

# Síntesis de las Normas para la Prevención de la malnutrición

Ecuador - 2012



LA REVOLUCIÓN  
CIUDADANA  
Avanza!



Ministerio de Salud Pública





SÍNTESIS DE LAS NORMAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA  
MALNUTRICIÓN ECUADOR 2012

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

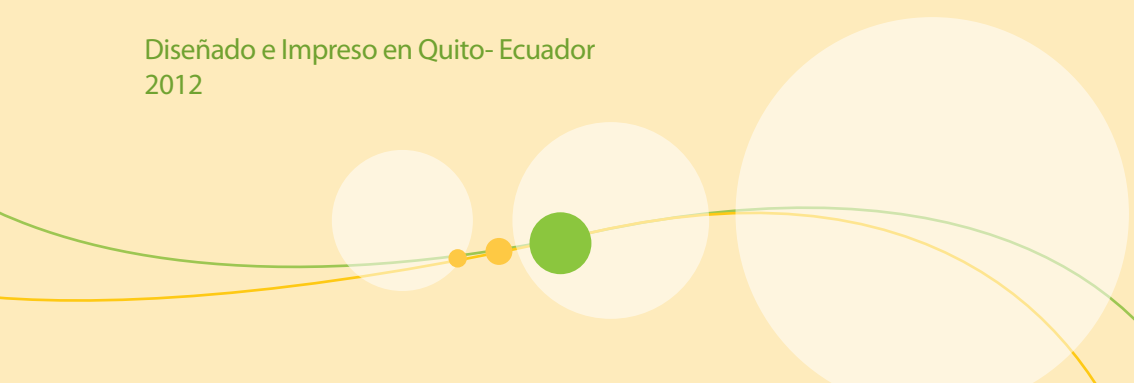
COORDINACIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN

RECONOCIMIENTO:

La Coordinación Nacional de Nutrición agradece el apoyo financiero de la  
FLACSON-PMA para el diseño gráfico del documento.

Se permite la reproducción total o parcial de la información  
aquí publicada, siempre que no sea alterada y citen los créditos  
correspondientes.

Diseñado e Impreso en Quito- Ecuador  
2012







# Contenido

## SÍNTESIS DE LAS NORMAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN ECUADOR-2012

### 1 Fundamento



### 2 Nutrición de la Mujer Gestante



### 3 Prácticas Integrales del Parto



### 4 Evaluación del crecimiento de niños y niñas menores de 5 años y de 5 a 9 años



### 5 Lactancia materna y alimentación complementaria



# Contenido

## SÍNTESIS DE LAS NORMAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN ECUADOR-2012

### 6 Suplementación con micronutrientes



### 7 Normas de nutrición para prevención primaria del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes



### 8 Normas de nutrición para prevención secundaria del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes



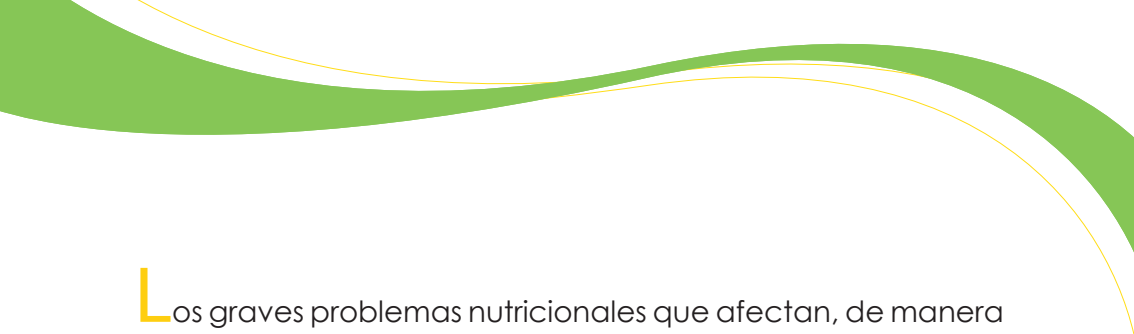
### 9 Guía de actividad física dirigida al personal de Salud



### 10 Anexos

1 Fundamento






Los graves problemas nutricionales que afectan, de manera especial, a un gran número de niñas y niños menores de cinco años de los sectores rurales y más pobres del país, demandan fortalecer las actividades y respuestas implementadas hasta ahora. El 26% de los niños y las niñas menores de cinco años padece desnutrición crónica, y un grupo aún mayor sufre de anemia por falta de hierro. Pero no solo las niñas y los niños son afectados por la malnutrición; se estima que el 40% de mujeres gestantes tiene anemia; el 50% de mujeres en edad fértil, sobrepeso u obesidad y, más grave: un 7% de menores de cinco años sufre de sobrepeso.

Para la actual gestión gubernamental, es una exigencia universalizar el acceso a la salud, independientemente del nivel de ingreso; de la situación laboral, económica, social, cultural, de género, generacional, ubicación geográfica o el tipo de riesgo que afecta a las personas. La salud es un derecho y como tal, se constituye en ámbito esencial de la protección social, y en requerimiento sustantivo para implementar en el país un estado de bienestar y de “buen vivir”. Derecho que la población estima se materializa cuando el Estado garantiza, por una parte, el desarrollo de capacidades y un conjunto de beneficios destinados a mejorar sus condiciones y calidad de vida, y por otra, le asigna respuestas oportunas, con calidad y amabilidad, a sus requerimientos.

Lo señalado demanda fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud, para atender los requerimientos de nutrición en salud de la población, y optimizar la organización y gestión, e institucionalizar los instrumentos normativos que





permitan resolver con eficiencia, pero esencialmente con efectividad y solidaridad, sus necesidades.

Asumiendo la responsabilidad de garantizar la salud y la nutrición en salud como un derecho fundamental de toda persona, el Ministerio de Salud Pública implementa una serie de estrategias destinadas, entre otras cosas, a reducir la desnutrición de las niñas y los niños menores de cinco años, y eliminar de manera progresiva la desnutrición de los recién nacidos hasta el primer año de edad, así como controlar el peso y promover la actividad física.

Sin desconocer que la desnutrición y la malnutrición son expresiones del deterioro de las condiciones y calidad de vida de las personas, ponen en evidencia el impacto de una serie de factores económicos, sociales y culturales, que reflejan la desigualdad, la inequidad y la exclusión.

Las estrategias que implementa el Ministerio de Salud Pública proponen como componentes: la captación temprana de la mujer gestante (en el primer trimestre); la vigilancia del incremento del peso de la madre durante el embarazo; la administración de micronutrientes, hierro y ácido fólico para la mujer gestante; la consejería nutricional para asegurar una buena nutrición de ella; la consejería para promover la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada; la implementación de las prácticas integrales del parto (el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, el apego precoz, piel con piel, y el inicio de la lactancia materna, en la primera hora después del parto);

la evaluación y vigilancia del crecimiento desde que nacen; la suplementación con micronutrientes a las niñas y los niños; la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria.

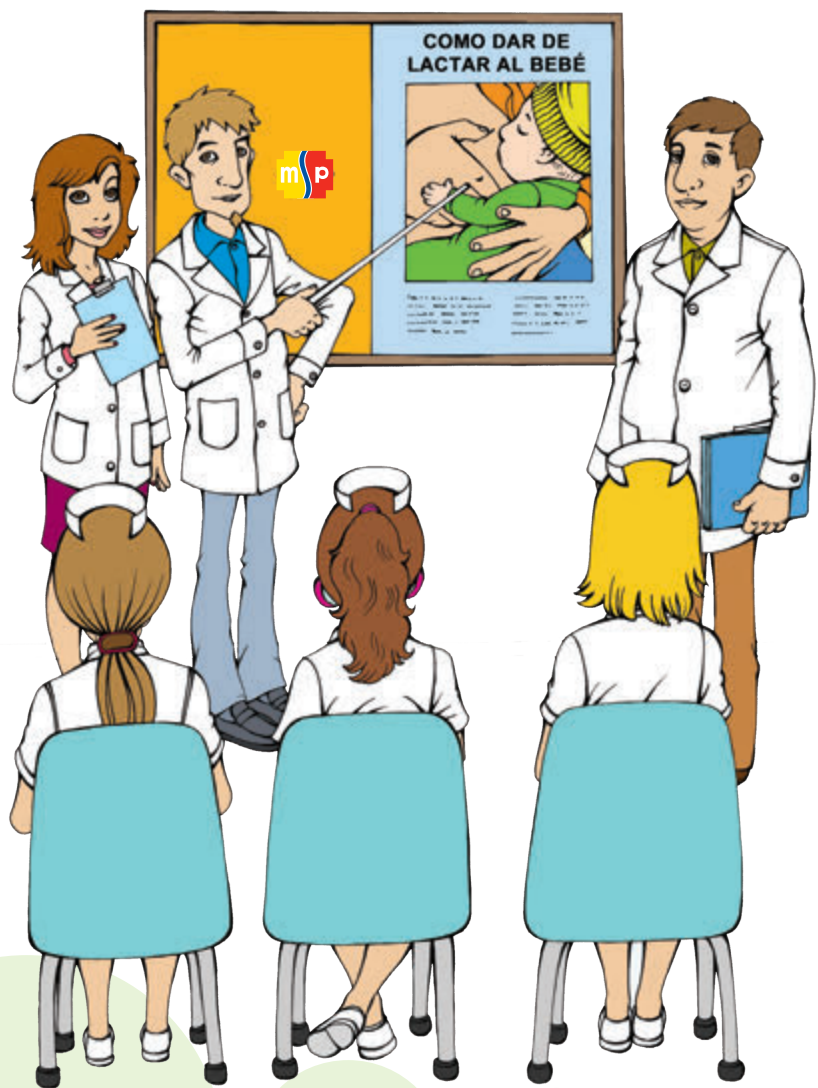
Para el logro de estos componentes también se espera certificar y recertificar los hospitales como amigos de las niñas y los niños, implementar lactarios institucionales y fortalecer la red de bancos de leche humana.

El Ministerio de Salud Pública, asumiendo su rol y su competencia de autoridad sanitaria nacional, entidad a la que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, expone a través del presente documento la síntesis de las normas de nutrición en salud. Compendio o sinopsis ejecutiva, con el fin de que estén fácilmente disponibles para el personal de salud durante su ejercicio de prestador de servicios. Sin dejar de recomendar que se lea, estudie y se ponga en práctica las normas, los manuales y protocolos detallados, en donde encontrará, además, información que sustente la razón de su adopción.

*Soñamos con una niñez libre de malnutrición.*

*Soñamos con un sector de salud eficiente, eficaz, efectivo, pero esencialmente amable, responsable, solidario, que genere en la población anhelos por seguir viviendo.*

*Soñamos con una niñez libre de malnutrición.*





## 2 Nutrición de la Mujer Gestante



*Incorpora un conjunto de acciones destinadas a garantizar una maternidad radiante, alegre, cargada de afecto, dignidad y felicidad, no solo la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo que pueden afectar la salud materna y perinatal. Es importante hacer énfasis en rutinas obstétricas destinadas a asegurar la calidad, los procedimientos solidarios, afectivos y de respeto, que fortalecen valores como la ternura, el apego, el cariño y el amor.*

**E**l control prenatal es el momento oportuno para preparar, de manera integral, a la mujer y a la pareja para ser padres y conformar una familia. El embarazo, al igual que el parto y el posparto, genera cambios importantes en la vida, especialmente de la mujer. Para muchas representa un período crítico, que incorpora no solo alteraciones biológicas, sino emocionales y mentales, cargado de nuevas rutinas a las cuales es necesario adaptarse.

Ante lo señalado, la relación personal de salud-paciente asume una importancia crucial. El personal debe estar preparado para explicar y orientar a su paciente hacia las mejores prácticas de una maternidad sin riesgos; acciones que deben quedar documentadas y reflejarse en la historia clínica.

Recuerde que la ganancia de peso durante el embarazo es uno de los indicadores esenciales que garantiza las mejores condiciones de salud y nutrición de la madre y los niños o niñas; sin embargo, múltiples factores pueden afectar este requisito; desde la ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes hasta alteraciones depresivas y trastornos bipolares que se manifiestan con fatiga, falta de concentración, insomnio e hipersomnias; pasando por alteraciones debidas a problemas familiares, laborales y/o conyugales, además del gasto de energía que demanda el trabajo físico al que muchas madres están expuestas. Es preciso trabajar para hacer del embarazo un momento de la vida, especialmente de la mujer, de mucha felicidad, de sentirse íntegra y protegida ante la llegada de su hijo. El control prenatal tiene que ser eficiente y eficaz, pero también amable y solidario.

Las normas de control prenatal señalan, "se considera que la atención prenatal debe ser precoz, periódica e integral".

Precoz en la medida que permita la captación de la gestante, en lo posible desde la primera falta de menstruación o por lo menos en el primer trimestre de la gestación. Periódica porque se considera como nivel óptimo 13 consultas: una consulta mensual hasta la trigésima segunda semana de embarazo, una cada dos semanas hasta la trigésima sexta semana y una consulta semanal hasta el momento del parto. El nivel mínimo es de cinco controles, una consulta en la primera mitad del embarazo, otra entre la vigésima y trigésima segunda semana gestacional, luego una consulta hasta la trigésima sexta semana y dos cada dos semanas hasta el momento del parto. La periodicidad varía ante la presencia de cualquier complicación".<sup>1</sup>

Considerando lo señalado, y ante el requerimiento de garantizar la óptima condición nutricional durante el embarazo, la norma dispone:

### **Primera consulta:**

#### **Peso preconcepcional o del primer trimestre**

Los datos de peso (en kilogramos) y talla (en cm) son muy importantes para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. Lo ideal es recoger el peso antes del embarazo, pero en el caso de que no fuera posible, el peso en el primer trimestre lo sustituye y permite estimar la condición nutricional con la que inició el embarazo.

Para ello se utiliza la curva para la valoración del Índice de Masa Corporal pre concepcional hasta el primer trimestre, en la cual en el eje vertical se encuentra el valor del peso en kilogramos de la gestante que va de 40 a 140 kilogramos, cada espacio entre las líneas horizontales corresponde a un kilogramo.

<sup>1</sup> MSP. Normas para la Atención Materna e Infantil. Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna, 2006.

En el eje horizontal se encuentra la talla en centímetros que va de 145 a 205 cm. Cada espacio entre las líneas verticales corresponde a 1 centímetro.

Las líneas punteadas dentro de la gráfica representa el valor del IMC. La línea que aparece representada por una línea continua resaltada y el correspondiente valor registrado con círculo, indica los límites de los rangos del IMC determinados por la OMS para la clasificación del estado nutricional en adultos.

Para determinar el Índice de Masa Corporal se une el peso con la talla través de la intersección del peso con la talla. En el caso que la mujer mida menos de 140 cm se debe calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), utilizando siguiente procedimiento.  $IMC = \text{peso en kg} / \text{talla}^2 \text{ en metros}$ .

### **Peso preconcepcional estimado a partir de las 13 semanas de gestación**

Mujer gestante que acude al control posterior al primer trimestre de embarazo.

Cuando la mujer gestante acude a la consulta a partir de las 13 semanas de gestación y se desconoce su peso preconcepcional, se procede a obtener el peso preconcepcional estimado utilizando las siguientes tablas auxiliares.

#### **1. Tabla de peso para la talla según Edad Gestacional del Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP (Anexo 5)**

En el borde superior de la tabla del CLAP se encuentra la talla en cm desde 140 hasta 169 cm. En la columna vertical se encuentra las semanas de gestación desde la semana 13



hasta la semana 39, por cada semana se encuentran ubicados el percentil 10 y percentil 90.

En el centro se ubican los pesos en relación a las semanas de gestación y percentiles

Si el peso de la mujer gestante se ubica bajo el percentil 10, utilizar la curva de ganancia de peso preconcepcional de bajo peso IMC <18.5. Si está ubicada entre el percentil 10 y 90 utilizar la curva de ganancia de peso preconcepcional normal de 18.5 a 24.9. Si está ubicada por encima del percentil 90 utilizar la curva de ganancia de peso preconcepcional de sobrepeso de 25 a 29.9.

Si la talla de una mujer gestante es menor a 140 cm referirse a la columna del extremo izquierdo y si la talla es mayor a 169 cm a la columna del extremo derecho

## **2. Tabla de determinación de peso preconcepcional estimado en la mujer gestante del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Anexo 6)**

Luego de determinar el estado nutricional de la gestante utilizando la tabla del CLAP (Anexo 5), utilizar la tabla de determinación de peso preconcepcional estimado en la mujer gestante (Anexo 6) para obtener el peso promedio ganado hasta la fecha de la consulta.

Restar del peso con el que acude la mujer gestante a la consulta con el del peso promedio obtenido, de esta manera se determinará el peso preconcepcional estimado, el mismo que debe ser registrado en el formulario de historia clínica perinatal 051 y en las gráficas del formulario 051A "Curvas de ganancia de peso de la mujer gestante", se debe continuar la vigilancia de ganancia de peso en consultas posteriores.

### **Ganancia de peso durante el embarazo**

En el primer control se definirá, de acuerdo a IMC preconcepcional, el rango de ganancia de peso total durante todo el embarazo (véase el cuadro 1).

Este valor depende fundamentalmente del estado nutricional materno al primer control prenatal.

### **Gestantes que ganan menor peso del rango recomendado**

Recuerde que durante el embarazo la ganancia de peso insuficiente está relacionada con el aumento significativo de la mortalidad del feto en el útero, y del recién nacido en las primeras semanas luego del parto.

Además se asocia con:

- Bajo peso al nacer (BPN) menos de 2.500 gramos
- Peso insuficiente: 2.500 a 3.000 gramos
- Un mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida (hipertensión, diabetes).

Es necesario identificar las causas de una inadecuada ganancia de peso en el embarazo, entre las que se pueden encontrar las siguientes:

- Una alimentación inadecuada.
- Náuseas y vómitos severos.
- Desórdenes emocionales y de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
- Embarazo en adolescentes en condiciones sociales precarias.
- Trabajo físico.
- Bajos niveles de educación.

**Cuadro 1.** Recomendaciones para el incremento total de peso (kg) y velocidad de ganancia de peso durante el embarazo, de acuerdo al IMC preconcepcional

Clasificación IMC pregestacional	Ganancia total de peso		Velocidad de ganancia de peso en el segundo y tercer trimestre
	Rango en kg	Ganancia de peso en embarazos múltiples	Promedio en kilogramos/semana
Bajo peso menos 18,5 kg/m <sup>2</sup>	12,5 -18		0,51 kg/semana (0,44-0,58) rango
Normal 18,5–24,9 kg/m <sup>2</sup>	11,5 -16	17- 25 Kg	0,42 kg/semana (0,35-0,50) rango
Sobrepeso 25–29,9 kg/m <sup>2</sup>	7 - 11,5	14- 23 Kg	0,28 kg/semana (0,23-0,33) rango
Obesidad Más de 30 kg/m <sup>2</sup>	5 - 9	11-19 Kg	0,22 kg/semana (0,17-0,27) rango

**Fuente:** Rasmussen, K., 2009.

### Gestantes que ganan mayor peso del rango recomendado

Una mujer gestante con sobrepeso u obesidad, tiene un mayor riesgo de presentar hipertensión gestacional, diabetes tipo 2, toxemia, enfermedades del corazón, complicaciones en el parto y mayor peligro de una lactancia no exitosa.

Se ha reportado que los bebés nacidos de madres que sufren obesidad preembarazo tienen un mayor riesgo de presentar espina bífida y otras anomalías congénitas; así como una mayor incidencia de macrosomía, baja puntuación apgar, y obesidad en la infancia (Uauy, R. 2006).

Por ello es importante proveer de asistencia continua a la mujer gestante para que el incremento del peso esté dentro de los rangos esperados, y para que luego del parto retorne a su peso de preembarazo dentro del año que sigue al parto.

Para ello, la consejería nutricional para la adopción de una dieta adecuada y actividad física es esencial.

### Control a través de la hemoglobina

Solicite la valoración de los niveles de hemoglobina antes de las 20 semanas (ideal en la primera consulta o en el primer trimestre), dentro del control prenatal habitual.

Los puntos de corte para determinación de hemoglobina, en el diagnóstico de anemia, son los establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

### Criterios sugeridos para el diagnóstico de anemia según niveles de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Ht)

Sujeto	HB por debajo (g/dl)	HT por debajo (%)
Varón adulto	13	42
Mujer adulta (no gestante)	12	36
Mujer (gestante)	11	30
Niño de 6 meses a 6 años	11	32
Niño de 6 a 14 años	12	32

**Fuente:** United Nations Children's United Nations University, World Health Organization, Iron Deficiency anaemia. Assessment. Prevention and Control. A guide for programme managers. WHO, 2001.

Si su unidad de trabajo está por sobre los mil metros de altitud del nivel del mar, utilice la tabla de ajuste de los valores de hemoglobina (g/dl) con relación a la altitud, y evalúe el estado de hierro de la mujer gestante.

### Ajuste de los valores de hemoglobina (g/dl) con relación a la altitud

Altitud sobre el nivel del mar	Hemoglobina
<1000	0
1000 - 1499	0,1
1500 - 1999	0,4
2000 - 2499	0,7
2500 - 2999	1,2
3000 - 3499	1,8
3500 - 3999	2,0
4000 - 4499	3,4
4500 - 4999	4,4
5000 - 5499	5,5
5500 - 5999	6,7

*Fuente:* Modificado por Coordinación Nacional de Nutrición MSP (se incluyó intervalos) Fuente: INACG, USAID: Adjusting Hemoglobin Values in Program Surveys 2004.

## Guía de suplementación con hierro más ácido fólico a mujeres gestantes y mujeres en período de lactancia, para prevenir la anemia en la población

Grupo poblacional	Indicaciones	Dosis	Duración
Gestantes	Suplementación universal.	60 mg hierro elemental / día más 400 ug de ácido fólico.	A partir del tercer mes de embarazo y por seis meses, hasta concluir el embarazo, o en cualquier momento de la captación.
Mujeres en período de lactancia	Suplementación universal.	60 mg de hierro elemental/día más 400 ug de ácido fólico.	Hasta tres meses posparto.

**Fuente:** United Nations Children's United Nations University, World Health Organization, IronDeficiency Anemia, Assessment. Prevention and Control. A guide for programme managers. WHO, 2001.

### Segunda y tercera consulta:

Proceda con las actividades de control de incremento de peso y consejería nutricional. Evalúe su condición en relación con la primera consulta.

### Cuarta consulta:

- Cuarta toma de peso: registro y evaluación comparativa del peso anterior para determinar el incremento.

