad adulta.

La familia representa un modelo de dieta y conducta alimentaria que los niños aprenden. La agregación familiar para estos hábitos es tanto mayor cuanto más pequeño es el niño y más habitual sea comer en familia.

## En la etapa preescolar,

los niños inician el control de sí mismos y del ambiente, empiezan a interesarse por los alimentos, a preferir algunos de ellos, a ser caprichosos con las comidas, a tener poco apetito, a ser monótonos.

En la elección de alimentos, influyen factores genéticos, aunque tiene mayor importancia los procesos de observación e imitación. Además de la familia, adquiere cada vez mayor importancia la influencia ejercida por los comedores de los centros educativos.

## Necesidades de proteínas

Las proteínas cumplen principalmente un papel en el crecimiento y en el mantenimiento de la estructura corporal. Una dieta equilibrada debería proporcionar entre un 11 y un 15% de la energía total como proteínas.

El 65-70% de la ingesta proteica debería ser de alto valor biológico, típicamente productos animales (carne, pescado, leche, huevos y derivados lácteos) y el resto de origen vegetal.

## Necesidades de grasas

La grasa es una fuente importante de energía, soporte para transportar vitaminas liposolubles y proveedor de ácidos grasos esenciales ( $\alpha$ -linoleico-omega 3, y linoleico-omega 6). La ingesta total de grasa debe estar entre el 30-35% de la ingesta de energía para niños de 2 a 3 años y entre el 25 y 35% para niños de 4 a 18 años.

**Dietas no convencionales en la infancia y la adolescencia.**



Hidratos de carbono y fibra

Los hidratos de carbono son una importante fuente de energía y soporte para el transporte de vitaminas, minerales y elementos traza. Una ingesta adecuada de carbohidratos contribuye a una ingesta suficiente de fibra, hierro, tiamina, niacina, riboflavina y ácido fólico.

Los carbohidratos deberían constituir el 50-60% del total de energía. Proceden mayoritariamente de los vegetales: cereales, verduras, hortalizas, frutas y legumbres.

Necesidades de vitaminas y minerales

Las vitaminas y los minerales carecen de aporte calórico y su presencia en cantidades suficientes se garantiza con una dieta variada. Destacan, el calcio por su importancia en la formación del esqueleto y que está contenido en los lácteos y pescados, y también el hierro, con necesidades aumentadas en los periodos de crecimiento rápido, así como el yodo.

Características de una dieta

Una dieta saludable es aquella que tiene una proporción de alimentos que se ajusta a la distribución contemplada en la dieta equilibrada en término de nutrientes. Además, los alimentos que la integran son aptos para el consumo desde el punto de vista de la higiene y la seguridad alimentaria y su forma de preparación y presentación es respetuosa con la cultura, la tradición y otras características de quien la consume.

Pirámide de la Alimentación saludable. SENC, 2007

La mayoría de los niños deberían comer entre 4 y 6 veces al día. Los preescolares hacen 3 comidas y varios pequeños tentempiés. Los escolares típicamente toman menor número de comida y tentempiés que los más jóvenes.

El desayuno es una de las comidas más importantes del día; un desayuno inadecuado o inexistente se asocia a una disminución de la atención y a un peor rendimiento escolar.

Adolescencia se caracteriza

por un intenso crecimiento y desarrollo, hasta el punto que se llega a alcanzar en un periodo relativamente corto de tiempo el 50% del peso corporal adulto; se experimenta una velocidad de crecimiento mayor que en cualquier otra edad a partir del 2º año de vida.

A esto contribuye, también, la maduración sexual, que va a desencadenar importantes cambios, no solo en la composición corporal sino en su fisiología y en sus funciones orgánicas.

La adolescencia

a es una etapa decisiva en el desarrollo humano por los importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que en ella ocurren y que condicionan tanto las necesidades nutricionales como los hábitos alimentarios y de comportamiento.

Preocupaciones nutricionales

Los excesos más comunes son de grasa total, grasa saturada, colesterol, sal y azúcar. Un gran número de adolescentes no cubren las recomendaciones diarias de ingesta de frutas, verduras y alimentos ricos en calcio.