- Suplementación con micronutrientes: hierro más ácido fólico de acuerdo a la norma.
- Consejería nutricional: para lo cual consulte la guía específica de consejería nutricional para la mujer gestante.

### Quinta consulta:

- Quinta toma de peso: registro y evaluación comparativa del peso anterior para determinar el incremento.

**Hemoglobina:** El primer control de hemoglobina se realiza antes de las 20 semanas, en la primera consulta. Si la embarazada acude a la primera consulta pasadas las 20 semanas de igual forma se toma el primer valor de hemoglobina.

El segundo control de hemoglobina se realiza pasadas las 20 semanas, a las 32 semanas de gestación, si el primer control de hemoglobina se realizó posterior a las 20 semanas, realice el segundo control de hemoglobina 12 semanas después del primero.

**Nota importante:** Lo óptimo sería que la madre gestante acuda a las unidades de salud de 9 a 13 controles, pero en la práctica esto no se observa. Si ello ocurriera los datos a recolectarse serían los mismos que se han venido mencionando: control de incremento de peso, suplementación con hierro más ácido fólico y la consejería nutricional pre y posnatal, para promover una nutrición óptima, así como lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y alimentación complementaria del niño o niña una vez que cumpla los seis meses de edad, junto con lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

### 3 Prácticas integrales del parto



Asegurar una maternidad saludable y libre de riesgos exige reconocer y garantizar el ejercicio de los derechos de las mujeres, niños y niñas para que lleven sus vidas sanas, con felicidad y sin violencia ni discriminación.



La mayoría de los problemas de salud que suceden durante la maternidad son evitables, y las respuestas a sus principales causas son conocidas desde hace varios años.

Alcanzar las mejores condiciones de salud materna demanda, esencialmente, eliminar las barreras que limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud, pero también mejorar la respuesta de los servicios de salud a sus necesidades específicas.

Invertir en la salud materna no solo genera eficiencia, fundamentalmente garantiza la vida de la familia, promueve su desarrollo y mejora las condiciones de vida. Cada vez es mayor el número de hogares en los cuales las mujeres toman decisiones importantes sobre la alimentación, nutrición, atención de salud, educación, vivienda y el uso de los recursos.

Es importante reconocer que cuando sucede una muerte materna o cuando una madre enferma, se profundizan los niveles de vulnerabilidad, especialmente de sus hijos; por ello, también el cuidado de la salud de las madres es esencial.

A continuación se describen las normas imprescindibles destinadas a garantizar las prácticas integrales del parto, como determinantes inmediatos de las condiciones de salud y nutrición del niño o niña y de su madre. Estas prácticas seguras, eficaces, factibles y de bajo costo son:

1. Pinzamiento oportuno del cordón umbilical.
2. Apego precoz o contacto inmediato piel a piel.
3. Lactancia inmediata (dentro de la 1era. hora de vida).

**Pinzamiento oportuno del cordón umbilical:** en el Componente Normativo Materno Neonatal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008), el paso número 16 indica que el cordón umbilical tiene que ser pinzado y posteriormente cortado una vez que ha dejado de latir (de dos a tres minutos luego del nacimiento). Los pasos a seguir son:

1. Secar al recién nacido, excepto sus manos, con un campo o una sábana limpia.
2. Colocarlo, siempre y cuando esté completamente activo y reactivo, en posición prona sobre el abdomen descubierto de la madre, piel a piel; donde debe ser abrigado con una frazada seca y caliente. Para lograr una transfusión placentaria óptima, el recién nacido tiene que estar a una altura no mayor ni menor a diez centímetros sobre el nivel de la placenta.
3. El momento óptimo para ligar el cordón de los recién nacidos, independientemente de su edad gestacional, es cuando la circulación del cordón umbilical ha cesado por completo, y está aplanado y sin pulso (aproximadamente de dos a tres minutos después del nacimiento). Al cesar las pulsaciones se procederá a pinzar y cortar el cordón umbilical bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza.
4. En los recién nacidos prematuros extremos, si las condiciones lo permiten, esperar por el pinzamiento de 30 a 45 segundos.
5. Si el recién nacido está pálido, flácido o no respira, iniciar las medidas de reanimación. Aproximadamente el 90% de recién nacidos responde a los pasos iniciales de la reanimación, que incluyen el secado y la estimulación.

6. En la mayoría de los casos, la reanimación puede realizarse simultáneamente con el pinzamiento oportuno del cordón umbilical.
7. Registrar el procedimiento en la Historia Clínica Perinatal y el formulario SIVAN.

**Apego precoz:** se conoce como contacto temprano, piel a piel, inmediatamente después del nacimiento, entre el recién nacido y su madre. Los procedimientos en esta etapa son:


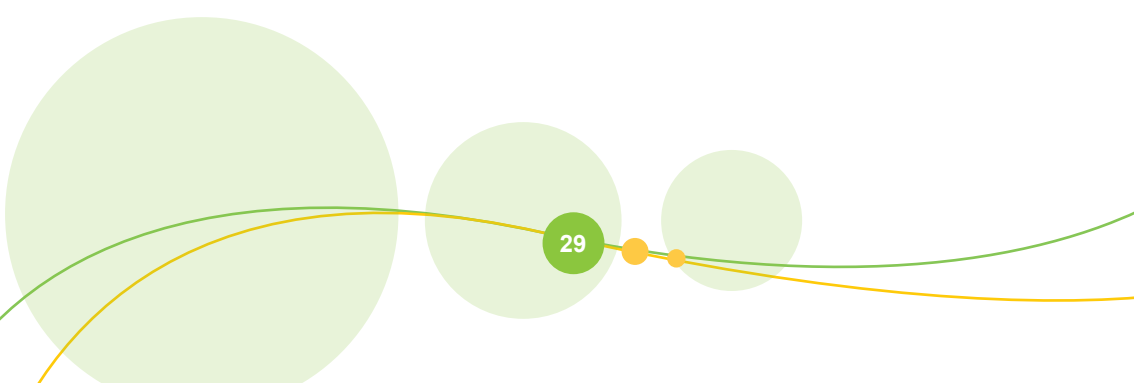
1. Colocar al recién nacido desnudo, siempre y cuando esté activo y reactivo, en posición prona, sobre el abdomen descubierto de la madre, piel a piel.
2. No secar las manos del recién nacido, para facilitar su progreso hacia el seno materno.
3. Cubrir la espalda del niño o niña y el pecho de la madre con un paño seco y caliente, y la cabeza del recién nacido con una gorrita (que debe estar incluida en el equipo de partos), para evitar la pérdida de calor. La piel de la madre contribuye a regular la temperatura del recién nacido.
4. Motivar a la madre para que acaricie y hable al recién nacido.
5. Mantener al recién nacido con su madre en esta posición por lo menos durante la primera hora de vida.
6. Postergar los procedimientos de rutina (antropometría,

profilaxis ocular y vitamina K) y supervisar, tanto a la madre como al recién nacido, durante este período para detectar y/o prevenir cualquier complicación.

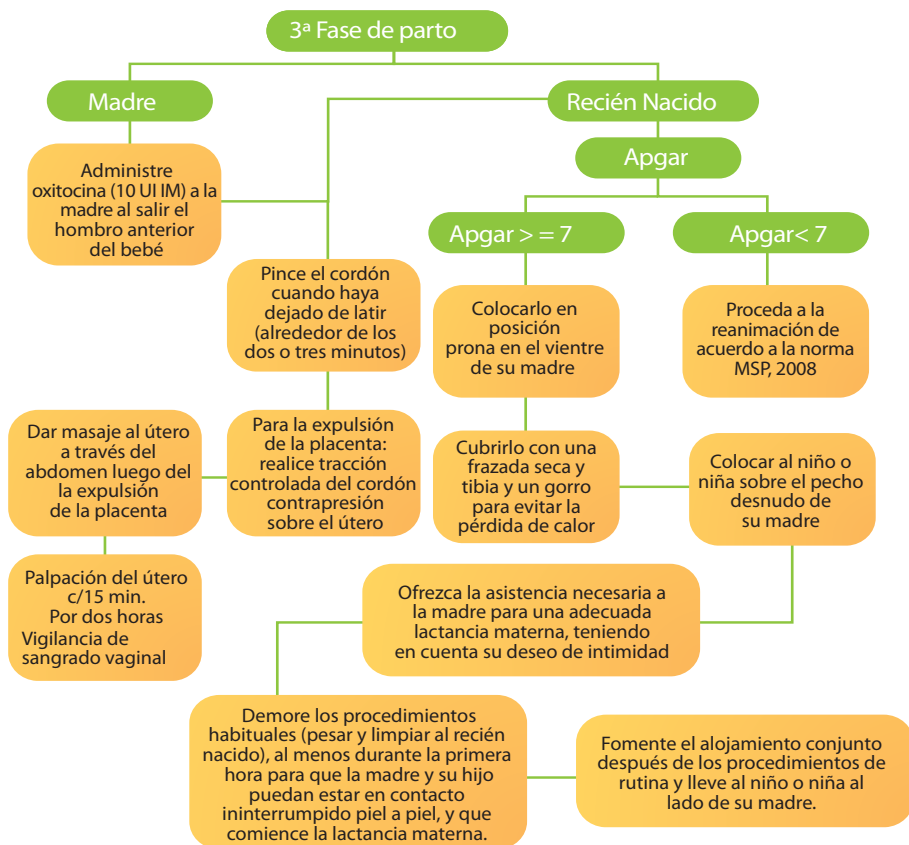
7. Fomentar el alojamiento conjunto para mantener la temperatura del recién nacido, promover la lactancia materna a libre demanda y fortalecer el vínculo entre la madre y el recién nacido.
8. Registrar el procedimiento en la Historia Clínica Perinatal y en el formulario SIVAN.

**Lactancia inmediata:** se debe fomentar la lactancia materna precoz (dentro de la primera hora después del nacimiento) y el alojamiento conjunto. Para lograrlo de una manera exitosa, hay que seguir los pasos descritos a continuación, vinculados íntimamente al pinzamiento oportuno del cordón y al apego precoz:

1. Colocar al niño o niña sobre el pecho desnudo de su madre.
2. Cubrir al niño o niña con una tela seca y tibia.
3. Mantener permanentemente el contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido durante y después del parto. Esta práctica alienta y promueve el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida.
4. Después del parto, postergar durante la primera hora de vida todo procedimiento rutinario de atención al recién nacido que separe a la madre de su bebé (antropometría, profilaxis ocular, administración de vitamina K).

- 
5. Brindar consejería y apoyo cálido, alentador y calificado a las madres en esos momentos.
  6. Respetar el derecho a la intimidad de la madre.
  7. Adicionalmente, las madres serán alentadas para amamantar frecuentemente y se implementará el alojamiento conjunto en las salas de maternidad.
  8. Prohibir las prácticas que han demostrado ser perjudiciales para la lactancia materna:
    - a. La separación de la madre y su recién nacido.
    - b. La administración de otros líquidos como agua azucarada, o sucedáneos de la leche materna (fórmula).
    - c. El uso de biberones y chupones.
  9. Brindar consejería a la madre, al padre y sus familias en todos los temas referentes a la lactancia materna.
  10. Registrar los procedimientos en la Historia Clínica Perinatal y el formulario SIVAN.
- 

## Algoritmo para implementar las prácticas integrales en la atención del partor



**REGISTRAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL Y EN EL FORMULARIO SIVAN**



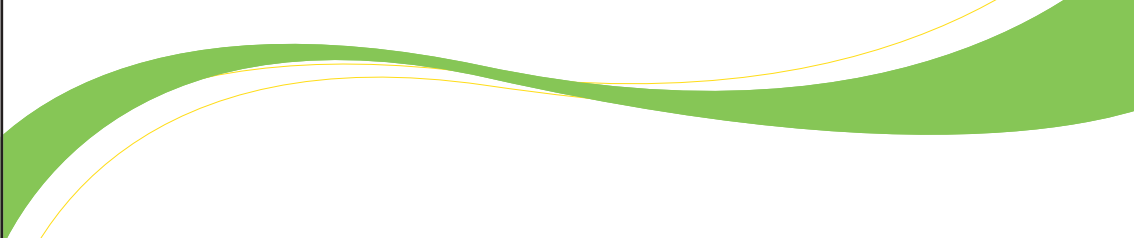
## Evaluación de crecimiento

de niños y niñas menores de cinco años  
y de cinco a nueve años



La desnutrición infantil es una evidente trasgresión al derecho fundamental de la niñez a tener una alimentación y nutrición adecuada; a vivir una niñez colmada esencialmente de sonrisas y de felicidad.





La salud de la niñez expresa fundamentalmente el nivel de desarrollo humano, económico y social alcanzado por un país en un momento determinado. Su situación está rigurosamente determinada, por una parte, por la calidad de los servicios de salud; y, por otra, por el acceso de la población al consumo de bienes y valores que permitan garantizar sus condiciones y calidad de vida favorables.

De acuerdo a lo señalado, la condición nutricional, en especial la desnutrición infantil, aparece como la más cierta evidencia de la pobreza: la limitada disponibilidad de servicios básicos, el escaso nivel de escolaridad de los padres (especialmente de la madre), el consumo alimentario y factores como las características culturales, étnicas, de género y generacionales.

Ante la necesidad de eliminar de manera progresiva la desnutrición, el monitoreo del crecimiento es esencial para ayudar al personal de salud, a los padres o a las personas encargadas del cuidado de las niñas y los niños a valorar su condición. Una evaluación sencilla del crecimiento implica la medición de peso, talla y perímetro cefálico y relacionar los valores con la edad cronológica de la niña o el niño, considerando además su sexo. Con ello es posible construir los siguientes indicadores: peso para la edad (P/E), longitud o talla para la edad (L/E) o (T/E), perímetro cefálico para la edad, en niños y niñas menores de dos años (PC/E) e Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/E); indicadores que permiten la comparación de sus mediciones con estándares de crecimiento definidos.

## Evaluación del crecimiento a través de medidas antropométricas

Los datos básicos para evaluar el estado nutricional de niñas y niños, son: sexo, edad, peso, talla o longitud y en niños y niñas menores de dos años el perímetro cefálico.

### Procedimiento:

1. Previa la toma de medidas antropométricas a niños y niñas, es necesario explicar a los padres o la persona que asiste a la unidad de salud con el niño o niña, las razones y beneficios por las que se les debe pesar y tallar periódicamente.
2. Asegúrese que los equipos estén calibrados y en perfectas condiciones.
3. Registre el sexo y la edad correcta del niño o niña; recuerde que los estándares de referencia para evaluar el crecimiento están clasificados considerando estas variables.
4. Obtenga y registre la longitud o la talla, el peso y el perímetro cefálico. Para niños y niñas menores de dos años o con una talla inferior a los 85 centímetros, mida la longitud, y en caso de exceder estos parámetros mida la talla.
5. Registre los datos en la ficha y gráfica correspondiente, tomando en cuenta las curvas de crecimiento del niño menor

de cinco años (Form. 028, A2), las curvas de crecimiento de la niña menor de cinco años (Form. 028, A1), la curva de crecimiento de niños de cinco a nueve años (Form. 028, A4) y la curva de crecimiento de niñas de cinco a nueve años (Form. 028, A3) tanto en la historia clínica única como en las curvas de crecimiento del carné de salud del niño o niña.

6. Si el niño o niña llega a la segunda, tercera o siguiente visita, **una** los puntos marcados de tal forma que permitan observar la tendencia del crecimiento en el tiempo. Si es el primer control, valore la ubicación del niño o niña en la curva e investigue con la madre la posible causa de que esté fuera del rango normal de acuerdo a cada caso.
7. Interprete y analice los datos registrados, para ello utilice los patrones de crecimiento de referencia de la OMS.
8. Informe a los padres o cuidadores del niño o niña los resultados de los datos antropométricos, utilizando un lenguaje simple, que sea entendible para ellos.
9. Asegúrese de darles a los padres o cuidadores del niño o niña, consejería nutricional de acuerdo a los resultados encontrados en la antropometría.

### Indicadores:

Ante el requerimiento de valorar la condición nutricional, los indicadores más utilizados son:

1. Longitud o talla para la edad (T/E). Su deficiencia es calificada como baja talla (por debajo de -2 DE) o baja

talla severa (por debajo de  $-3$  DE); está asociada a un estado crónico de desnutrición.

2. **Peso para la edad (P/E).** Su deficiencia se califica como bajo peso ( $-2$  DE) o bajo peso severo (por debajo de  $-3$  DE). Puede estar asociado a un estado presente de mala nutrición o a la presencia de una infección aguda, por lo cual dejó de comer el niño o niña.
3. **Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/E).** Es una medida de asociación entre el peso y la talla de una persona. Es un método para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. Se lo calcula según la expresión matemática: peso en kg/talla o longitud en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

Su deficiencia se califica como emaciado, cuando el punto está por debajo de  $-2$ DE; o, emaciado severo si esta por debajo de  $-3$  DE.

Si el punto graficado se ubica por encima de la línea  $+2$ DE y por debajo de  $+3$ DE, se trata de niños o niñas con sobrepeso.

Si el punto graficado se ubica encima de la línea  $+3$ DE, deben ser catalogados con obesidad.

Para mayor detalle y especificidad en la interpretación de los datos de crecimiento, revise el "Protocolo de atención para la evaluación de crecimiento del niño y la niña menor de cinco años y de cinco a nueve años, basado en los patrones de crecimiento de la OMS/2006 y OMS/2007", respectivamente.

## Problemas de crecimiento de niños y niñas menores de 5 años

Puntuación Z	INDICADORES DE CRECIMIENTO			
	Longitud o talla para la edad	Peso para la edad	IMC para la edad	Perímetro cefálico para < 2 años
Por encima de +3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obesidad	Macrocefalia (Ver nota 5)
Por encima de +2			Sobrepeso	Macrocefalia (Ver nota 5)
Por encima de +1				
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	Baja talla (Ver nota 3)	Bajo peso	Emaciado	Microcefalia (Ver nota 5)
Por debajo de -3	Baja talla severa (Ver nota 3)	Bajo peso severo (ver nota 4)	Severamente emaciado	Microcefalia (Ver nota 5)

**Fuente:** Adaptado por Coordinación Nacional de Nutrición de los Patrones de crecimiento infantil OMS 2007.

## Notas:

1. Un niño o niña en este rango es muy alto para su edad. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha de un desorden endocrino, refiera al niño o niña en este rango para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un niño o niña excesivamente alto para su edad).
2. Un niño o niña cuyo P/E cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto se evalúa mejor con IMC/E.
3. Es posible que un niño o niña con retardo en talla, baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.
4. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Capacitación en servicio, OMS, Ginebra 1997).
5. Estas condiciones, catalogadas como niños y niñas con macrocefalia o con microcefalia, requieren referencia para evaluación médica especializada.

## Problemas de crecimiento de niños y niñas de 5 a 9 años

Puntuación Z	INDICADORES DE CRECIMIENTO		
	Talla para la edad	Peso para edad	IMC para edad
Por encima de +3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obesidad
Por encima de +2			
Por encima de +1			Sobrepeso
0 (mediana)			
Por debajo de -1			
Por debajo de -2	Baja talla (Ver nota 3)	Bajo peso	Delgadez
Por debajo de -3	Baja talla severa (Ver nota 3)	Bajo peso severo	Delgadez severa

### Notas:

1. Un niño o niña en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha de un desorden endocrino, refiera al niño o niña en este rango para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un niño o niña de excesiva talla para su edad).

- Un niño o niña cuyo P/E cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con IMC/E.
- Es posible que un niño o niña con baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.

**Nota para los indicadores:** Si tenemos varios puntos graficados en las curvas, es decir, varios controles de niños o niñas, estos puntos se unirán con líneas rectas; de ese modo tendremos una línea que represente la tendencia en el tiempo de acuerdo al indicador que estemos evaluando. Las señales de alerta dependerán del estado nutricional del niño o niña. Hay que considerar que los indicadores T/E y PC/E no presentan decremento en el tiempo.

#### TENDENCIA EN EL TIEMPO

Línea de crecimiento  
ascendente



**BUENO**

El niño o la niña  
está creciendo  
bien

Línea de crecimiento  
plana o estancamiento



**SEÑAL DE PELIGRO**

El niño o la niña  
debe comer por lo  
menos cinco veces  
al día y acudir a la  
unidad de salud

Línea de crecimiento  
descendente



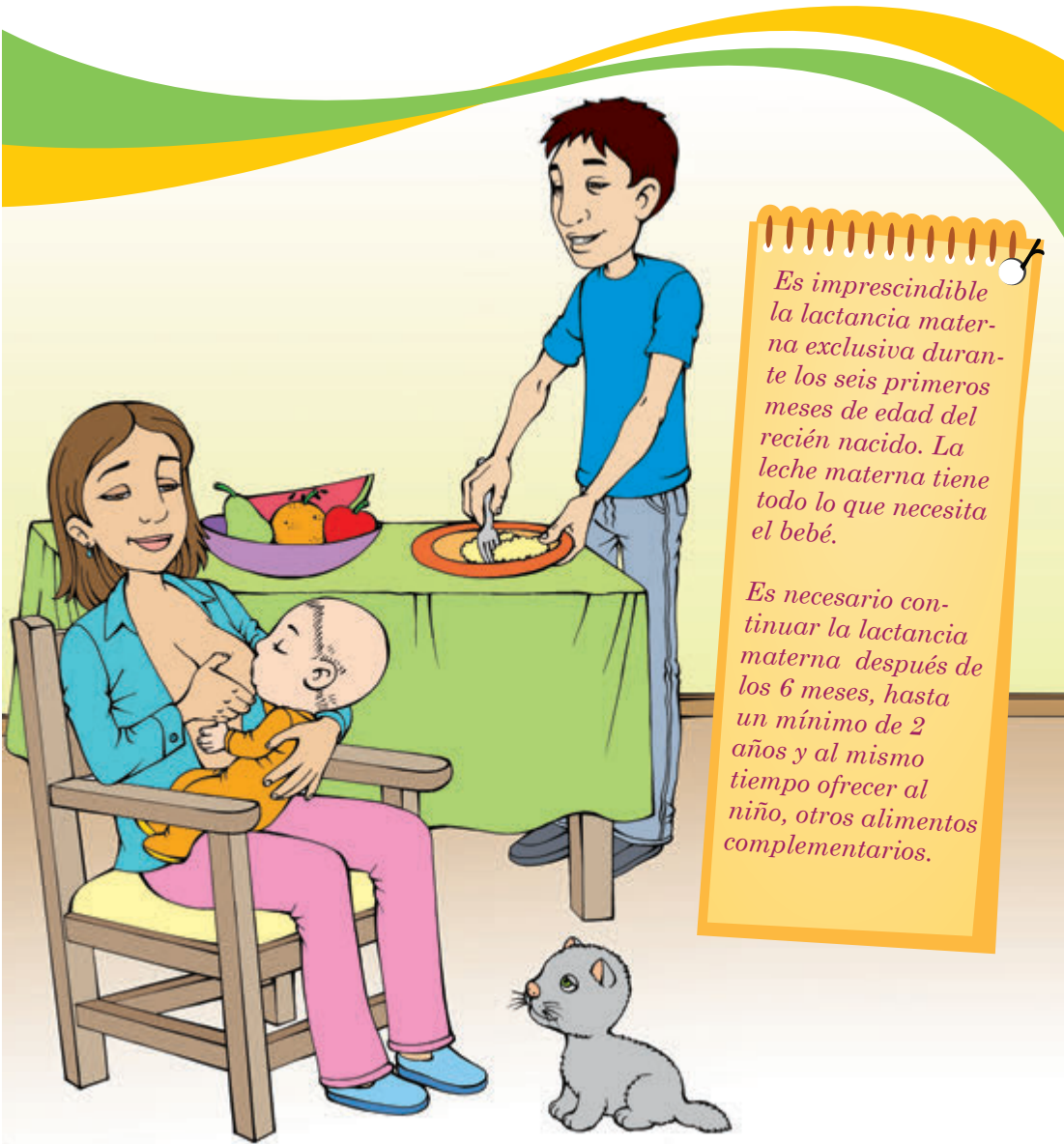
**MUCHO PELIGRO**

El niño o la niña  
puede estar  
enfermo y necesita  
cuidados  
especiales



5

# Lactancia materna y alimentación complementaria



*Es imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad del recién nacido. La leche materna tiene todo lo que necesita el bebé.*

*Es necesario continuar la lactancia materna después de los 6 meses, hasta un mínimo de 2 años y al mismo tiempo ofrecer al niño, otros alimentos complementarios.*

La lactancia materna es un hecho biológico que, lamentablemente, ha sido objeto de transformaciones derivadas de influencias económicas, culturales y sociales. Todo el personal de salud sabe, y a nadie le cabe la menor duda, de sus innumerables beneficios para la salud, el crecimiento y el desarrollo de niñas y niños; además de los importantes aportes a la salud de las madres y al fortalecimiento de los nexos de afectividad familiar.

### Normas de lactancia materna:

- La lactancia materna debe iniciar dentro de la primera hora después del nacimiento del niño o niña.
- La lactancia materna exclusiva es la alimentación del bebé únicamente con leche materna (sin agregar aguas aromáticas, agua, sucedáneos de la leche materna, agua glucosada y otros líquidos o preparaciones que se sugieren para ofrecer al bebé luego del nacimiento o durante el primer semestre de vida). El niño o niña solo puede consumir otros líquidos, como suero oral, suplementos de vitaminas y minerales o medicamentos cuando sean prescritos por un médico, en casos absolutamente necesarios.
- La lactancia materna tiene que continuar, junto a otros alimentos después de los seis meses hasta los 2 años de edad o más.
- A partir de los 6 meses hasta los 12 meses de edad es importante que el niño o la niña se alimente primero con leche materna para después comer otros alimentos.
- Desde los 12 meses en adelante, el niño o niña debe primero recibir otros alimentos y luego complementarlos con la leche materna.

- Mientras el niño o niña esté lactando, la madre:
  - No debe usar medicamentos que no estén prescritos por un profesional.
  - No debe consumir bebidas alcohólicas.
  - No debe consumir cigarrillo o cualquier otra droga.
  - Debe continuar ofreciendo leche materna a su hijo incluso si está enferma

### Alimentación complementaria:

- Los alimentos complementarios serán: oportunos, adecuados, inocuos y han de darse en forma adecuada.
- Luego de cumplir los seis meses de edad, los niños y niñas iniciarán la alimentación complementaria sin dejar la lactancia materna.
- Recomendar que no debe licuar los alimentos que va a consumir el niño o niña, sino que por el contrario, debe aplastarlos o triturarlos con un tenedor para iniciar la alimentación, los alimentos deben ser de consistencia semisólida, como purés o papillas espesas.
- Recomendar a la madre que aplaste o triture con un tenedor los alimentos que va a consumir el niño o niña.
- Indicar a la madre que debe ofrecer al niño o niña un alimento por vez, de manera reiterada.
- Repetir de tres a cinco contactos con el alimento (tres a cinco días) hasta que sea aceptado, y para observar que no produce ninguna reacción alérgica.
- Se evitará adicionar sal, azúcar o condimentos a los alimentos del niño o niña, por lo menos hasta que cumpla un año de edad.

- No consumir cereales ricos en gluten (trigo, avena, centeno, cebada) hasta los ocho meses de edad.
- Evite la clara de huevo, frutas cítricas, la leche de vaca, pescado, soya, maní, habas y miel de abeja, hasta que el niño cumpla un año de edad, ya que puedan causar alergias.
- Entre los ocho y diez meses se produce un período crítico en el que el niño o niña debe aprender a masticar. A esta edad se tiene que ofrecer alimentos desmenuzados o en trozos no licuados.
- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños y niñas mayores cuando comen por sí solos.
- Responda a los signos de hambre y satisfacción; enseñemos a los cuidadores de los niños a responder a los signos de hambre y saciedad como forma de orientar a la cantidad de alimentos que el niño debe consumir, así tendremos mejores resultados.
- Es importante recalcar a la madre que cuando acompaña al niño/niña puede darse cuenta cuando tiene hambre o está satisfecho, y debe permitir que coma despacio y pacientemente animándolo a comer, pero sin forzarlo.
- Estimule a los niños y niñas a comer. Hay diversas formas de hacerlo; a través del juego, la mirada, la sonrisa. La persona que esté a cargo del niño o niña debe mostrar interés en su alimentación pero sin forzarlos a comer. El forzar al niño o niña, o el ofrecer premios o castigos no conduce a nada bueno.
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida, ya que el niño pierde interés por comer rápidamente.

## Alimentación complementaria:

### Evolución de la consistencia con que se debe ofrecer la comida

6 a 9 meses



Durazno majado

9 a 12 meses



Durazno algo majado

12 a 23 meses



Trocitos de durazno



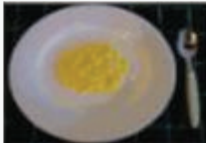
Carne desmenuzada  
o rallada



Carne cortada en  
trozos pequeños



Carne cortada en trozos  
más grandes



Fideos aplastados



Fideos algo aplastados



Fideos enteros

### Indicaciones para la suspensión total y permanente de la leche materna:

- Lactantes con galactosemia clásica.
- Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce.
- Lactantes con fenilcetonuria.
- Infección por HIV.
- Infección por el virus de la leucemia humana de células T.

**Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un período limitado de tiempo, además de leche materna:**

- Recién nacidos con peso menor a 1500 gramos (muy bajo peso al nacer).
- Recién nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros).
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica o incremento de la demanda de la glucosa; en particular aquellos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional o que han experimentado estrés significativo, intraparto con hipoxia o isquemia; aquellos que estén enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas, si la glicemia no responde a la lactancia materna óptima o a la alimentación con leche materna.

**Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente:**

- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé; por ejemplo, septicemia.
- Medicación materna: los medicamentos citotóxicos, inmuno supresores, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales, tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles (OMS, 2003).
- Es recomendable no usar yodo radioactivo-131 debido a que están disponibles opciones más seguras. La madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia (OMS, 2003).

- El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o en anomalías electrolíticas en el bebé amamantado, por ello no deberían tomarse en cuenta (Lawrence, 2003).

### **Afecciones maternas durante las cuales se puede continuar la lactancia, aunque representen problemas de salud preocupantes:**

- Absceso mamario: el amamantamiento continuará con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez que ha comenzado el tratamiento (OMS, 2000).
- Hepatitis B: los lactantes recibirán la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después de ese período de tiempo (OMS, 1996).
- Hepatitis C: Recientes estudios han demostrado que no se transmite por la lactancia materna esta enfermedad. La tasa de transmisión madre-hijo de la hepatitis C es similar en los niños alimentados al pecho y en los que reciben lactancia artificial. (Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 321-327)
- Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección (OMS, 2000).
- Tuberculosis: el manejo de la madre y el bebé se hará de acuerdo a las normas nacionales de tuberculosis (OMS, 1998).
- Uso de sustancias: se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados (OMS, 2003).

## **Lactantes, niñas y niños pequeños que viven en situaciones de emergencia**

En situaciones de emergencia, como en los desastres naturales, comunidades y regiones enteras son afectadas, de tal manera que la vida de miles de personas se encuentra comprometida.

El problema más preocupante en niños y niñas durante las emergencias es la malnutrición.

### **En una emergencia se debe proveer ayuda calificada en la comunidad para:**

- Enseñar a las madres cómo dar de lactar y continuar apoyándolas hasta que sus lactantes tengan 24 meses.
- Enseñar a las madres sobre la alimentación complementaria adecuada, a partir de los seis meses de edad.
- Apoyar a las madres a practicar la alimentación perceptiva.
- Ayudar a las madres con problemas, realizar seguimiento en el hogar.
- Controlar el crecimiento de los lactantes y niñas y niños pequeños y aconsejar a la madre en consecuencia (OMS, 2004).

### **Es de vital importancia establecer servicios de salud provisionales adecuados para:**

- Apoyar la lactancia materna y la alimentación complementaria.
- Ayudar a las madres para que se extraigan la leche y alimenten a sus




hijos lactantes que, por diversas razones, no puedan lactar, con un vaso o taza.

- Buscar activamente a lactantes y niñas y niños pequeños desnutridos para su evaluación y tratamiento.
- Admitir a las madres de lactantes enfermos o desnutridos en establecimientos de salud o de rehabilitación nutricional, junto con sus hijos.
- Ayudar a las madres de lactantes desnutridos para que, además de la necesaria alimentación terapéutica, realicen la relactación y logren una adecuada lactancia materna antes de que sus hijos sean dados de alta (OMS, 2004).

### **Uso controlado de los sucedáneos de la leche materna:**

- Los sucedáneos de la leche materna tendrían que ser obtenidos y distribuidos como parte del inventario regular de alimentos y medicamentos, solamente cuando:
- La madre ha fallecido o esté ausente.
- Si la madre está muy enferma (el uso temporal puede ser todo lo que se necesite).
- Si la madre está realizando la relactación (uso temporal).
- Si la madre es VIH positiva y elige emplear un sucedáneo de la leche materna.
- Si la madre rechaza al niño o niña; por ejemplo, después de una violación (el uso temporal puede ser todo lo que se necesite).



Si el lactante (nacido antes de una emergencia) ya es dependiente de la alimentación artificial (usar los sucedáneos por lo menos hasta los seis meses, o uso temporal hasta que se haya logrado la relactación).

Para el caso del lactante que reciba sucedáneos de la leche materna, los insumos deben ser proporcionados durante el tiempo que los necesite. Las personas que los cuidan recibirán orientación sobre la preparación higiénica y la alimentación apropiada empleando los sucedáneos. Se evitará el efecto de dispersión de la alimentación artificial a madres y lactantes que no la necesiten.



6

## Suplementación con micronutrientes



*Los problemas nutricionales de las niñas y los niños no solo se limitan a un déficit del peso y/o talla, sino también a la carencia de muchos micronutrientes.*

*Una dieta equilibrada no es suficiente para cubrir los requerimientos de micronutrientes en niñas y niños pequeños.*

**D**e inicio es importante reconocer que las deficiencias de micronutrientes son fácilmente prevenibles. Su carencia genera severos problemas en el desarrollo integral de las niñas y niños afectados; produce trastornos que van desde la presencia de procesos infecciosos repetitivos hasta daños cerebrales, pasando por desórdenes como el retraso mental, afectaciones del sistema inmunológico y defectos al nacimiento.

Entre las principales causas de la deficiencia de micronutrientes están la desinformación y la agresiva información, que inducen, a gran parte de la población, al consumo de productos que no aportan los nutrientes necesarios. A los factores señalados se añaden determinantes culturales, la presencia de procesos infecciosos asociados y repetitivos durante la niñez, la inadecuada ingesta alimentaria, una baja biodisponibilidad por la incorrecta producción y preparación de los alimentos, y la limitada diversificación de la dieta.

Entre las estrategias que se plantea para superar la deficiencia de micronutrientes se encuentra la suplementación farmacológica.

Recuerde, la suplementación es el mejoramiento de la ingesta de micronutrientes a través de formas farmacéuticas de los mismos, por vía oral o parenteral. La norma del Ministerio de Salud Pública indica:

1. Suplementación con hierro y ácido fólico a mujeres gestantes y mujeres en período de lactancia.
2. Suplementación con hierro, zinc, ácido fólico, vitaminas A y C en forma de micronutrientes en polvo, a niñas y niños desde los 6 hasta los 59 meses de edad.
3. Vitamina A, administrada en megadosis, desde los 6 meses hasta los 59 meses de edad para prevención de deficiencias como coadyuvante de patologías respiratoria, digestiva, sarampión y/o desnutrición.

## HIERRO MÁS ÁCIDO FÓLICO PARA MUJERES GESTANTES

### Esquema de Administración

- **Producto:** tabletas de hidróxido de hierro, polimaltosado, equivalente a 60 mg de hierro elemental más 400 ug de ácido fólico.
- **Administración:** la administración debe realizarse POR VÍA ORAL, dos horas antes o después de comer, preferiblemente con jugos cítricos. No consumir las tabletas con leche, té, leche de soya, entre otros.
- **Posología:** una tableta diaria, desde el primer control prenatal (idealmente en el primer trimestre) durante seis meses en la gestación o desde el momento de la captación y tres meses después del nacimiento del niño o niña.

**Precauciones:** recuerde que el hierro más el ácido fólico pueden producir trastornos como estreñimientos y diarrea, heces negras y malestar gastrointestinal transitorio, por lo que debe darle a su paciente la información necesaria sobre estas reacciones.

## MICRONUTRIENTES EN POLVO PARA NIÑAS Y NIÑOS DESDE LOS 6 HASTA LOS 59 MESES

### Esquema de Administración

- **Producto:** sobres con micronutrientes en polvo (hierro 12,5 mg más zinc 5 mg, más ácido fólico, 160 ug; vitamina A, 300 ug RE, y vitamina C, 30 mg).
- **Administración:** VÍA ORAL. Se debe añadir el contenido de un sobre en una porción de comida de la niña o el niño; comida que con seguridad va a comer el niño o la niña en su totalidad y, tiene que estar a temperatura adecuada para el consumo.
- **Posología:** un sobre por día durante sesenta días seguidos (dos meses), luego de lo cual descansa 120 días (cuatro meses). Este esquema de administración-descanso lo repite hasta que el niño o niña cumpla 5 años de edad.

La entrega del suplemento se la realizará en las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, luego de la consulta integral efectuada por los profesionales de la salud. Recuerde:

- La entrega debe realizarse en el primer contacto, a partir de los seis meses de edad del menor; se entregará una caja con 30 sobres. Se indicará a la madre que hay que darle a la niña o al niño un sobre por día.
- Los 30 sobres restantes serán entregados en un segundo contacto cuando la niña o niño asista al control. Este fraccionamiento en las entregas tiene como fin preservar los micronutrientes y realizar el seguimiento al consumo del suplemento.
- Indicar a la madre que administre un solo sobre del suplemento por día, durante sesenta días seguidos. Si por algún motivo deja de darle un día, por olvido u otra circunstancia, debe continuar con la suplementación en forma normal.

**Recuerde que el esquema a seguir es:**

- Iniciar el primer ciclo desde los seis meses de edad (si la madre acude con su hijo a los siete, ocho o nueve meses, no importa inicie en ese momento); en el primer ciclo se debe administrar el suplemento durante 60 días seguidos.
- Luego de los 60 primeros días de recibir el suplemento descansa 120 días.
- Luego de haber descansado 120 días, inicia un segundo ciclo de administración del micronutriente durante 60 días seguidos.
- Descansa nuevamente 120 días, luego de los cuales inicia un tercer ciclo de 60 días seguidos de administración del micronutriente.
- Precauciones: recuerde que es imprescindible brindar a la madre

consejería respecto al uso, los beneficios, reacciones adversas y efectos secundarios de la suplementación.

### **TRATAMIENTO DE ANEMIA**

El tratamiento terapéutico se debe realizar para anemia moderada (Hb: 7.1 – 10 g/dl) y severa (Hb: <7.0 g/dl), ya que la anemia leve se corrige con el esquema de suplementación preventivo.

La cantidad de hierro recomendada para el tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en adultos incluidas las embarazadas es 120 mg/d de hierro elemental por tres meses consecutivos y luego seguir con el esquema preventivo.

Para niñas y niños prematuros o de bajo peso al nacer, se suplementa con 12,5 mg/d de hierro elemental desde los 2 meses.

Si el niño a los 6 meses luego del tratamiento terapéutico ya no presenta anemia, se inicia el tratamiento preventivo (CHISPAZ).

Para niñas y niños de 6 a 24 meses que presenten anemia la dosis de hierro es 3 mg/kg/día, sin exceder los 60 mg/d. por tres meses consecutivos y luego continuar con el esquema preventivo (Chis Paz).

Para niñas y niños mayores de 24 meses, se recomienda 60 mg/d de hierro elemental por tres meses consecutivos y luego la suplementación preventiva (Chis Paz).

### **Control de Hemoglobina en niños menores de 2 años**

Primer control.- Se realiza a los 6 meses de edad del niño. Si el niño viene luego de los 6 meses de edad realizar la toma de hemoglobina y tomar este, como primer dato.

Segundo Control.- Se realiza a los 12 meses de edad del niño, en caso que el primer control de hemoglobina se realizó posterior a los 6 meses de edad, realice el segundo control 6 meses después del primero.

## VITAMINA A EN MEGADOSIS PARA NIÑOS Y NIÑAS DESDE LOS 6 A 59 MESES DE EDAD

### Esquema de Administración

**Producto:** Cápsulas de contenido líquido con palmitato de retinol de 50 mil U.I.

**Administración:** vía oral en el establecimiento de salud.

### Posología para prevención de deficiencia:

- 50 mil UI a todos los niños y niñas menores de seis meses que NO hayan recibido lactancia materna ni sucedáneos de la leche materna con vitamina A.
- 100 mil UI vía oral cada seis meses a niños y niñas de 6 a 12 meses.
- 200 mil UI vía oral cada seis meses a niños y niñas de >12 a 59 meses.

### Esquema de tratamiento con Vitamina A para niños HOSPITALIZADOS con patologías

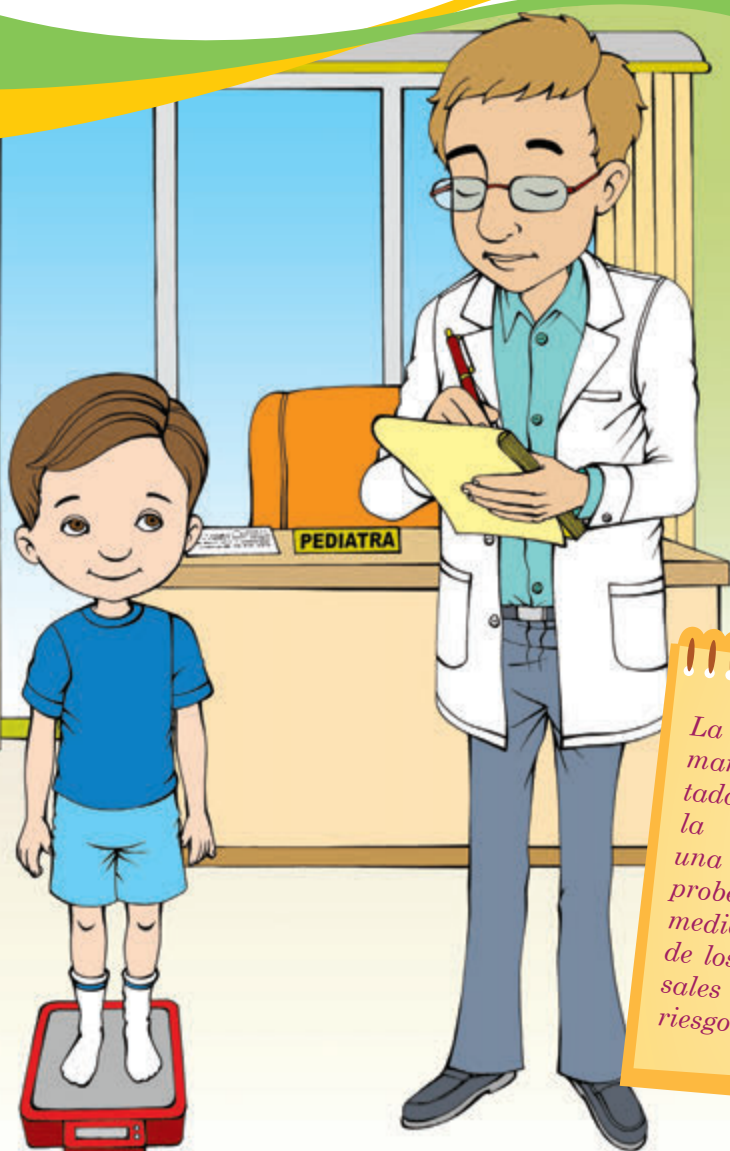
- Niñas y niños hospitalizados de 6 a 12 meses con infecciones diarreicas, respiratorias, desnutrición o sarampión: administrar VÍA ORAL UNA DOSIS de 100 mil UI al momento del diagnóstico; los niños o niñas no deben haber recibido suplementación con megadosis de vitamina A en los últimos 30 días.
- Niñas y niños hospitalizados de 12 a 59 meses con infecciones diarreicas, respiratorias o desnutrición: administrar VÍA ORAL UNA DOSIS de 200 mil UI al momento del diagnóstico; los niños o niñas no deben haber recibido suplementación con megadosis de vitamina A en los últimos 30 días.
- Niñas y niños de 12 a 59 meses hospitalizados con sarampión, administrar DOS DOSIS DE 200.000 U.I., LA PRIMERA al momento del diagnóstico y la SEGUNDA al día siguiente; los niños o niñas no deben haber recibido suplementación con megadosis de vitamina a en los últimos 30 días.

**Recuerde: todos los procedimientos deben ser registrados en el carné infantil y en la historia clínica.**



## 7. Normas de nutrición

para prevención primaria del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes



La prevención primaria está orientada a prevenir la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo.