# Problemas nutricionales y endocrinos

## Recomendaciones nutricionales

Aunque por razones prácticas, las necesidades de energía y nutrientes durante la adolescencia se establecen en función de la edad cronológica, siempre se deberían tener en cuenta las necesidades según el desarrollo puberal.

Los varones necesitan entre 1.800 y 3.200 kcal, mientras que la mujer de esa edad requieren entre 1.600 y 2.400 kcal, en función de su actividad física. Los hidratos de carbono son parte esencial de una dieta saludable.

## Hábitos alimentarios de los adolescentes

La adolescencia se asocia con multitud de cambios en el estilo de vida personal y es de esperar que haya variaciones en la preferencia de alimentos y en los hábitos alimentarios. Además, la actitud hacia los alimentos que desarrollen los adolescentes influirá no solo en su salud sino en la de sus propios hijos y dictará los modelos alimentarios de la siguiente generación.

## Función del pediatra de Atención Primaria

La auténtica prevención (de hábitos de comportamiento no saludables, escaso nivel de actividad física, mal uso de tiempo libre, consumo inadecuado de alimentos, trastornos de la conducta alimentaria) va ligada a un enfoque multidisciplinar que incida en la educación parental, institucional (educadores) y social (medios de comunicación, restauración, compañeros, amigos).

## El sistema endocrino

o es un sistema de mensajeros químicos que transporta hormonas por todo el cuerpo. Las hormonas ayudan a regular los procesos corporales, incluido el crecimiento. Cuando existe un trastorno del sistema endocrino, el crecimiento puede detenerse.

## Los trastornos endocrinos incluyen

- Deficiencia de la hormona del crecimiento (somatotrofina): Esta enfermedad poco común se produce cuando el nivel de hormona del crecimiento de un niño es escaso o nulo. La hormona de crecimiento se produce en la hipófisis y estimula el crecimiento a través de interacciones químicas en el cuerpo. Sin ella, o sin una cantidad suficiente de ella, el crecimiento es lento o se detiene por completo
- Hipotiroidismo: Es una enfermedad causada por niveles bajos de hormona tiroidea en la sangre. Sin una cantidad suficiente de esta hormona, los bebés pueden tener un desarrollo cerebral inadecuado. Los niños mayores pueden tener un crecimiento lento y un metabolismo lento

1. Sobrepeso, obesidad y riesgo de subnutrición

Solo dos tercios del total de los menores españoles (el 65,9%) están dentro de lo que se considera el peso normal para su edad (normo peso). La tercera parte restante se divide entre el 8,1% que padece sobrepeso, el 9,6% que entra en la categoría de obesidad y un 16,4% que se encuentra en riesgo de subnutrición.

La obesidad infantil es un problema a nivel mundial: hay en la actualidad 42 millones de niños menores de cinco años por encima del normopeso. El crecimiento es exponencial: en 1990 había 32 millones y se estima que en 2025 habrá 70 millones.

2. Percepción errónea por parte de los padres

En 4 de cada 10 casos (42%), los adultos tienen una percepción acerca del peso de sus hijos que no se corresponde con la realidad. Y en el 13% de los casos, los padres no son conscientes de que su niño padece de obesidad o sobrepeso. En consecuencia, no hacen nada para remediarlo

3. Un desayuno inapropiado

Según el estudio, solo uno de cada cinco niños desayuna de manera adecuada, es decir, con un lácteo, un cereal y una fruta. Si bien la mayoría (un 83%) consume lácteos en esa primera comida, solo el 12% toma fruta y el 18% bebe zumo natural.

Los expertos también llaman la atención acerca de que el almuerzo de uno de cada 10 menores españoles es un producto de bollería industrial, una cifra que se duplica en el caso de la merienda. Estos alimentos son los más desaconsejados por los especialistas, por su alto contenido de azúcar, grasas saturadas y otras sustancias poco saludables.

4. Menos horas de sueño de las necesarias

Según la Fundación del Sueño, una institución estadounidense dedicada a la medicina del sueño, los pequeños de entre 5 y 10 años deben dormir una media de entre 10 y 11 horas diarias.

5. Poca actividad física

Al igual que el sueño, la actividad física es otro complemento clave para la correcta alimentación y nutrición infantil. Y es otro aspecto que también se descuida.