## Componentes de la evaluación

- I. Evaluación antropométrica.
- II. Antecedentes personales y familiares.
- III. Anamnesis alimentaria.
- IV. Hábitos de actividad física y sedentarismo.
- V. Factores medioambientales.
- VI. Evaluación de factores de riesgo.
- VII. Consulta y consejería nutricional.
- VIII. Protocolo del taller grupal.

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<b>I. Evaluación antropométrica</b> Determinaciones antropométricas • Ver protocolo (Tabla 1 pág 72).	Médico, enfermera y equipo de salud	Cada control y por demanda	5 minutos	x	x	
Clasificación del estado nutricional (Ver Tabla 2 pág 73.).	Médico, enfermera y equipo de salud	Cada control y por demanda	1 minuto	x	x	
Identificación de señales de alarma • Cruce de canal de crecimiento hacia arriba en dos controles. • Incremento IMC 1 punto en menos de 3 meses.	Médico, enfermera y equipo de salud	Cada control y por demanda	3 minutos	x	x	

<p><b>II. Antecedentes personales y familiares</b></p> <p>Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de peso al nacimiento:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso bajo (&lt; 2500 g).</li> <li>- Macrosomía (&gt; 4000 g).</li> </ul> </li> <li>• Identificar a la persona responsable del cuidado y alimentación del niño o niña.</li> <li>• Tiempo de lactancia materna exclusiva.</li> <li>• Tiempo de lactancia materna continua.</li> </ul> <p>Antecedentes familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedente diabetes gestacional materna.</li> <li>• Registrar obesidad de padres y hermanos.</li> <li>• Registrar diabetes tipo 2 en padres.</li> </ul>	<p>Médico</p> <p>Control inicial</p> <p>2 minutos</p> <p>x</p> <p>x</p>	<p>Médico</p> <p>Control inicial</p> <p>1 minuto</p> <p>x</p> <p>x</p>				
<p><b>III. Anamnesis alimentaria</b></p> <p>Hábitos dietéticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de comidas y horarios de alimentación.</li> <li>• Posible forzamiento a terminar la comida.</li> <li>• Frecuencia de alimentos altos en calorías y bajos en micronutrientes: dulces, snacks, helados, refrescos azucarados (gaseosas, jugos procesados), coladas (harina de cereal con azúcar).</li> <li>• Consumo de frutas y verduras en el hogar.</li> </ul>	<p>Médico</p> <p>Cada control</p> <p>2 minutos</p> <p>x</p> <p>x</p>					

<p><b>IV. Hábitos de actividad física y sedentarismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el tiempo (horas día) dedicado a mirar TV, DVD y videojuegos.</li> <li>• Consultar sobre ingesta de alimentos mientras se mira TV.</li> <li>• Interrogar sobre ocupaciones de la familia en el tiempo libre, especialmente fin de semana.</li> <li>• Saber si colabora en pequeñas tareas domésticas (mayores de 3 años).</li> <li>• <b>Identificar juegos activos que practica el niño.</b></li> </ul>	Médico	Cada control	2 minutos	x	x	
<p><b>V. Factores medioambientales</b></p> <p><b>Hogar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencia negativa de otros parientes en el control alimentario del niño o niña.</li> <li>• Consultar sobre disponibilidad de alimentos saludables en casa: frutas, verduras, cereales integrales (morocho, cebada, trigo) y leguminosas (chocho, arveja).</li> <li>• Disponibilidad de refrescos azucarados (gaseosas, jugos procesados).</li> </ul> <p><b>Entorno</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Averiguar sobre la seguridad del barrio.</li> <li>• Determinar el acceso a parques y sitios de recreación activa en el barrio o comunidad.</li> </ul> <p><b>Centros de cuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar por tipo y cantidad de las preparaciones alimenticias.</li> <li>• Interrogar sobre la disponibilidad de agua segura para el consumo.</li> <li>• Consultar por la presencia de áreas de juegos y recreación activa.</li> </ul>	Médico	Cada control	1 minutos	x	x	
	Médico	Cada control	1 minutos	x	x	
	Médico	Cada control	1 minutos	x	x	

<p><b>VI. Evaluación de factores de riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Madre y/o padre obeso.</li><li>• Lactancia materna exclusiva inferior a cuatro meses.</li><li>• Recién nacido (RN) pequeño para la edad gestacional.</li><li>• Recién nacido macrosómico (peso mayor o igual a 4000 g).</li><li>• Madre con antecedentes de diabetes gestacional en el embarazo del niño o niña.</li><li>• Diabetes tipo 2 en padres y abuelos.</li></ul> <p>Si el niño o niña muestra dos o más factores condicionantes será referido a un taller grupal (Ver el protocolo del taller grupal).</p>	<p>Médico</p>          <p>Facilitador (nutricionista, médico, o enfermera)</p>	<p>Una vez al año a partir del primer mes de vida</p>          <p>Una vez</p>	<p>2 minutos</p>          <p>1 hora</p>	<p>x</p>          <p>x</p>	<p>x</p>          <p>x</p>	
<p><b>VII. Consulta y consejería nutricional</b></p> <p>Todo niño y niña a los cinco meses de edad</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Refuerce la importancia de LME y de continuidad de la lactancia.</li><li>• Señale las características de una apropiada introducción de alimentos complementarios.</li><li>• Indique lo perjudicial de la introducción precoz de alimentos de alta densidad calórica.</li><li>• Explique la importancia de mantener el canal de crecimiento dentro de parámetros de normalidad.</li><li>• Identifique señales de alarma en el canal de crecimiento: bajo peso y sobrepeso.</li><li>• Revise con los padres, el registro de peso al nacimiento y establezca posibles riesgos a mediano y largo plazo.</li></ul>	<p>Nutricionista</p>	<p>Una vez</p>	<p>30 minutos</p>		<p>x</p>	

<p>Todo niño y niña a los 2 años de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señale la importancia de 4-5 comidas al día y del mantenimiento de los horarios.</li> <li>• Indique lo negativo de forzar a que el niño o niña termine toda la comida sin desearla.</li> <li>• Insista en evitar dulces, snacks, helados, y en especial refrescos azucarados.</li> <li>• Exhorte a que no se agregue demasiada sal y azúcares a las preparaciones.</li> <li>• Aliente a la familia a la práctica de estilos de vida saludable: comer sano y ser activos.</li> <li>• Indique la importancia de corregir posibles influencias negativas de otros parientes en el control alimentario del niño o niña.</li> <li>• Impulse la compra regular de frutas de temporada y el acompañamiento de los platos con raciones de verduras.</li> <li>• Recuerde que en el desayuno hay que incluir lácteos descremados y cereales integrales (cebada, morocho).</li> <li>• Insista sobre los perjuicios del consumo de refrescos azucarados (gaseosas, jugos procesados).</li> </ul>	Nutricionista	Una vez	10 minutos		X	
<p>Consejería en actividad física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique la importancia de no mirar TV por más de dos horas diarias.</li> <li>• Corrija las conductas negativas: por ejemplo, mirar televisión mientras se come.</li> <li>• Fortalezca la importancia de ocupaciones familiares en el tiempo libre, especialmente el fin de semana.</li> </ul>			10 minutos		X	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dé ejemplos para que el niño o niña colabore en pequeñas tareas domésticas.</li> <li>• Indique cómo planificar salidas de campo, paseos, visitas caminando, excursiones con amigos y familiares.</li> <li>• Aconseje sobre la adquisición de incentivos para la práctica física: pelotas, globos, cuerdas. A medida de las posibilidades: bicicletas, zapatos deportivos, patines.</li> </ul> <p>Consejería de entorno y medio ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genere pautas de gestión comunitaria e institucional para garantizar seguridad en el barrio.</li> <li>• Señale lo valioso de la organización barrial para el mejoramiento de parques y sitios de recreación en la comunidad.</li> <li>• Indique la importancia de seleccionar centros de cuidado y guarderías con áreas de juego y recreación activa.</li> </ul>			10 minutos		x
--	--	--	------------	--	---

**Tabla 1. Protocolo para las determinaciones antropométricas en niños y niñas**

Actividades	Nivel de atención		
	I	II	III
1. Consigne los datos del peso y talla/longitud en el registro de crecimiento del niño o niña.	X	X	
2. Utilice el indicador IMC/edad para la evaluación del sobrepeso u obesidad.	X	X	
3. Calcule el IMC de la siguiente forma: Peso en kg ÷ talla/longitud en metros al cuadrado.	X	X	
4. Otra forma de calcular el IMC es la siguiente: Divida el peso (kg) ÷ talla (cm) ÷ talla (cm) x 10000	X	X	
5. También puede determinar el IMC del niño o niña revisando las tablas diseñadas para el efecto.	X	X	
6. Use la medición de longitud para un niño o niña menor de 2 años de edad y la medición de la talla para un niño o niña de 2 años o más.	X	X	
7. Utilice la gráfica IMC/edad de 0 a 5 años para niños o niñas, elaborada por la OMS de acuerdo al Patrón Internacional de Crecimiento Infantil, vigente desde el año 2005, Formulario MSP-HCU-Form 028A1-09.	X	X	

**Tabla 2. Interpretación del estado nutricional por el indicador IMC/edad en niños y niñas menores de 5 años**

Z-score	Índice IMC/edad
Sobre 3	Obesidad
Sobre 2	Sobrepeso
Sobre 1	Posible riesgo de sobrepeso
0 (mediana)	Normal
Bajo 1	Normal
Bajo 2	Emaciado
Bajo 3	Severamente emaciado

Un índice de masa corporal igual o superior a 3 Z-score es altamente específico para un grado excesivo de grasa corporal. El cruce de las líneas de crecimiento hacia arriba de los valores principales Z-score, es una indicación temprana de riesgos.



## VIII. Protocolo del taller grupal

Actividades	Nivel de atención		
	I	II	III
Participan el padre, la madre o la persona adulta responsable del cuidado del niño o niña. El grupo no debe superar las diez personas.			
<b>A. Preparación</b>	X	X	
1. Citación a los asistentes en día y hora convenidos.			
2. Convocatoria a los talleres agrupados por edad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 2 años y entre 2 a 5 años de edad</li> </ul>			
3. Revisión previa de los temas por el facilitador. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar en el Manual de capacitación en alimentación y nutrición para personal de salud. Saber alimentarse, los siguientes temas:</li> </ul>			
Módulo 3. Alimentación del niño y niña menor de 2 años.			
Capítulos:			
a. Ventajas de la lactancia materna.			
b. Alimentos complementarios que deben recibir el niño y la niña.			
Módulo 5. Alimentación del preescolar de 2 a 5 años.			
Capítulos:			
a. Aspectos alimentarios.			
b. Recomendación alimentaria.			
c. Guía de la lonchera saludable.			
4. Adecuación del local (colocación del mobiliario).			
<b>B. Presentación del taller (5 minutos)</b>	X	X	
5. Identificación del participante por el nombre.			
6. Presentación de los participantes y facilitadores.			
<b>C. Desarrollo del taller (55 minutos)</b>	X	X	
Metodología: intercambio de experiencias y reflexión colectiva.			
7. Inicie compartiendo información. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimule a compartir la información presentando hechos y conceptos teóricos acerca de las ventajas de la lactancia materna y de los alimentos complementarios que deben recibir el niño y la niña.</li> </ul>			
8. Cambio de creencias. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmitificar falsas creencias:</li> <li>• “Las niñas o niños gorditos son sanos”.</li> <li>• “Cuando tienen sed tenemos que darles bebidas dulces”.</li> <li>• “Los alimentos dulces son los que más les gustan”.</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Está tranquilo cuando mira la televisión”.</li> <li>• “Cuando mira la televisión aprovecho para darle de comer”.</li> <li>• “No tengo tiempo para llevarle al parque”.</li> <li>• “Las frutas y vegetales no le llenan y son caros”.</li> <li>• “No tengo tiempo para prepararle la lonchera, prefiero comprarle productos empacados”.</li> </ul>			
<p>9. Resolver problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifique los principales problemas.</li> <li>• Determine los responsables de resolver los problemas.</li> <li>• Explore las opciones y alternativas para solucionar el problema.</li> <li>• Anticipe los resultados probables de esas acciones.</li> <li>• Seleccione y ponga en marcha un plan para cada padre de familia.</li> </ul>			
<p>10. Exposición final.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punto de vista de cada padre de familia.</li> <li>• Manifestación pública de compromiso con metas de cumplimiento.</li> <li>• Sugerencias para la próxima reunión.</li> </ul>			

## Normas de prevención primaria de obesidad en personas de 5 a 9 años y de 10 a 19 años de edad

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<p>I. Evaluación antropométrica</p> <p>Determinaciones antropométricas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de formularios IMC/edad según corresponda: Formulario 5-9 años de edad: MSP HCU-Form. 028A1/09. Formulario de 10 a 19 años de edad: SNS-MSP/HCU-Form.056B/2009.</li> <li>• Procedimiento (Ver Tabla 1).</li> </ul>	Médico, enfermera y equipo de salud	Cada control y por demanda	5 minutos	x	x	
<p>Clasificación del estado nutricional: (Ver Tabla 2).</p>	Médico, enfermera y equipo de salud	Cada control y por demanda	5 minutos	x	x	

<p>Monitoreo del crecimiento: Seguimiento del canal de crecimiento e identificación de señales de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cruce de canal de crecimiento hacia arriba en dos controles.</li> <li>• Persistencia de sobrepeso y obesidad.</li> <li>• Aumento del IMC superior a un punto en el período de dos meses.</li> </ul>	Médico	Cada control y por demanda	1 minutos	x	x	
<p><b>II. Antecedentes personales y familiares</b></p> <p>Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar macrosomía al nacimiento (&gt; 4000 g) o peso bajo (&lt; 2500 g).</li> <li>• Incremento de peso acelerado (&gt; 5 kg/año) entre los 7 y 11 años de edad.</li> <li>• Averiguar sobre antecedentes de sobrepeso en la infancia o edad escolar.</li> <li>• Presencia, antecedente de retardo de crecimiento, talla baja (T/E &lt; -2 DS) en los primeros años de vida.</li> </ul> <p>Antecedentes familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar obesidad en el primer grado de familiaridad (padres, hermanos).</li> <li>• Evaluar antecedentes de enfermedad hasta segundo grado de familiaridad, que incluyan diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, obesidad.</li> </ul>	Médico	Control inicial	2 minutos	x	x	
	Médico	Control inicial	1 minuto	x	x	
<p><b>III. Anamnesis alimentaria</b></p> <p>Consultar sobre los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona que supervisa la comida del niño o niña.</li> </ul>	Médico	Cada control	3 minutos	x	x	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de comidas y horarios.</li> <li>• Posible forzamiento a terminar los platos.</li> <li>• En adolescentes considerar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetición de platos.</li> <li>- Autoservicio de su comida.</li> <li>- Come sin compañía.</li> <li>- Come mirando la televisión.</li> </ul> </li> <li>• Consultar si el niño, niña o adolescente desayuna.</li> <li>• Ingesta de azúcares y bebidas gaseosas, o jugos endulzados en la casa y colegio.</li> <li>• Frecuencia del consumo de frutas, vegetales, leguminosas, cereales integrales.</li> <li>• Frecuencia de comidas rápidas y alimentos fuera del hogar.</li> <li>• Tamaño de las porciones que se sirven en casa y en los lugares de comida rápida, “combos”.</li> </ul>						
<p><b>IV. Actividad física y sedentarismo</b></p> <p><b>Sedentarismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar sobre el tiempo dedicado a mirar TV, DVD, computador y videojuegos al día.</li> <li>• Averiguar sobre el tiempo (horas) que duerme en la tarde y acerca de las horas de sueño.</li> </ul> <p><b>Actividad física</b></p> <p>Indagar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupaciones familiares en el tiempo libre, especialmente fin de semana.</li> <li>• Posibles barreras para caminar o montar bicicleta en el trayecto a la escuela o en fines de semana.</li> <li>• Tiempo empleado en juegos recreativos diariamente.</li> </ul>	Médico	Cada control	1 minutos	x	x	
	Médico	Cada control	1 minutos	x	x	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recreos escolares y educación física (frecuencia, duración e intensidad).</li> <li>• Actividades físicas y deportivas después de la escuela y el fin de semana.</li> </ul>						
<p><b>V. Factores medioambientales</b></p> <p><b>Hogar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la resistencia al cambio y presiones familiares al momento de seleccionar y consumir los alimentos.</li> <li>• Consultar sobre expresiones de cariño de miembros de la familia a través de alimentos (dulces, comida rápida).</li> <li>• Consultar sobre el consumo en fiestas y feriados que involucran tradicionalmente alimentos (ej. cumpleaños, Navidad).</li> <li>• Consideraciones familiares en relación a la imagen corporal del niño, niña y adolescente.</li> </ul> <p><b>Entorno y comunidad</b> Consultar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrios interesados por la seguridad.</li> <li>• Recursos comunitarios y oportunidades para la práctica física.</li> <li>• Acceso a parques y sitios de recreación activa.</li> </ul> <p><b>Escuelas y colegios</b> Averiguar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posible uso de alimentos para cubrir el estrés y la ansiedad.</li> <li>• Infraestructura recreativa y deportiva del plantel donde estudia.</li> <li>• Número de horas de educación física.</li> </ul>	Médico	Cada control	2 minutos	x	x	
	Médico	Cada control	2 minutos	x	x	
	Médico	Cada control	2 minutos	x	x	



- Evitar los alimentos dulces-grasos (chocolates, bizcochos, galletas con relleno, pasta cremosa).
- Consumir diariamente lácteos semidescremados.
- Limitar el tamaño de las porciones (emplear platos medianos o pequeños, no consumir "combos", extras y no agrandar las porciones).
- Promover el autocontrol en la alimentación, obedeciendo a las señales internas de hambre y saciedad.
- Recomendar el agua como única bebida necesaria.

Actividad física

- Realizar todos los días actividades cotidianas: caminar, pasear, subir y bajar escaleras, montar bicicleta, colaborar en tareas domésticas (limpiar el cuarto, sacar la basura, hacer los mandados).
- Jugar activamente en los recreos.
- Durante el tiempo libre participar en clases de baile, natación, patineta, fútbol, básquet, realizar salidas de campo, excursiones, participar en ciclopaseos, jugar activamente con los amigos (juegos tradicionales u otros que demanden movimiento).

Nutricionista

7 años de edad

15 minutos

x

x

**Tabla 1. Protocolo para las determinaciones antropométricas**

Actividades	Nivel de atención		
	I	II	III
1. Consigne los datos del peso y talla en la Historia Clínica del niño, niña o adolescente.	X	X	
2. Utilice el IMC/edad para la evaluación del sobrepeso u obesidad según el sexo.	X	X	
3. Calcule el IMC de la siguiente forma: peso en kg ÷ talla en metros al cuadrado.	X	X	
4. En el caso de los adolescentes (10 a 19 años) realice la evaluación de maduración sexual según los estadios de Tanner. Si por razones de privacidad, existe dificultad de realizar la evaluación de las diferentes etapas de maduración sexual, solicite al adolescente que se autoevalúe presentándole la cartilla gráfica con los estadios de Tanner, para que el propio adolescente indique el grado de desarrollo en que se encuentra.	X	X	
5. Para evaluar el estado nutricional utilice la edad biológica del sujeto (estadios de Tanner), y compárela con la edad cronológica.	X	X	
6. Determine el estado nutricional de acuerdo a las siguientes consideraciones: a. Cuando existe una diferencia entre la edad cronológica y biológica menor a un año, evalúe el estado nutricional por la edad cronológica. b. Cuando existe una diferencia entre la edad cronológica y biológica mayor a un año, determine el estado nutricional por la edad biológica.	X	X	
7. Utilice la gráfica IMC/edad de la población entre 5 a 9 años y la de 10 a 19 años, de acuerdo a la edad y al sexo del niño, niña o adolescente.	X	X	
8. Tome en cuenta las siguientes señales de alarma, a pesar de que el niño, niña o adolescente tenga en ese momento el rango de IMC/edad dentro de la normalidad. a. Ascenso marcado del canal de crecimiento del IMC en dos controles (por ejemplo, cambio del IMC desde el rango IMC/edad b. Aumento del IMC superior a un punto en dos meses	X	X	



**Tabla 2. Estado nutricional por el IMC/edad en personas de 5 a 19 años de edad**

Z-score	Indicadores del sobrepeso y obesidad IMC/edad
Sobre 3	Obesidad
Sobre 2	Obesidad
Sobre 1	Sobrepeso
0 (mediana)	Normal
Bajo 1	Normal
Bajo 2	Emaciado
Bajo 3	Severamente emaciado

**Tabla 3. Protocolo de las sesión grupal en niños, niñas y adolescentes eutróficos con tres o más factores de riesgo**

Actividades	Nivel de atención		
	I	II	III
Participa el niño, niña o adolescente con sus padres: el grupo no debe superar las diez personas.			
<b>A. Preparación y presentación (10 minutos)</b>	X	X	
1. Citación a los asistentes en día y hora convenidos.			
2. La convocatoria en lo posible intentará agrupar a los participantes por edades: de 6 a 10 años; 11 a 14 años y de 15 a 19 años.			
3. Adecuación del local (colocación del mobiliario).			
4. Selección de los temas.			
5. Identificación del participante por el nombre.			
6. Presentación de los participantes y facilitadores.			
<b>B. Revisión participativa de los temas (30 minutos) Alimentación</b>	X	X	
7. Pregunte y entable un conversatorio con los jóvenes y sus padres, sobre los mitos frecuentes en cuanto al peso y acerca de las creencias de la mejor alimentación.			
8. Explique luego, en forma práctica, en qué consiste una alimentación saludable.			

9. Utilice como referencia las guías alimentarias de escolares y adolescentes ecuatorianos por región: Sierra, Costa, Oriente y Región Insular			
10. Desarrolle ejemplos prácticos de utilización de la pirámide alimentaria.			
11. Brinde ejemplos del tamaño apropiado de las porciones y de refrigerios saludables.			
12. Enfátice sobre las nuevas pautas de alimentación: masticar despacio, raciones más pequeñas, no comer mientras mira TV.			
Actividad física	X	X	
13. Consulte con los asistentes sobre las características de una vida activa.			
14. Pregunte sobre los obstáculos que les dificultan tener una actividad física diaria o de casi todos los días en familia y con el niño, niña o adolescente en particular.			
15. Utilice como referencia para la explicación la pirámide de actividad física de niños, niñas y adolescentes (ver Guía de Actividad Física dirigida al personal de salud).			
16. Explique de manera práctica las actividades que deben ser desarrolladas diariamente de acuerdo a la pirámide de actividad física.			
17. Señale las nuevas pautas de vida activa: realizar actividad física moderada al menos 60 minutos al día.			
C. Dificultades y oportunidades (10 minutos)	X	X	
18. Reflexiones sobre los temas. Dar la palabra a las personas que no han participado.			
D. Cierre y conclusiones (10 minutos)	X	X	
19. Compromisos: solicite un ejemplo práctico a los niños, niñas y jóvenes y a sus padres acerca de la elaboración de un plan de alimentación y de actividad física que lo puedan desarrollar en un día.			
20. Determine los mecanismos de seguimiento a los compromisos: visitas, reportes escritos, entrevistas.			



8.

## Normas de nutrición

para prevención secundaria del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes



La prevención secundaria se basa en medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición.

Corresponde a las actividades y acciones orientadas a la atención y control de los niños y niñas que presentan exceso de peso. Una vez detectada la obesidad, el objetivo de la prevención secundaria será disminuir la tasa de morbilidad asociada y permitir el crecimiento en la estatura del niño o niña. El manejo terapéutico tendrá entonces como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su tratamiento efectivo y favorecer el potencial de crecimiento lineal del niño o niña.

Los niños y niñas en quienes se detecta la presencia de sobrepeso y obesidad ingresan al plan de manejo nutricional, a cargo del profesional especializado en el tema. La primera consulta se la realizará en el plazo de un mes, luego de la evaluación inicial (prevención primaria).

### Plan de intervención del niño o niña menor de 5 años con exceso de peso sin factores de riesgo o sin complicaciones

En general estos niños y niñas tendrán acceso a dos sesiones grupales de tipo educativo. Los contenidos educativos estarán orientados a la adopción de estilos de vida saludable, especialmente en temas de alimentación y actividad física. Siempre considérese la asistencia como obligatoria.

### Consulta nutricional

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<b>Revaluación y confirmación diagnóstica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revaluación nutricional.</li> <li>• Confirmación diagnóstico nutricional.</li> </ul>	Nutricionista	Inmediato en un mes	5 minutos		x	

<p>Evaluación de factores de riesgo para morbilidad (con la presencia de dos o más factores de derivación a médico especialista):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre y/o padre obesos.</li> <li>• LME inferior a cuatro meses.</li> <li>• RN con peso bajo &lt; 2500 g.</li> <li>• Recién nacido macrosómico (peso mayor o igual a 4000 g).</li> <li>• Madre con antecedente de diabetes gestacional en el embarazo del niño o niña.</li> <li>• Diabetes tipo 2 en padres y abuelos.</li> <li>• Morbilidad y mortalidad en familiares: HTA, dislipidemias, DM tipo 2, accidente vascular encefálico, IAM en padres menores de 55 años.</li> </ul>	Nutricionista	Inmediato en un mes	4 minutos		x	
<p>Evaluación de complicaciones y derivación a médico especialista cuando exista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talla baja severa.</li> <li>• Retraso del desarrollo psicomotor.</li> <li>• Apnea del sueño.</li> <li>• Cefalea repetida.</li> <li>• Dolor abdominal recurrente.</li> <li>• Dolor de rodilla y/o caderas.</li> <li>• Acantosis nigricans.</li> <li>• Presión arterial (PA) mayor al percentil 90 para edad y sexo.</li> <li>• Dismorfias.</li> <li>• IMC/E <math>\geq</math> + 3 puntuaciones Z.</li> <li>• Hirsutismo.</li> <li>• "Cara de luna y dorso de búfalo".</li> <li>• Trastornos de la conducta alimentaria y social.</li> </ul>	Nutricionista	Inmediato en un mes	4 minutos		x	

<p><b>Consejería en estilos de vida saludable:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señale la importancia de 4-5 comidas al día y de mantener horarios.</li> <li>• Indique la importancia de no forzar a terminar los platos.</li> <li>• Insista en el no consumo de dulces, snacks, helados y, en especial, refrescos azucarados.</li> <li>• Corrija azúcares y sal añadidos en exceso.</li> <li>• Señale la importancia de disponer en la casa de alimentos saludables: frutas, verduras, cereales y granos enteros.</li> <li>• Explique la importancia de mantener el control de alimentación, previniendo la influencia negativa de otros parientes.</li> </ul>	Nutricionista	Inmediato en un mes	6 minutos		x	
<p><b>Actividad física</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique la importancia de no mirar TV, DVD por más de dos horas diarias.</li> <li>• Reitere la importancia de no comer mientras se mira TV.</li> <li>• Fortalezca los planes familiares de recrearse activamente en el tiempo libre, especialmente el fin de semana.</li> <li>• Dé ejemplos para que el niño o niña colabore en pequeñas tareas domésticas.</li> </ul>	Nutricionista	Inmediato en un mes	6 minutos		x	
<p><b>Entorno y medioambiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genere pautas de gestión comunitaria para garantizar la seguridad en el barrio.</li> <li>• Señale mecanismos de organización barrial para el mejoramiento de parques y sitios de recreación en la comunidad.</li> </ul>	Nutricionista	Inmediato en un mes	5 minutos		x	

• Indique la importancia de seleccionar centros de cuidado y guarderías con áreas de juego y recreación activa.							
---	--	--	--	--	--	--	--

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<b>1. Sesiones grupales</b> • Participan el padre, la madre o la persona adulta responsable del cuidado del niño o niña. • El grupo no debe superar las diez personas.	Facilitador (nutricionista, médico, enfermera)	Dos sesiones grupales educativas (el periodo entre sesiones no pasará de dos meses)	1 hora por cada sesión grupal		x	

### Primera sesión grupal

Actividades	Nivel de atención		
	I	II	III
<b>A. Preparación y presentación (10 minutos)</b> 1. Citación a los asistentes en día y hora convenidos. 2. Adecuación del local (colocación del mobiliario, pizarra o papelógrafos, marcadores de varios colores). 3. Selección previa de los temas.* 4. Identificación del participante por el nombre. 5. Presentación de los participantes y facilitadores. * Facilitador: tener como referencia el Manual de capacitación en alimentación y nutrición para personal de salud. Módulo 17: "Estilos de vida saludable y actividad física".		X	
<b>B. Revisión participativa de los temas (30 minutos)</b> 6. Presentar para discusión y participación del grupo los siguientes aspectos (se sugiere que los participantes se pronuncien mediante "lluvia de ideas"). <ul style="list-style-type: none"> <li>- En niñas y niños pequeños: razones para continuar la lactancia y cómo evitar las fórmulas infantiles.</li> <li>- ¿Qué dificultades tiene para preparar los alimentos y proveer al niño o niña de un ambiente apropiado?</li> </ul>		X	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué barreras hay en la casa para el consumo de frutas/vegetales de manera diaria?</li> <li>- Describan las medidas para no consumir dulces, snacks, helados, gaseosas.</li> <li>- ¿Cómo involucrar y participar con el niño o niña en actividades lúdicas recreativas de esparcimiento entre semana y fines de semana?</li> <li>- ¿Cómo evitar el exceso de horas frente al televisor?</li> </ul> <p>Dificultades y oportunidades (10 minutos)</p> <p>El facilitador resume las principales ideas y orienta sobre conductas positivas para el cambio mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Análisis de las situaciones que dificultan el cambio.</li> <li>8. Reflexiones y experiencias sobre los temas.</li> </ol> <p>C. Cierre y conclusiones (10 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Compromiso escrito de cada padre de familia, con una breve descripción sobre las principales acciones que emprenderán en el mes para el mejoramiento de la salud, alimentación y la actividad física de sus hijos.</li> <li>10. Revisión de los facilitadores de los compromisos y la planificación de las acciones.</li> <li>11. Los facilitadores registrarán en una carpeta los principales compromisos y las acciones que los padres se comprometen a cumplir.</li> </ol>			
--	--	--	--

## Segunda sesión grupal

Actividades	Nivel de atención		
	I	II	III
<p>A. Preparación y presentación (5 minutos)</p> <p>Similares actividades a la primera sesión grupal.</p>		X	
<p>B. Revisión participativa de los temas (30 minutos)</p> <p>Metodología: intercambio de experiencias y reflexión colectiva.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicie compartiendo información. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimule a compartir la información sobre los avances y dificultades para el cumplimiento de la planificación y los compromisos de la reunión anterior.</li> </ul> </li> <li>2. Señalar aspectos positivos que fueron logrados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento en lactancia materna exclusiva, y lactancia materna continua.</li> <li>• No se emplean fórmulas infantiles para alimentar al niño o niña.</li> <li>• El niño o niña come en un ambiente apropiado y con horario fijo.</li> </ul> </li> </ol>		X	



<ul style="list-style-type: none"> <li>No se le exige que acabe toda la comida del plato.</li> <li>Se come en casa diariamente frutas y verduras.</li> <li>No se compra ni se le proporciona al niño o niña gaseosas, snacks, dulces.</li> <li>Solo mira dos programas de televisión al día.</li> <li>El niño o niña ayuda en pequeñas tareas domésticas.</li> <li>De manera frecuente se comparte juegos con el niño o niña.</li> <li>La familia se recrea activamente todos los fines de semana.</li> </ul>			
<p>3. Problemas por resolver y señalar responsabilidad para su solución.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Familiares cercanos influyen negativamente en la alimentación del niño o niña.</li> <li>Se prefiere ver una película que salir al parque.</li> <li>Padres o hermanos compran refrescos.</li> <li>Padres no compran vegetales o no preparan vegetales para acompañar las comidas.</li> <li>No se le proporciona fruta de temporada al niño o niña (por lo menos dos veces al día).</li> </ul>		X	
<p>4. Exposición final. Punto de vista de cada padre de familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de factores de éxito y cumplimiento en las actividades.</li> <li>Expresar qué factores quedaron pendientes por cumplir.</li> <li>Señalar por qué no hubo avances en la situación del niño o niña.</li> </ul>			
<p>5. Registro en carpeta de la situación de cada niño o niña de acuerdo al punto anterior.</p>			

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<p><b>2. Control de salud</b> Niños o niñas que de manera espontánea, por control habitual, reciben consulta de control del crecimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorear condición nutricional.</li> <li>Reforzar consejería en estilos de vida saludable (descritos en consejería nutricional).</li> </ul>	Médico	Cada control	15 minutos	x	x	

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<p>3. Revaluación de la condición nutricional (criterios de éxito o de repetición del ciclo).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional.</li> <li>• Revisar registro o carpetas individuales con compromisos. Criterio de éxito:</li> <li>• Normalización o detención del incremento ponderal.</li> <li>• Cumplimiento de compromiso y planificación independientemente del estado nutricional.</li> <li>• Repetición del ciclo de talleres grupales en las siguientes circunstancias (por una sola ocasión).</li> <li>• Incremento importante del peso.</li> <li>• Incumplimiento de compromiso escrito por parte de los padres.</li> </ul>	Nutricionista	A los tres meses de sesiones grupales	15 minutos	x	x	

### Plan de intervención del niño o niña menor de 5 años con exceso de peso y con factores de riesgo o con complicaciones

Se refiere a niñas y niños diagnosticados con sobrepeso u obesidad y que presentan dos o más factores de riesgo para morbilidad asociada. También son considerados en el plan de intervención, los niños o niñas que sin factores de riesgo mantengan una evolución negativa y persistente luego de las sesiones grupales, o que en su defecto presenten ya complicaciones secundarias al exceso de peso.

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<p><b>Consulta médica de evaluación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar los FR asociados con la obesidad.</li> <li>• Identificar complicaciones secundarias a la obesidad.</li> <li>• Implementar un plan de manejo médico que incluya:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta nutricional con los padres (2).</li> <li>- Consulta psicológica con los padres (1).</li> <li>- Sesiones grupales (2 talleres).</li> <li>- Consulta médica de alta (1).</li> </ul> </li> <li>• Diseñar de manera conjunta compromisos de mejoramiento de hábitos de actividad física y alimentación.</li> <li>• En caso de complicaciones evaluar la necesidad de consulta de especialidad.</li> </ul>	Médico	Una vez	15 minutos		x	x
<p><b>Consulta nutricional (1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revaluación del estado nutricional.</li> <li>• Con la persona responsable de la alimentación del niño o niña realice la anamnesis alimentaria.</li> <li>• Solicite a los padres el plan de alimentación en guardería o centro de cuidado (si fuere el caso).</li> <li>• Evaluar hábitos de descanso y sueño del niño o niña.</li> </ul>	Nutricionista	Un mes después de la consulta médica de evaluación	15 minutos		x	x

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considere las condiciones al momento de servirse la comida (lugar, personas con las que come, horario, si mira la televisión).</li> <li>• Evalúe hábitos y nivel de actividad física: caminatas (si fuere el caso), juegos y salidas al parque.</li> <li>• Educación en estilos de vida saludable mediante consejería en vida sana.</li> <li>• Establezca compromisos.</li> </ul>						
<p><b>Consulta nutricional (2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del estado nutricional.</li> <li>• Valorar adhesividad al tratamiento dietético.</li> <li>• Revisar problemas y necesidad de cambios en el plan dietético.</li> <li>• Identificar nudos críticos (problemas que agudizan comportamientos).</li> </ul>	Nutricionista	A los 30 días de la primera consulta nutricional	15 minutos		X	X
<p><b>Consulta psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la percepción acerca de la obesidad entre los padres.</li> <li>• Identificar connotaciones relacionadas con los alimentos.</li> <li>• Estimar el afán de compromiso y colaboración de los progenitores.</li> <li>• Evaluar adhesividad al plan de actividad física individual y familiar.</li> <li>• Identificar las dificultades para el cumplimiento del plan alimentario y de actividad física.</li> </ul>	Psicólogo	Un mes después de la consulta médica de evaluación	15 minutos		X	X

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesión grupal (1) Ver protocolo</li> <li>• Dificultades para comer saludable y práctica de actividad física regular.</li> <li>• Educación en comer sano y en cómo comer bien.</li> <li>• Recomendaciones de las guías alimentarias (porciones diarias en cada grupo de alimentos).</li> <li>• Conocer sobre el tamaño adecuado de las porciones.</li> <li>• Recomendaciones generales sobre actividad física.</li> </ul>	Facilitador (médico especialista, nutricionista, con apoyo de psicólogo)	A los 15 días luego de primera consulta	1 hora		X	X
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesión grupal (2) Ver protocolo</li> <li>• Implementar actividades similares a las descritas para niños y niñas con exceso de peso sin factores de riesgo.</li> <li>• Evaluación grupal del tratamiento y dificultades de implementación.</li> <li>• Educar en los riesgos de complicaciones.</li> <li>• Evaluar de manera grupal la actividad física.</li> <li>• Orientar en términos de salud mental y autoestima.</li> </ul>	Facilitador (médico especialista, nutricionista, con apoyo de psicólogo)	Al cabo de dos meses de sesión grupal (1)	15 minutos		X	X
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta médica de alta</li> <li>• Evaluación del estado nutricional.</li> <li>• Otorgar el alta luego de verificar el cumplimiento del esquema descrito (independiente de evaluación nutricional).</li> </ul>	Médico	Una vez luego de sesiones grupales (dejar pasar 30 días)	15 minutos		X	X

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar mensajes sobre estilos de vida saludable.</li> <li>• Comprometer la asistencia a controles de salud habituales.</li> <li>• Evaluar adhesividad al plan de actividad física y alimentación individual y familiar.</li> <li>• Verificar el cumplimiento de criterios de éxito.</li> </ul>						
<b>Reingreso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receptar el reingreso luego de obtener el compromiso escrito de los familiares de cumplir las indicaciones.</li> <li>• Repetir el esquema desde la segunda consulta nutricional.</li> <li>• No existirán reingresos por tres ocasiones, salvo excepciones valoradas por criterio médico.</li> </ul>	Médico especialista	Al cabo de seis meses	15 minutos		X	X

## Sesiones grupales

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participan el padre, la madre o la persona adulta responsable del cuidado del niño o niña.</li> <li>• El grupo no debe superar las diez personas.</li> </ul>	Facilitador (médico especialista, nutricionista, con apoyo de psicólogo)	Dos veces	1 hora		x	x

## Protocolos de las sesiones grupales

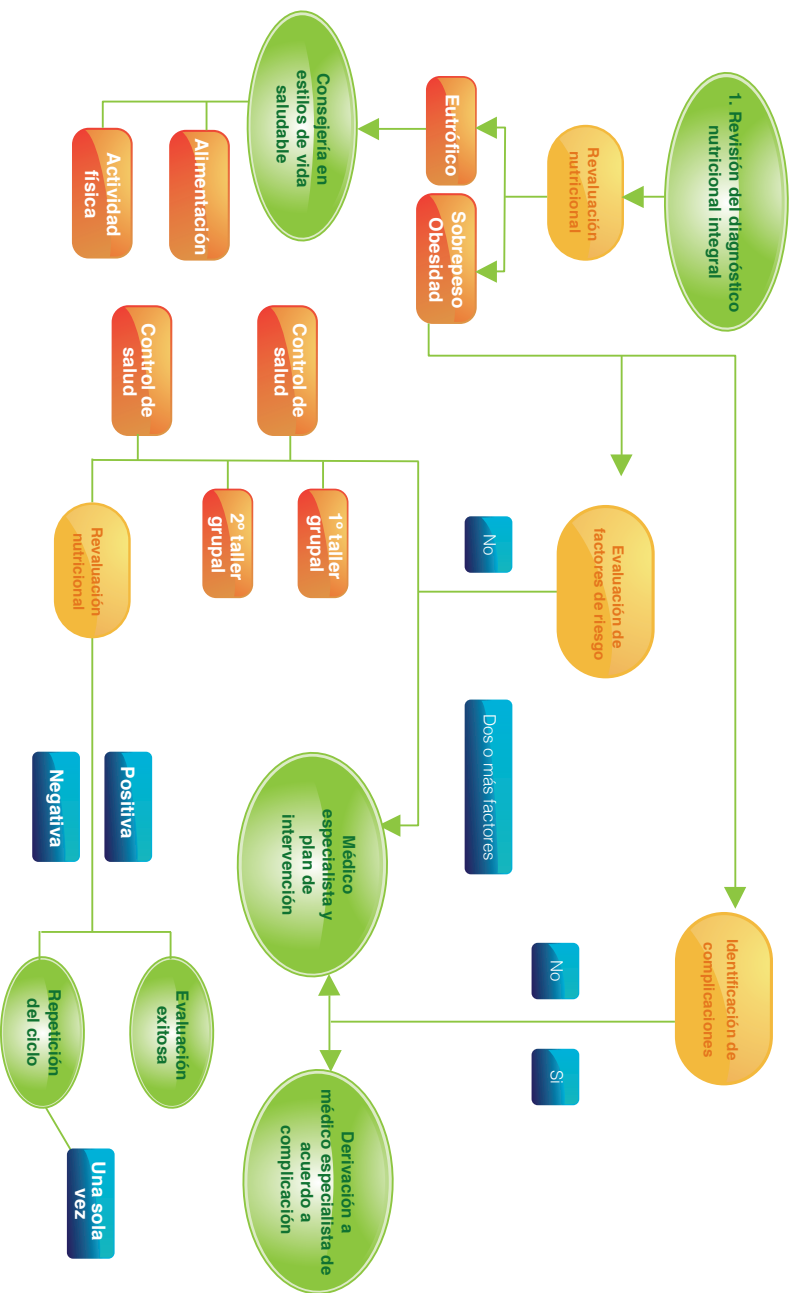
Actividades	Nivel de atención		
	I	II	III
<b>SESIÓN 1</b> Preparación y presentación (10 minutos)			
1. Citación a los asistentes en día y hora convenidos.	X	X	

<p>2. Adecuación del local (colocación del mobiliario).</p> <p>3. Selección de los temas.</p> <p>4. Identificación del participante por el nombre.</p> <p>5. Presentación de los participantes y facilitadores.</p> <p>Taller de participación de los padres (40 minutos)</p> <p>6. Los padres expresan sus preocupaciones, temores y angustias ligadas al sobrepeso de sus hijos.</p> <p>7. Incentivarlos a que expongan sus motivaciones para participar en el programa.</p> <p>8. Guiarlos para que logren visualizar de manera realista de qué manera este programa podría ayudarlos.</p> <p>9. Informarles con el fin de que logren identificar los objetivos del programa y su modalidad de funcionamiento.</p> <p>10. Indicarles los aspectos del programa para que logren identificar los requisitos de la participación regular en el programa.</p> <p>Facilitador: motiva a los padres para que acompañen el tratamiento de sus hijos.</p> <p>Cierre y compromisos (10 minutos)</p> <p>11. Fijar metas a corto plazo (dos, tres semanas).</p> <p>12. Establecer distribución de responsabilidades.</p> <p>SESIÓN 2</p> <p>Preparación y presentación (10 minutos)</p> <p>Actividades preparatorias similares a la sesión grupal 1.</p> <p>Taller de participación de los padres (40 minutos)</p> <p>1. Esta sesión está orientada a que los padres de familia hagan una evaluación final.</p> <p>2. Señalen los logros obtenidos y destaquen el esfuerzo para conseguirlos.</p> <p>3. Reconozcan las dificultades que han tenido.</p> <p>4. Esta evaluación incluye tanto lo que se ha mejorado, como lo que falta por cambiar.</p> <p>Facilitador: recibe la retroalimentación de los participantes.</p> <p>Cierre y compromisos (10 minutos)</p> <p>8. Se espera que cada padre se ponga una meta para los controles habituales posteriores</p>				
			X	X

### Criterios de éxito

- Entrar en un canal de incremento de peso normal.
- Descenso del canal de crecimiento de peso.
- Normalización o detención del incremento ponderal.
- Detención transitoria del incremento ponderal sin compromiso del crecimiento.

## Algoritmo de la prevención secundaria. Consulta nutricional





## Plan de intervención del niño o niña (5 a 9 años) y adolescentes (10 a 19 años de edad) con sobrepeso sin factores de riesgo

Los niños, niñas y jóvenes identificados con exceso de peso (sobrepeso), sin la presencia de factores de riesgo, recibirán consejería alimentaria, nutricional y de estímulo a la práctica de la actividad física. Adicionalmente, serán referidos a dos sesiones grupales de tipo educativo, similares a las descritas anteriormente para aquellos niños, niñas y jóvenes, de entre 6 a 19 años de edad, con estado nutricional normal con tres o más factores de riesgo. Siempre hay que considerar la asistencia de manera obligatoria.

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<b>A. Sesión grupal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participan niños, niñas y adolescentes con sobrepeso.</li> <li>• Grupo no debe superar las diez personas.</li> <li>• Contenidos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentación.</li> <li>- Actividad física.</li> </ul> </li> </ul>	Nutricionista, médico, o enfermera	Dos sesiones grupales educativas (el período entre sesiones no rebasará los dos meses)	1 hora		x	
<b>B. Control de crecimiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorear la condición nutricional.</li> <li>• Reforzar la consejería en estilos de vida saludable.</li> </ul>	Médico	Cada control	15 minutos		x	
<b>C. Revaluación nutricional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional.</li> <li>• Detectar el posible aumento del canal de crecimiento.</li> <li>• Consejería nutricional.</li> </ul>	Médico	Tres meses luego de la última reunión grupal	15 minutos		x	

### Plan de intervención para niños y niñas (5 a 9 años) y adolescentes (10 a 19 años) que presentan exceso de peso con factores de riesgo

Los niños y niñas (de 5 a 9 años de edad) y los jóvenes (de 10 a 19 años de edad) que acuden al control médico en el nivel primario de atención, y se les diagnostica obesidad, deberán ser referidos a un segundo y tercer nivel de atención. Igual procedimiento se establecerá cuando presenten dos o más factores de riesgo.

Además del tratamiento individual, se considerará un sistema de tratamiento grupal, diferenciado por edad y con énfasis en la educación. La participación y colaboración de los padres en el proceso juega un rol fundamental, siendo los padres actores importantes para modificar estilos de vida poco saludables.

El objetivo del tratamiento es conseguir un peso adecuado para la talla y conservar, posteriormente, el peso dentro de los límites normales, al mismo tiempo que se mantendrá un crecimiento y un desarrollo normal.

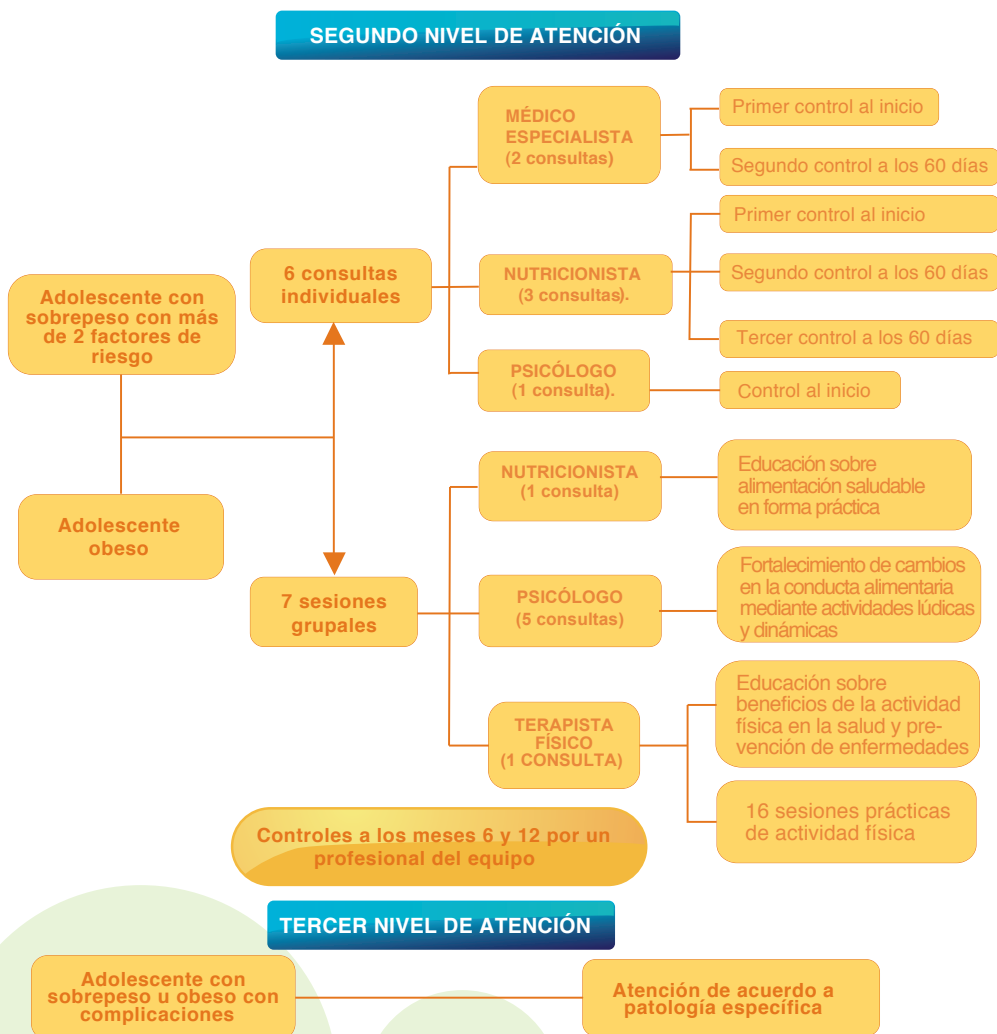
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estimado	Nivel de atención		
				I	II	III
<b>Consulta individual del paciente en compañía de los padres de familia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reevaluar el estado nutricional (IMC/edad).</li><li>• Reevaluación de factores de riesgo.</li><li>• Confirmar diagnóstico nutricional.</li></ul>	Médico especialista (pediatra/adolescentólogo)	Una vez	20 minutos		x	x

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reservar un espacio a solas con el niño, niña o adolescente para consultar por probables conductas de riesgo:</li> <li>• Ansiedad que lleva al consumo exagerado de alimentos.</li> <li>• Sedentarismo excesivo (mayor a cuatro horas TV/día).</li> <li>• Come por lo general sin compañía. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación a nutricionista y equipo multidisciplinario.</li> <li>- Reunión en conjunto con padres o tutores en que se evalúen dinámicas familiares respecto a hábitos de vida, y su responsabilidad en la alimentación del niño, niña, adolescente.</li> </ul> </li> </ul>						
<p>Con dos o más factores remitir a equipo multidisciplinario (segundo nivel de atención). Ver orientaciones de equipo multidisciplinario en el documento Normas de nutrición para prevención y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de complicaciones en el adolescente con factores de riesgo.</li> </ul>	Equipo multidisciplinario (nutricionista, psicólogo, terapeuta físico)	6 consultas individuales: Especialista (2) Nutrición (3) Psicólogo (1)	20 minutos en cada consulta		x	
<p>Si hay presencia de complicación, derivar al tratamiento de especialidad (tercer nivel de atención)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopédicas: desviaciones de columna, arcos plantares vencidos, genu valgo.</li> <li>• Respiratorias: apnea del sueño y ronquidos.</li> </ul>	Especialista por complicación	De acuerdo a criterio médico	20 minutos			x

- Dérmicas: estrías en troncos y cara interna de muslo, acantosis nigricans en cuello, nuca, pliegues axilares e inguinales.
- Psicosociales: baja autoestima, introversión, bajo rendimiento escolar y aislamiento social.
- Cardiovasculares: HTA.
- Metabólicas: diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, gota.
- Síndrome metabólico.

--	--	--	--	--	--	--

## Flujograma para el cuidado del niño, niña y adolescente en el segundo nivel de atención







La actividad física es mucho más que mover el cuerpo con mayor frecuencia, intensidad y armonía. Su práctica favorece la integración social, ofrece amplias posibilidades para compartir con otras personas, renueva, mejora el estado de ánimo, aumenta la autoestima, y proporciona más vitalidad y energía.

**S**i bien la actividad física es considerada como cualquier movimiento corporal producido por el músculo esquelético, que resulta en un incremento sustancial del gasto energético por encima del reposo, se considera importante que la misma se integre a los espacios, hábitos, costumbres y actitudes saludables dedicados a recrear y aliviar las tensiones, las presiones y las exigencias, especialmente laborales, de cada día. La actividad física debe favorecer a la renovación integral de las personas y contribuir a mejorar su calidad de vida.

El ejercicio físico es parte de la actividad física cuando se planifica, se organiza y se repite con el objetivo de mantener o mejorar la forma física.

El deporte es toda actividad o ejercicio físico que se realiza dentro de reglas establecidas, que conjugan la actividad física con características individuales de la persona, y se encamina a un objetivo que es la competitividad. Por ejemplo: fútbol, básquet, voleibol.

El sedentarismo se lo califica cuando el estado en el cual el movimiento corporal es mínimo y el gasto de energía se aproxima a la Tasa de Metabolismo Basal (TMB). La OMS define a una persona como sedentaria cuando esta realiza menos de 30 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, menos de 3 veces a la semana.

### **Recomendaciones acerca de la duración e intensidad de la actividad física**

La actividad física que mejora la salud cardiovascular es aquella de intensidad moderada, que se realiza diariamente, o casi todos los días, con una duración mínima de 30 minutos.



Es altamente saludable acompañar a esta recomendación con ejercicio físico que involucre levantar pesas tres veces por semana. Si no puede realizar actividad física de intensidad moderada, puede hacer actividad de intensidad suave, pero con una duración de 60 minutos al día.

Las recomendaciones de OMS, relacionadas con los niveles de actividad física programada, están dirigidas a tres grupos de edades: de 5 a 17 años, de 18 a 64 años y de 65 años en adelante.

### **De 5 a 17 años de edad**

La actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, distracciones recreativas, educación física o ejercicios programados, en el ambiente familiar, escolar o comunitario.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorespiratorias, musculares y la integridad ósea, y reducir el riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENT), se recomienda que:

1. Los niños, niñas y jóvenes acumulen un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa.
2. Recordar que la actividad física superior a 60 minutos diarios, reportará un beneficio mayor para la salud.
3. La actividad física diaria debe ser en su mayor parte aeróbica.
4. Conviene incorporar como mínimo tres veces por semana actividades vigorosas que refuercen los músculos y huesos.

### **De 18 a 64 años de edad**

La actividad física consiste en distracciones recreativas o de ocio, desplazamientos (paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (del trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto familiar y comunitario.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorespiratorias, musculares y óseas, reducir el riesgo de ENT, estrés y depresión, se recomienda que:

1. Los adultos acumulen un mínimo de 150 minutos semanales (30 minutos diarios) de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa, cada semana, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. La actividad aeróbica debe practicarse en sesiones de 10 minutos de duración como mínimo.
2. Con el fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de estas edades pueden aumentar hasta 300 minutos por semana (60 minutos por día) la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica (30 minutos al día). O una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
3. Además, es recomendable que dos o más veces por semana realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

**Fuente:** OMS, 2010.

### Los profesionales de la salud tienen que promover la actividad física a través de:

- Incentivar la formación de grupos de actividad física comunitarios, barriales y familiares organizados.
- Coordinar y gestionar la participación de diversas organizaciones e instituciones relacionadas con la promoción de la actividad física: clubes deportivos, ligas barriales, federaciones deportivas, municipios.
- Enviar al usuario a programas de actividad física escolares, barriales o comunitarios, dependiendo de sus intereses.
- Incentivar la actividad física en la familia (paseos de fin semana, recrearse activamente).
- Promover entornos laborales y escolares que fomenten la actividad física programada (organizar juegos deportivos, y recreativos tradicionales, gestionar la adquisición de implementos deportivos, facilitadores e instructores).
- Promover entornos comunitarios que fomenten la actividad física programada (mejoramiento de canchas y espacios verdes, seguridad en parques).
- Promover y desarrollar entornos domésticos que fomenten la actividad física.

- Informar y educar a la población sobre los beneficios de permanecer físicamente activos y cómo lograrlo.

**Fuente:** Aznar, 2010. Adaptado de: Departamento de Salud. London, 2004.

## Consejería en actividad física

- La consejería está dirigida a brindar información sobre los beneficios de la actividad física programada. Se responderá a la pregunta: ¿por qué es importante realizar actividad física diariamente? Enfatizar la importancia de hacerla en forma moderada y permanente 30 minutos al día.
- Indicar al paciente recomendaciones prácticas sobre el tipo de actividad que puede realizar.
- La consejería para mantener una población sana y sin factores de riesgo en ECNT, debe guiarse por los siguientes lineamientos:
- Transmitir mensajes clave de actividad física; escoja máximo tres mensajes para transmitir al usuario, dependiendo de su edad y de la situación física y de salud.
- Basar la consejería en la pirámide de actividad física.
- Educar a la población sobre como medir la intensidad de la actividad física.

## Mensajes que promueven la actividad física poblacional en los diferentes grupos de edad

### Grupo de edad de 5 a 17 años de edad

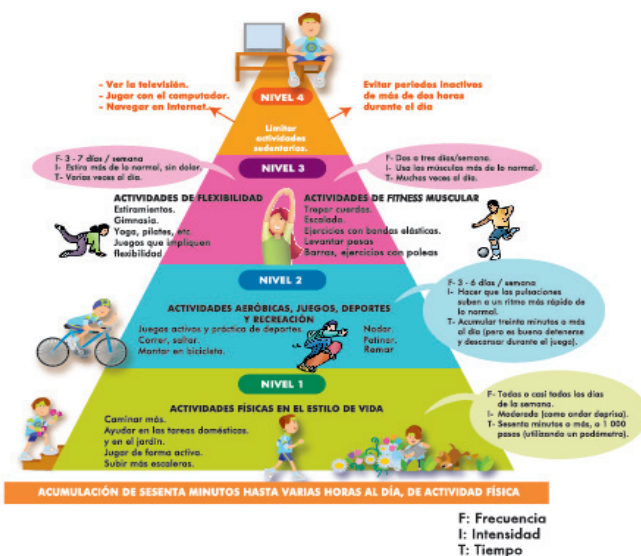
En el momento de la consejería indique a los padres que:

- Los niños, niñas y adolescentes aprenden con el ejemplo, por lo que deben compartir la actividad física.
- Reduzcan el tiempo que el niño o niña pasa frente a la pantalla de televisión, o usando la computadora, empezando por 30 minutos menos hasta llegar a reducirlo a menos de cuatro horas al día.
- Es preferible regalar a los hijos juguetes que promuevan la actividad física, como pelotas, balones, bates, cuerdas para saltar, patines o bicicletas.

- Los niños, niñas y adolescentes suelen realizar actividad por períodos intermitentes, que pueden durar desde unos segundos hasta varios minutos, por lo que cualquier tipo de juego activo conllevará, por lo general, actividades vigorosas.
- El ejercicio será más vigoroso cuando haga a los niños y niñas jadear, y lo que es más importante, los niños y niñas deberán tener la oportunidad de participar en diversas actividades divertidas y acordes con sus intereses, aptitudes y posibilidades.
- El niño, niña o adolescente logrará mediante la actividad física mejorar el rendimiento escolar y la sociabilidad.

**Fuente:** Aznar, 2010. Adaptado de: Departamento de Salud. London, 2004.

## Piramide de Actividades Físicas con recomendaciones pirámide de actividad física con recomendaciones para la población infantil y adolescente



## Piramide de actividad física con recomendaciones para la población adulta



## Recomendaciones prácticas

Indíquelo a los padres el tipo de actividades que pueden realizar sus hijos de acuerdo a la edad:

Niños y niñas en edad escolar	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ir caminado a la escuela.</li> <li>• Pasear o caminar con los padres.</li> <li>• Utilizar las escaleras.</li> <li>• Correr, bailar.</li> <li>• Llevar bolsas de compras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ir caminando a la escuela o colegio.</li> <li>• Pasear al perro.</li> <li>• Utilizar las escaleras.</li> <li>• Correr.</li> <li>• Senderismo.</li> </ul>

- Jugar al escondite o a las cogidas.
- Jugar en el patio, jugar en la playa.
- Saltar la cuerda o el elástico.
- Jugar al fútbol, patinar, nadar.
- Jugar al quemado.
- Trepár árboles, huevos de gato.
- Montar bicicleta, ayudar en el jardín.
- Jugar con padres o amigos.
- Realizar ejercicios de flexibilidad y fuerza muscular.
- Jugar activamente en los recreos.
- Sesiones diarias de actividad en la escuela (recreos y participar en actividades extracurriculares deportivas y recreativas).
- Los fines de semana realizar los paseos más largos con los padres, ir al parque o a la piscina, paseos en bicicleta.

- Montar bicicleta.
- Nadar.
- Practicar fútbol, tenis, vóley, gimnasia, atletismo, básquet.
- Patinaje, tenis, artes marciales.
- Realizar actividades con amigos.
- Practicar baile.
- Monopatín, patineta.
- Paseo diario en bicicleta por las tardes.
- Participar en clubes extracurriculares que involucren actividad física.
- Realizar deportes, actividades organizadas o informales de lunes a viernes.
- Fines de semana: paseos, montar bicicleta, actividades deportivas.

## Grupo de edad de 18 a 64 años de edad

En el momento de la consejería, el profesional de la salud debe indicar al usuario los beneficios de la actividad física:

- Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (presión arterial alta, cáncer de colon, diabetes).
- Reduce el estrés, la ansiedad y los síntomas de depresión.
- Mejora el estado de ánimo, aumenta la autoestima y tendrá más vitalidad y energía.
- Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal.
- Fortalece los huesos disminuyendo el riesgo de fracturas.
- Aumenta las defensas del organismo.
- Mejora la integración social.
- Fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzo sin fatigarse.
- Camine idealmente a paso rápido, sumando períodos de al menos diez minutos, así se fortalece el sistema respiratorio y cardiovascular.
- Sabrá que su ejercicio es de intensidad moderada porque aumenta la sensación de calor en el cuerpo, se inicia una ligera sudoración, el ritmo de la respiración y de los latidos de su corazón aumenta, pero aún le permite hablar.

## Recomendaciones prácticas

Recomiende al paciente las actividades que puede realizar:

- Camine mínimo 30 minutos al día a una intensidad de moderada a alta, solo o en grupo.
- Realice actividad física todos los días en todas las formas que pueda.
- Escoja una actividad que le guste y que se adapte a su forma de vida.
- Para subir, use las escaleras en lugar del ascensor.
- Bájese una parada antes de llegar a su destino y camine.
- Estacione el vehículo a diez minutos del almacén o supermercado que va a visitar.
- Realice ejercicio físico al menos tres veces por semana, a una intensidad de moderada a alta.
- Adapte la intensidad del ejercicio a su ritmo personal.
- Ejercite su musculatura de dos a tres veces por semana.
- Hombres y mujeres pueden hacer ejercicios de pesas.
- Evalúe su condición física, si es buena, entonces puede realizar ejercicios continuos, de intensidad media a elevada.
- Cuando se recree, hágalo en forma activa.
- Planifique salidas de campo y actividades fuera de casa el fin de semana.
- No mire más de dos horas al día de televisión en su tiempo libre.
- Realice diariamente ejercicios de estiramiento (elongación).
- Haga ejercicios de calentamiento para mejorar la flexibilidad de sus articulaciones y fortalecer los ligamentos y tendones, de esta manera disminuye el riesgo de lesiones.
- Un buen momento para realizar estos ejercicios es después de levantarse.
- Realice pausas activas en su trabajo.

## Grupo de edad de 65 años en adelante

En el momento de la consejería, el profesional de la salud debe enfatizar los beneficios de la actividad física en este grupo de edad:

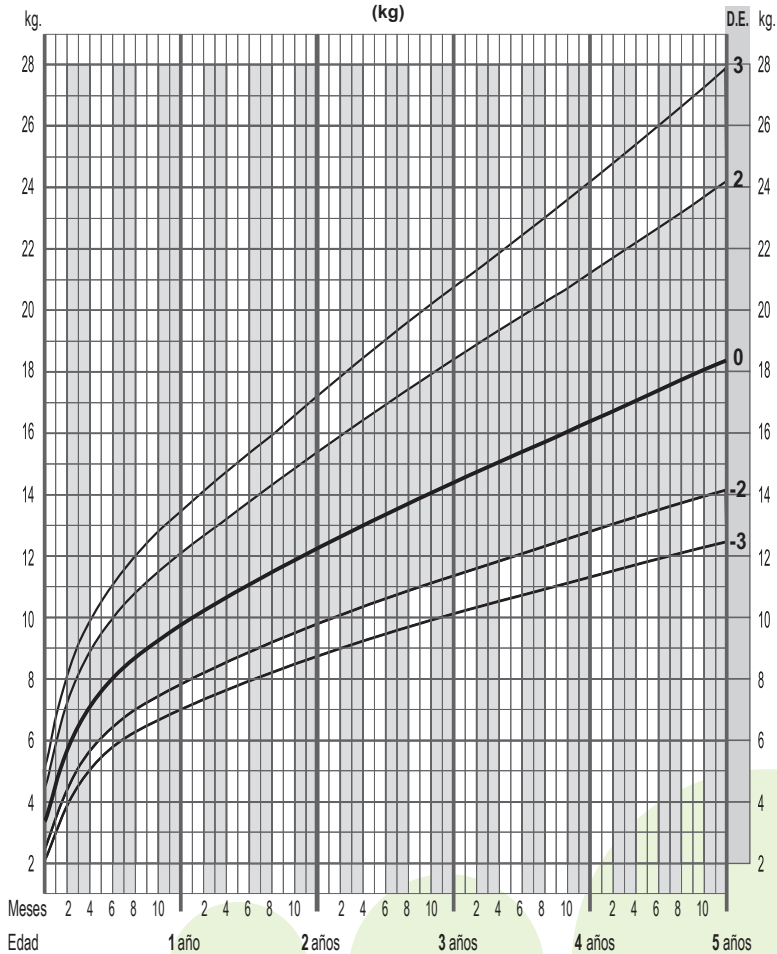
- La importancia de mantenerse activo a su manera, todos los días y durante toda la vida en la medida que pueda.
- La edad no es un obstáculo para practicar la actividad física.
- Comience poco a poco y vaya aumentando la intensidad.
- La actividad física le ayuda a mantenerse independiente por más tiempo.
- Practique una actividad física moderada durante 30 a 60 minutos, la mayoría de días.
- Encuentre actividades que le sean placenteras.
- Considere que la actividad es una oportunidad y no un inconveniente.

**Fuente:** Estados Unidos. Be active your Way. A Guide for adults, Based on the 2008. Physical Activity. Guidelines for Americans, 2008. (OMS, 2010.)

## ANEXO 1: CURVAS DE CRECIMIENTO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE

PESO/EDAD - **NIÑO** MENOR DE 5 AÑOS  
(kg)

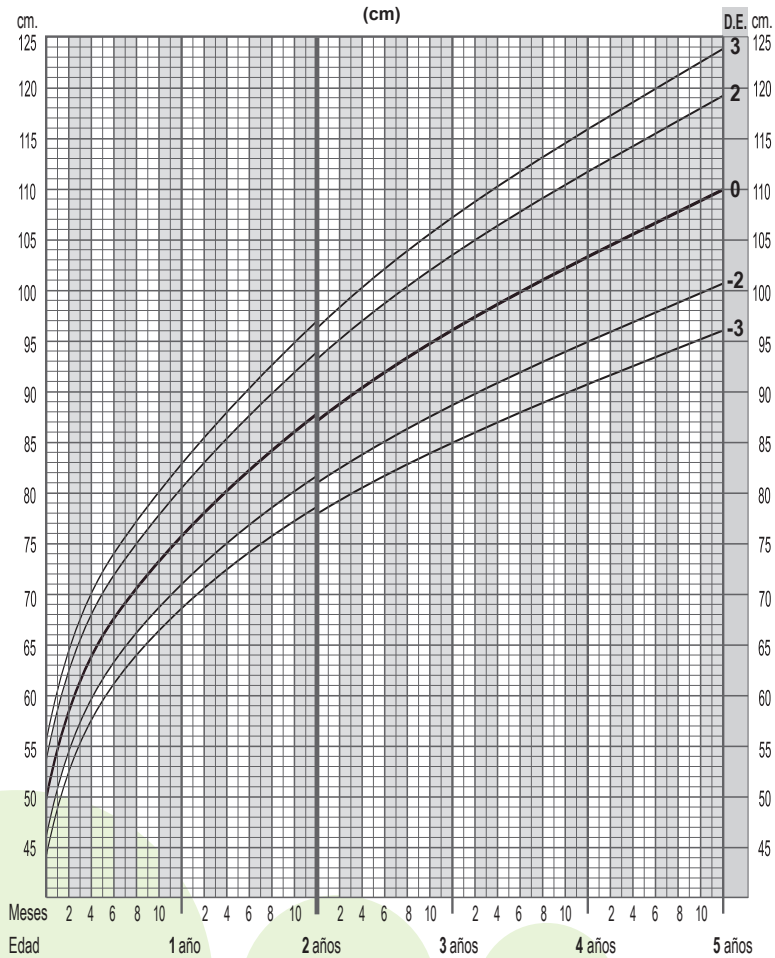


MSP HCU-Form. 028 A2/09



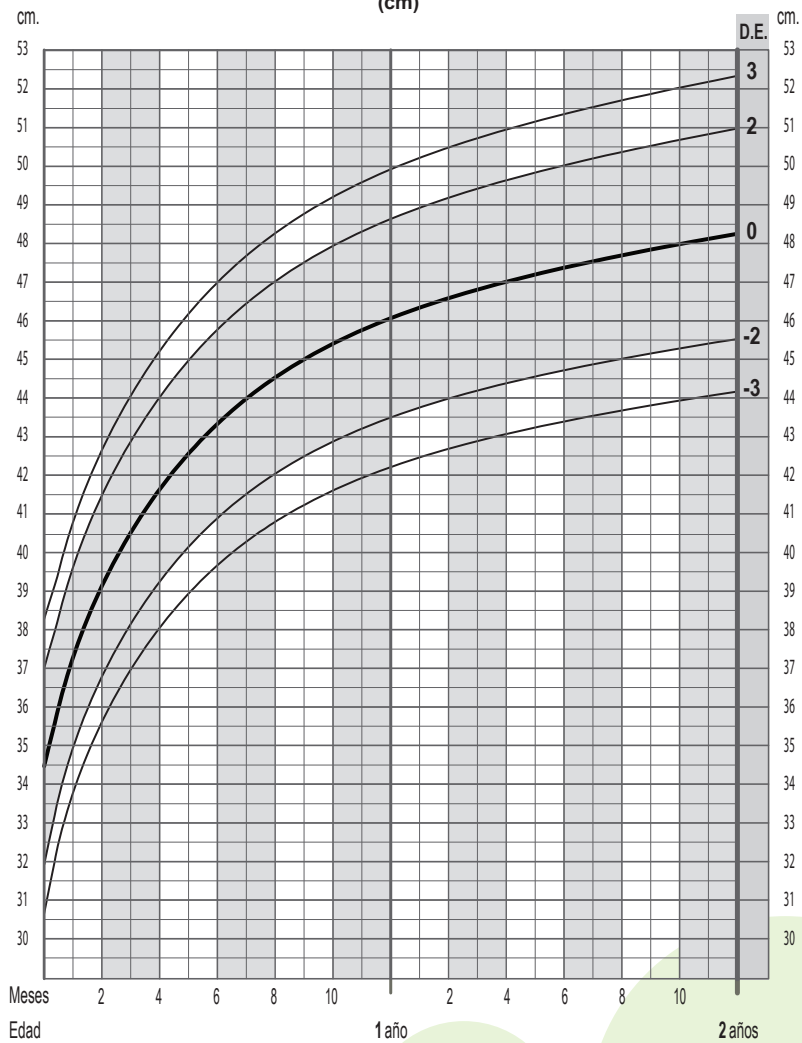
APELLIDO	SEXO (M - F)	NÚMERO DE HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA

TALLA/EDAD - **NIÑO** MENOR DE 5 AÑOS  
(cm)



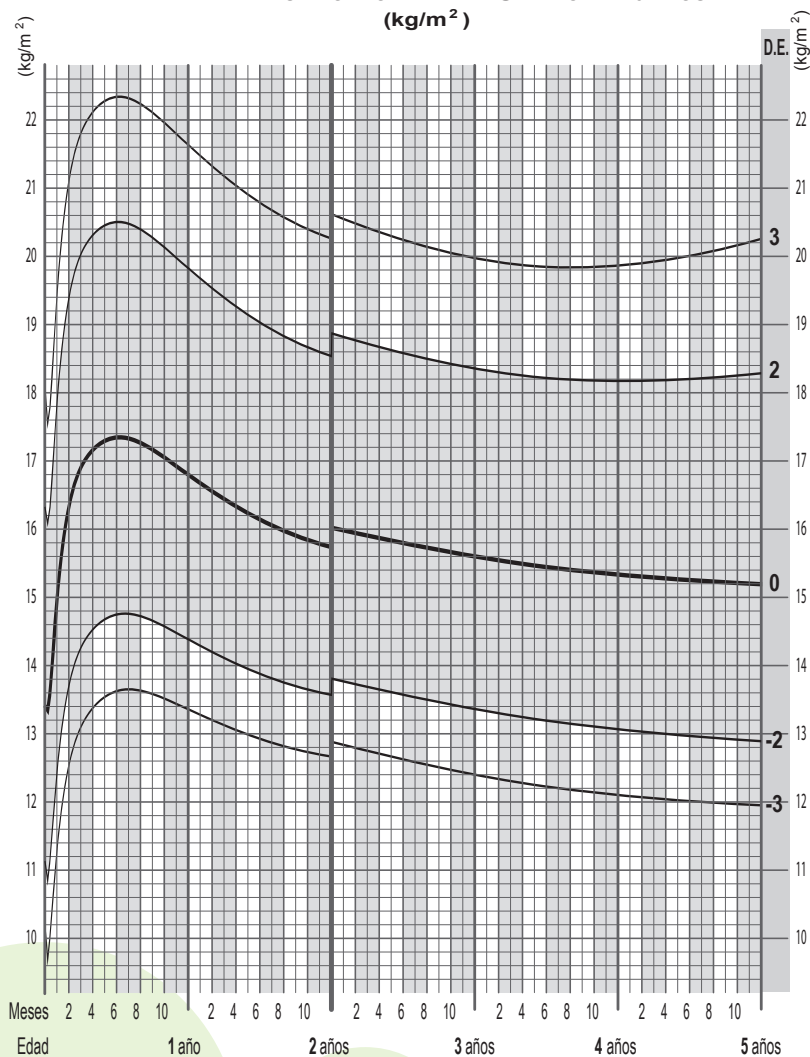
**CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**

## PERÍMETRO CEFÁLICO - NIÑO MENOR DE 2 AÑOS (cm)



MSP HCU-Form. 028 A2/09

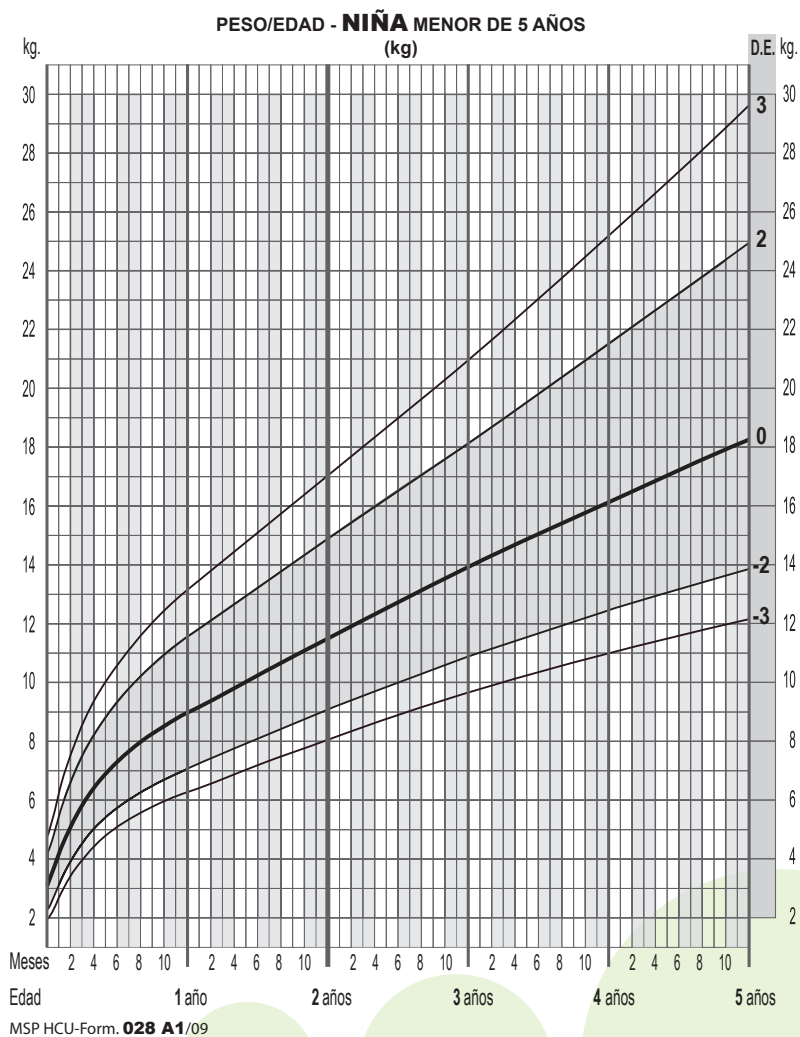
INDICE DE MASA CORPORAL - **NIÑO** MENOR DE 5 AÑOS  
(kg/m<sup>2</sup>)



**CURVA DE CRESCIMENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**

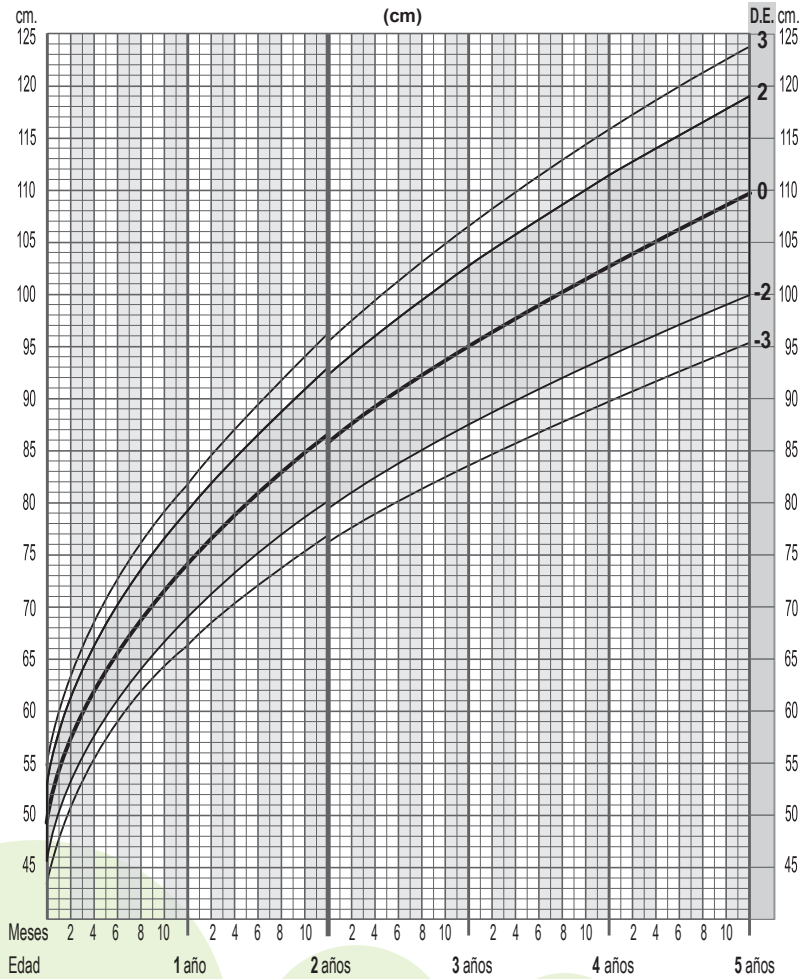
## ANEXO 2: CURVAS DE CRECIMIENTO EN NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	



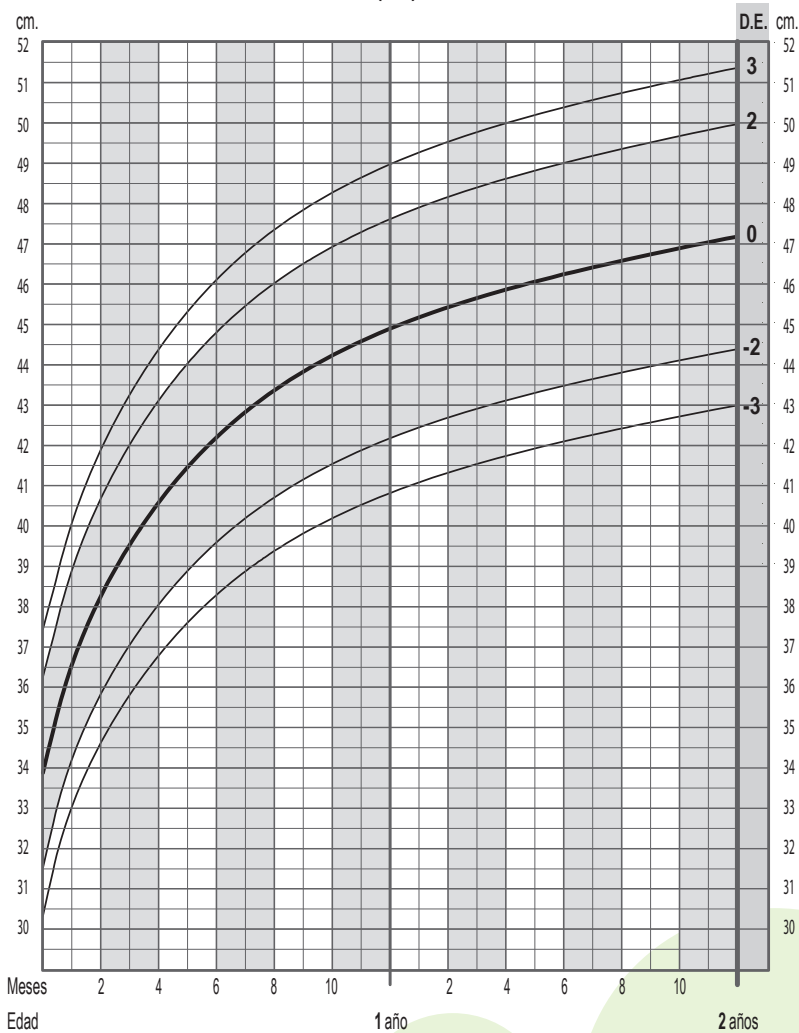
APELLIDO	SEXO (M - F)	NÚMERO DE HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA

TALLA/EDAD - **NIÑA** MENOR DE 5 AÑOS  
(cm)



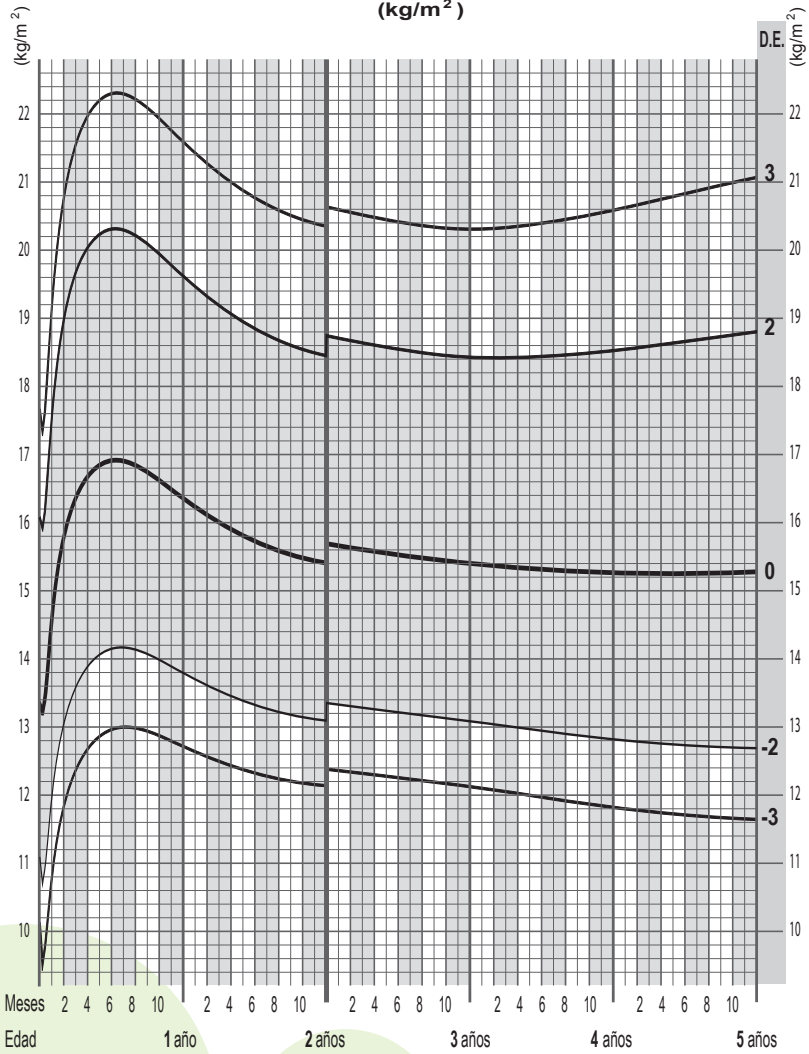
**CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS**

## PERÍMETRO CEFÁLICO - NIÑA MENOR DE 2 AÑOS (cm)



MSP HCU-Form. **028 A1**/09

## INDICE DE MASA CORPORAL - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS (kg/m<sup>2</sup>)



**CURVA DE CRESCIMENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS**

## ANEXO 3: TABLA DE CÁLCULO DE IMC PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

TABLA DE CÁLCULO DE IMC  
PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

L o T (cm)	Índice de Masa Corporal (IMC)																										L o T (cm)
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								
42	1.4	1.6	1.8	1.9	2.1	2.3	2.5	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5	3.7	3.9	4.1	4.2	4.4	4.6	4.6	42						
43	1.5	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8	4.8	43						
44	1.5	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.6	4.8	5.0	5.0	44						
45	1.6	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	45						
46	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	46						
47	1.8	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	6.0	47						
48	1.8	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.5	3.7	3.9	4.1	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.8	6.0	6.4	48						
49	1.9	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.2	6.6	49						
50	2.0	2.3	2.5	2.8	3.0	3.3	3.5	3.8	4.0	4.3	4.5	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.3	6.5	7.0	50						
51	2.1	2.3	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.9	4.2	4.4	4.7	4.9	5.2	5.5	5.7	6.0	6.2	6.5	6.8	7.4	51						
52	2.2	2.4	2.7	3.0	3.2	3.5	3.8	4.1	4.3	4.6	4.9	5.1	5.4	5.7	5.9	6.2	6.5	6.8	7.0	7.6	52						
53	2.2	2.5	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.3	5.6	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.3	8.0	53						
54	2.3	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.2	5.5	5.8	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	8.4	54						
55	2.4	2.7	3.0	3.3	3.6	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.9	8.8	55						
56	2.5	2.8	3.1	3.4	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.3	5.6	6.0	6.3	6.6	6.9	7.2	7.5	7.8	8.2	9.2	56						
57	2.6	2.9	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	4.9	5.2	5.5	5.8	6.2	6.5	6.8	7.1	7.5	7.8	8.1	8.4	9.6	57						
58	2.7	3.0	3.4	3.7	4.0	4.4	4.7	5.0	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.1	7.4	7.7	8.1	8.4	8.7	10.0	58						
59	2.8	3.1	3.5	3.8	4.2	4.5	4.9	5.2	5.6	5.9	6.3	6.6	7.0	7.3	7.7	8.0	8.4	8.7	9.1	10.6	59						
60	2.9	3.2	3.6	4.0	4.3	4.7	5.0	5.4	5.8	6.1	6.5	6.8	7.2	7.6	7.9	8.3	8.6	9.0	9.4	11.0	60						
61	3.0	3.3	3.7	4.1	4.5	4.8	5.2	5.6	6.0	6.3	6.7	7.1	7.4	7.8	8.2	8.6	8.9	9.3	9.7	11.4	61						
62	3.1	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.4	5.8	6.2	6.5	6.9	7.3	7.7	8.1	8.5	8.8	9.2	9.6	10.0	11.8	62						
63	3.2	3.6	4.0	4.4	4.8	5.2	5.6	6.0	6.4	6.7	7.1	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	12.2	63						
64	3.3	3.7	4.1	4.5	4.9	5.3	5.7	6.1	6.6	7.0	7.4	7.8	8.2	8.6	9.0	9.4	9.8	10.2	10.6	12.6	64						
65	3.4	3.8	4.2	4.6	5.1	5.5	5.9	6.3	6.8	7.2	7.6	8.0	8.5	8.9	9.3	9.7	10.1	10.6	11.0	13.0	65						
66	3.5	3.9	4.4	4.8	5.2	5.7	6.1	6.5	7.0	7.4	7.8	8.3	8.7	9.1	9.6	10.0	10.5	10.9	11.3	13.4	66						
67	3.6	4.0	4.5	4.9	5.4	5.8	6.3	6.7	7.2	7.6	8.1	8.5	9.0	9.4	9.9	10.3	10.8	11.2	11.7	13.8	67						
68	3.7	4.2	4.6	5.1	5.5	6.0	6.5	6.9	7.4	7.9	8.3	8.8	9.2	9.7	10.2	10.6	11.1	11.6	12.0	14.1	68						
69	3.8	4.3	4.8	5.2	5.7	6.2	6.7	7.1	7.6	8.1	8.6	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.4	11.9	12.4	14.6	69						
70	3.9	4.4	4.9	5.4	5.9	6.4	6.9	7.4	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.3	11.8	12.3	12.7	15.0	70						
71	4.0	4.5	5.0	5.5	6.0	6.6	7.1	7.6	8.1	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.1	15.4	71						
72	4.1	4.7	5.2	5.7	6.2	6.7	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	13.0	13.5	15.8	72						
73	4.3	4.8	5.3	5.9	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.9	16.2	73						
74	4.4	4.9	5.5	6.0	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.0	12.6	13.1	13.7	14.2	16.6	74						
75	4.5	5.1	5.6	6.2	6.8	7.3	7.9	8.4	9.0	9.6	10.1	10.7	11.3	11.8	12.4	12.9	13.5	14.1	14.6	17.0	75						
76	4.6	5.2	5.8	6.4	6.9	7.5	8.1	8.7	9.2	9.8	10.4	11.0	11.6	12.1	12.7	13.3	13.9	14.4	15.0	17.4	76						
77	4.7	5.3	5.9	6.5	7.1	7.7	8.3	8.9	9.5	10.1	10.7	11.3	11.9	12.5	13.0	13.6	14.2	14.8	15.4	17.8	77						
78	4.9	5.5	6.1	6.7	7.3	7.9	8.5	9.1	9.7	10.3	11.0	11.6	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.2	15.8	18.2	78						
79	5.0	5.6	6.2	6.9	7.5	8.1	8.7	9.4	10.0	10.6	11.2	11.9	12.5	13.1	13.7	14.4	15.0	15.6	16.2	18.6	79						
80	5.1	5.8	6.4	7.0	7.7	8.3	9.0	9.6	10.2	10.9	11.5	12.2	12.8	13.4	14.1	14.7	15.4	16.0	16.6	19.0	80						
81	5.2	5.9	6.6	7.2	7.9	8.5	9.2	9.8	10.5	11.2	11.8	12.5	13.1	13.8	14.4	15.1	15.7	16.4	17.1	19.4	81						
82	5.4	6.1	6.7	7.4	8.1	8.7	9.4	10.1	10.8	11.4	12.1	12.8	13.4	14.1	14.8	15.5	16.1	16.8	17.5	19.8	82						
83	5.5	6.2	6.9	7.6	8.3	9.0	9.6	10.3	11.0	11.7	12.4	13.1	13.8	14.5	15.2	15.8	16.5	17.2	17.9	20.2	83						
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								

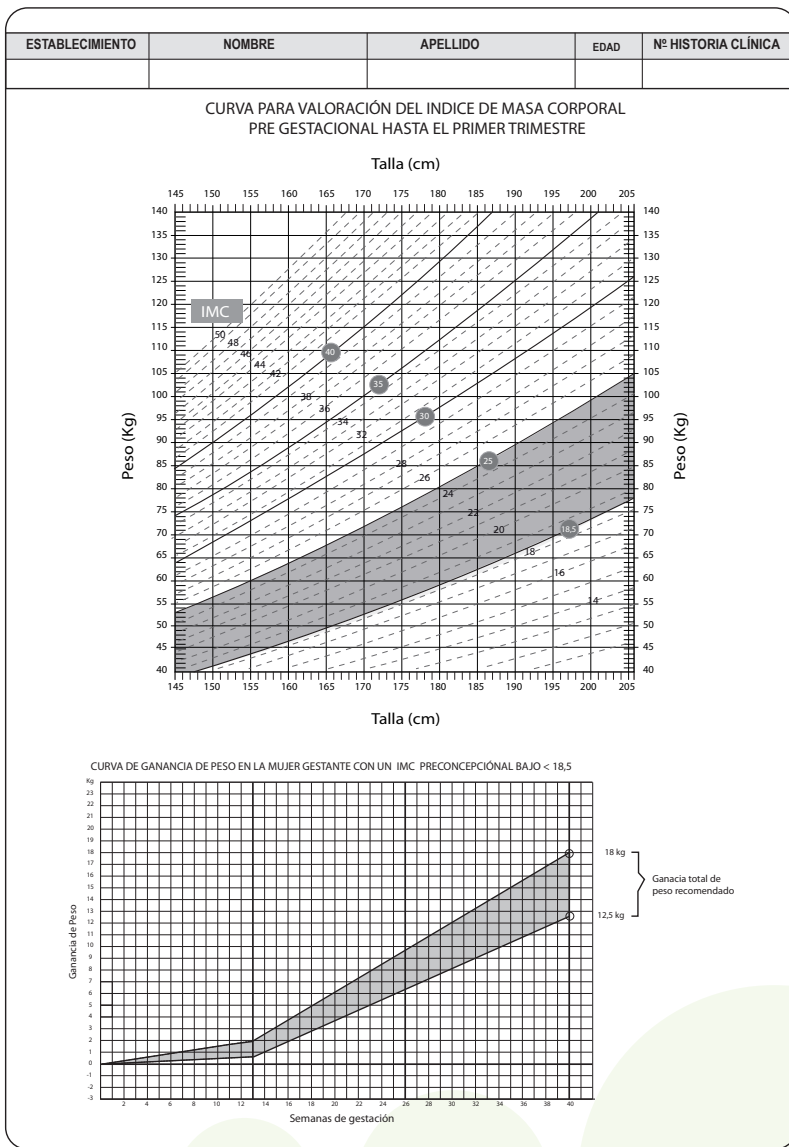
Para usar la tabla de IMC:

- \*Encuentre la longitud o talla del niño o niña (en centímetros) en la columna de la izquierda de la tabla.
- \*Mire o al largo de la fila para encontrar el peso del niño o niña. Si no se muestra el peso exacto, seleccione el peso más cercano.
- \*Si el peso del niño o niña está justo en medio de los valores que se muestran, considérela "en la línea".
- \*Desplace su dedo desde el peso hacia arriba para encontrar el IMC del niño o niña en la primera fila o hacia abajo a la última fila de la tabla.

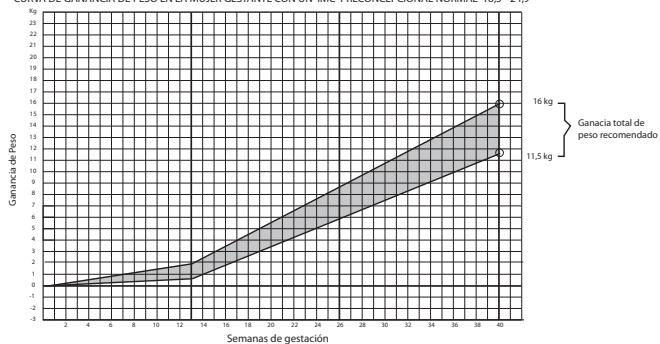


L o T (cm)	Indice de Masa Corporal (IMC)																										L o T (cm)
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								
84	5.6	6.4	7.1	7.8	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	18.3	84							
85	5.8	6.5	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	18.8	85							
86	5.9	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.5	16.3	17.0	17.8	18.5	19.2	86							
87	6.1	6.8	7.6	8.3	9.1	9.8	10.6	11.4	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	87							
88	6.2	7.0	7.7	8.5	9.3	10.1	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.0	17.8	18.6	19.4	20.1	88							
89	6.3	7.1	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6	89							
90	6.5	7.3	8.1	8.9	9.7	10.5	11.3	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.8	18.6	19.4	20.3	21.1	90							
91	6.6	7.5	8.3	9.1	9.9	10.8	11.6	12.4	13.2	14.1	14.9	15.7	16.6	17.4	18.2	19.0	19.9	20.7	21.5	91							
92	6.8	7.6	8.5	9.3	10.2	11.0	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	22.0	92							
93	6.9	7.8	8.6	9.5	10.4	11.2	12.1	13.0	13.8	14.7	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	93							
94	7.1	8.0	8.8	9.7	10.6	11.5	12.4	13.3	14.1	15.0	15.9	16.8	17.7	18.6	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	94							
95	7.2	8.1	9.0	9.9	10.8	11.7	12.6	13.5	14.4	15.3	16.2	17.1	18.1	19.0	19.9	20.8	21.7	22.6	23.5	95							
96	7.4	8.3	9.2	10.1	11.1	12.0	12.9	13.8	14.7	15.7	16.6	17.5	18.4	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	24.0	96							
97	7.5	8.5	9.4	10.3	11.3	12.2	13.2	14.1	15.1	16.0	16.9	17.9	18.8	19.8	20.7	21.6	22.6	23.5	24.5	97							
98	7.7	8.6	9.6	10.6	11.5	12.5	13.4	14.4	15.4	16.3	17.3	18.2	19.2	20.2	21.1	22.1	23.0	24.0	25.0	98							
99	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	99							
100	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	100							
101	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	101							
102	8.3	9.4	10.4	11.4	12.5	13.5	14.6	15.6	16.6	17.7	18.7	19.8	20.8	21.8	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	102							
103	8.5	9.5	10.6	11.7	12.7	13.8	14.9	15.9	17.0	18.0	19.1	20.2	21.2	22.3	23.3	24.4	25.5	26.5	27.6	103							
104	8.7	9.7	10.8	11.9	13.0	14.1	15.1	16.2	17.3	18.4	19.5	20.6	21.6	22.7	23.8	24.9	26.0	27.0	28.1	104							
105	8.8	9.9	11.0	12.1	13.2	14.3	15.4	16.5	17.6	18.7	19.8	20.9	22.1	23.2	24.3	25.4	26.5	27.6	28.7	105							
106	9.0	10.1	11.2	12.4	13.5	14.6	15.7	16.9	18.0	19.1	20.2	21.3	22.5	23.6	24.7	25.8	27.0	28.1	29.2	106							
107	9.2	10.3	11.4	12.6	13.7	14.9	16.0	17.2	18.3	19.5	20.6	21.8	22.9	24.0	25.2	26.3	27.5	28.6	29.8	107							
108	9.3	10.5	11.7	12.8	14.0	15.2	16.3	17.5	18.7	19.8	21.0	22.2	23.3	24.5	25.7	26.8	28.0	29.2	30.3	108							
109	9.5	10.7	11.9	13.1	14.3	15.4	16.6	17.8	19.0	20.2	21.4	22.6	23.8	25.0	26.1	27.3	28.5	29.7	30.9	109							
110	9.7	10.9	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.2	19.4	20.6	21.8	23.0	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.3	31.5	110							
111	9.9	11.1	12.3	13.6	14.8	16.0	17.2	18.5	19.7	20.9	22.2	23.4	24.6	25.9	27.1	28.3	29.6	30.8	32.0	111							
112	10.0	11.3	12.5	13.8	15.1	16.3	17.6	18.8	20.1	21.3	22.6	23.8	25.1	26.3	27.6	28.9	30.1	31.4	32.6	112							
113	10.2	11.5	12.8	14.0	15.3	16.6	17.9	19.2	20.4	21.7	23.0	24.3	25.5	26.8	28.1	29.4	30.6	31.9	33.2	113							
114	10.4	11.7	13.0	14.3	15.6	16.9	18.2	19.5	20.8	22.1	23.4	24.7	26.0	27.3	28.6	29.9	31.2	32.5	33.8	114							
115	10.6	11.9	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.2	22.5	23.8	25.1	26.5	27.8	29.1	30.4	31.7	33.1	34.4	115							
116	10.8	12.1	13.5	14.8	16.1	17.5	18.8	20.2	21.5	22.9	24.2	25.6	26.9	28.3	29.6	30.9	32.3	33.6	35.0	116							
117	11.0	12.3	13.7	15.1	16.4	17.8	19.2	20.5	21.9	23.3	24.6	26.0	27.4	28.7	30.1	31.5	32.9	34.2	35.6	117							
118	11.1	12.5	13.9	15.3	16.7	18.1	19.5	20.9	22.3	23.7	25.1	26.5	27.8	29.2	30.6	32.0	33.4	34.8	36.2	118							
119	11.3	12.7	14.2	15.6	17.0	18.4	19.8	21.2	22.7	24.1	25.5	26.9	28.3	29.7	31.2	32.6	34.0	35.4	36.8	119							
120	11.5	13.0	14.4	15.8	17.3	18.7	20.2	21.6	23.0	24.5	25.9	27.4	28.8	30.2	31.7	33.1	34.6	36.0	37.4	120							
121	11.7	13.2	14.6	16.1	17.6	19.0	20.5	22.0	23.4	24.9	26.4	27.8	29.3	30.7	32.2	33.7	35.1	36.6	38.1	121							
122	11.9	13.4	14.9	16.4	17.9	19.3	20.8	22.3	23.8	25.3	26.8	28.3	29.8	31.3	32.7	34.2	35.7	37.2	38.7	122							
123	12.1	13.6	15.1	16.6	18.2	19.7	21.2	22.7	24.2	25.7	27.2	28.7	30.3	31.8	33.3	34.8	36.3	37.8	39.3	123							
124	12.3	13.8	15.4	16.9	18.5	20.0	21.5	23.1	24.6	26.1	27.7	29.2	30.8	32.3	33.8	35.4	36.9	38.4	40.0	124							
125	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	125							
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								

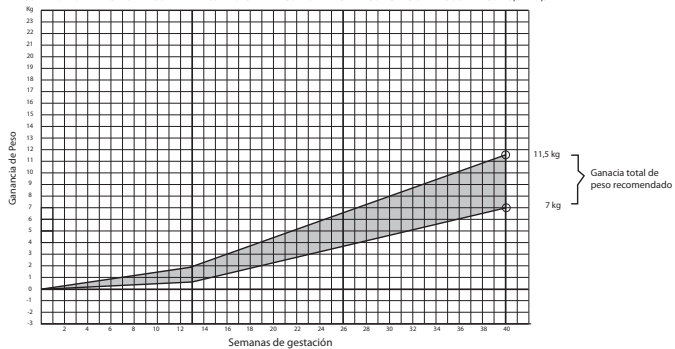
## ANEXO 4: CURVAS DE GANANCIA DE PESO DE LA MUJER GESTANTE



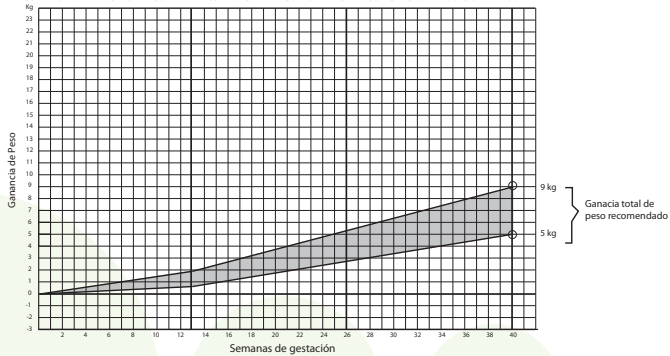
CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL NORMAL 18,5 - 24,9



CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO 25,0 - 29,9



CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL OBESIDAD > 30



## ANEXO 5: Tabla de peso para la talla según Edad Gestacional del CLAP

Tablas Del Clap  
Peso para la talla según Edad Gestacional

Sem.	Perc.	Talla en cm																				
		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167	142	145	148	151	154	157	160	163	166	169	
13	10	38,6	40,0	41,3	42,8	42,8	42,2	45,6	47,2	49,0	52,2											
	90	51,3	53,1	54,9	57,0	58,8	60,7	62,7	65,1	67,2	69,4											
14	10	39,5	40,9	42,3	43,8	45,2	46,7	48,3	50,1	51,8	53,4											
	90	52,7	54,5	56,9	58,5	60,3	62,3	64,4	66,8	69,0	71,2											
15	10	40,4	41,8	43,3	44,9	46,3	47,8	49,4	51,3	53,0	54,6											
	90	53,1	55,0	56,9	59,0	60,8	62,8	64,9	67,4	69,6	71,8											
16	10	41,3	42,8	44,2	45,9	47,3	48,9	50,5	52,4	54,1	55,9											
	90	53,6	55,5	57,3	59,5	61,4	63,4	65,5	68,0	70,2	72,5											
17	10	42,4	43,7	45,2	46,9	48,4	49,9	51,6	53,6	55,3	57,1											
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1											
18	10	42,7	44,2	45,7	47,4	48,9	50,5	52,2	54,1	55,9	57,7											
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1											
19	10	43,6	45,1	46,1	48,4	49,9	51,6	53,3	55,3	57,1	58,9											
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,6	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1											
20	10	44,5	46,1	47,6	49,4	51,0	52,6	54,4	56,4	58,3	60,2											
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7											
21	10	45,4	47,0	48,6	50,4	52,0	53,7	55,5	57,6	59,5	61,4											
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7											
22	10	45,9	47,5	49,1	50,9	52,5	54,2	56,1	58,2	60,1	62,0											
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,2	72,0	74,3											
23	10	46,3	47,9	49,6	51,4	53,0	54,8	56,6	58,8	60,7	62,6											
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,7	72,0	74,3											
24	10	46,8	48,4	50,1	51,9	53,6	55,3	57,2	59,3	61,3	63,2											
	90	55,4	57,3	59,3	61,5	63,4	65,5	67,7	70,3	72,6	74,9											
25	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9											
	90	55,8	57,8	59,8	62,0	64,0	66,1	68,5	70,8	73,2	75,5											
26	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9											
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1											
27	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5											
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1											
28	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5											
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8											
29	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5											
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8											
30	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,6	63,1	65,1											
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4											
31	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,1	63,1	65,1											
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4											
32	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7											
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4											
33	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7											
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4											
34	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7											
	90	57,9	59,7	61,7	64,0	66,0	68,2	70,5	73,2	75,6	78,0											
35	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3											
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6											
36	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3											
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6											
37	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3											
	90	58,6	60,6	62,7	65,0	67,1	69,3	71,6	74,3	76,8	79,2											
38	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1											
	90	59,0	61,1	63,2	65,5	67,6	69,8	72,1	74,9	77,3	80,7											
39	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1											
	90	59,5	61,1	63,7	66,0	68,1	70,3	72,7	75,5	77,9	81,4											

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR

- Utilizar esta tabla para ubicar a la mujer gestante después de 1er. trimestre del embarazo en la curva que le corresponde según su estado nutricional (Bajo Peso, Normal y Sobrepeso)

## ANEXO 6:

### Tabla de determinación de peso preconcepcional estimado en la mujer gestante

DETERMINACIÓN DE PESO PRECONCEPCIONAL ESTIMADO EN LA MUJER GESTANTE												
SEMANAS DE GESTACIÓN	BAJO PESO IMC PG <18,5			NORMAL IMC PG 18,5 a <25			SOBREPESO IMC PG 25 A <30			EMBARAZO MULTIPLE		
	Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)		
	Adecuada			Adecuada			Adecuada			Mellizos y Trillizos		
	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo
1		0,2			0,1			0,1			0,1	
2		0,4			0,2			0,1			0,2	
3		0,5			0,4			0,2			0,4	
4		0,7			0,5			0,3			0,5	
5		0,9			0,6			0,3			0,6	
6		1,1			0,7			0,4			0,7	
7		1,2			0,9			0,5			0,9	
8		1,4			1			0,6			1	
9		1,6			1,1			0,6			1,1	
10		1,8			1,2			0,7			1,2	
11		1,9			1,4			0,8			1,4	
12		2,1			1,5			0,8			1,5	
13		2,3			1,6			0,9			1,6	
14	2,7	2,8	2,9	2	2,1	2,1	1,1	1,2	1,3	2,1	2,3	2,4
15	3,1	3,3	3,5	2,3	2,3	2,7	1,4	1,5	1,7	2,7	3	3,2
16	3,4	3,8	4	2,7	3	3,2	1,6	1,8	2,1	3,2	3,7	3,9
17	3,8	4,2	4,6	3,1	3,4	3,7	1,8	2,1	2,5	3,7	4,4	4,7
18	4,2	4,7	5,2	3,4	3,9	4,3	2	2,5	2,9	4,3	5,1	5,5
19	4,6	5,2	5,8	3,8	4,3	4,8	2,3	2,8	3,3	4,8	5,8	6,3
20	4,9	5,7	6,4	4,2	4,8	5,3	2,5	3,1	3,6	5,3	6,5	7,1
21	5,3	6,2	7	4,5	5,2	5,9	2,7	3,4	4	5,9	7,2	7,9
22	5,7	6,6	7,5	4,9	5,7	6,4	2,9	3,7	4,4	6,4	7,9	8,6
23	6,1	7,1	8,1	5,3	6,1	6,9	3,2	4	4,8	6,9	8,6	9,4
24	6,5	7,6	8,7	5,6	6,6	7,5	3,4	4,3	5,2	7,5	9,3	10,2
25	6,8	8,1	9,3	6	7	8	3,6	4,6	5,6	8	10	11
26	7,2	8,5	9,9	6,4	7,5	8,5	3,8	4,9	6	8,5	10,7	11,8
27	7,6	9	10,4	6,7	7,9	9,1	4,1	5,2	6,4	9,1	11,4	12,5
28	8	9,5	11	7,1	8,4	9,6	4,3	5,5	6,8	9,6	12,1	13,3
29	8,3	10	11,6	7,5	8,8	10,1	4,5	5,9	7,2	10,1	12,8	14,1
30	8,7	10,5	12,2	7,8	9,3	10,7	4,7	6,2	7,6	10,7	13,5	14,9
31	9,1	10,9	12,8	8,2	9,7	11,2	5	6,5	8	11,2	14,2	15,7
32	9,5	11,4	13,3	8,6	10,2	11,7	5,2	6,8	8,4	11,7	14,9	16,4
33	9,9	11,9	13,9	8,9	10,6	12,3	5,4	7,1	8,8	12,3	15,6	17,2
34	10,2	12,4	14,5	9,3	11,1	12,8	5,6	7,4	9,1	12,8	16,3	18
35	10,6	12,9	15,1	9,7	11,5	13,3	5,9	7,7	9,5	13,3	17	18,8
36	11	13,3	15,7	10	12	13,9	6,1	8	9,9	13,9	17,7	19,6
37	11,4	13,8	16,3	10,4	12,4	14,4	6,3	8,3	10,3	14,4	18,4	20,4
38	11,7	14,3	16,8	10,8	12,9	14,9	6,5	8,6	10,7	14,9	19,1	21,1
39	12,1	14,8	17,3	11,1	13,3	15,5	6,8	8,9	11,1	15,5	19,8	21,9
40	12,5	15,3	18	11,5	13,7	16	7	9,3	11,5	16	20,5	22,7

Fuente: Tabla adaptada del Instituto Nacional de Medicina

- Utilizar esta tabla para sacar el peso preconcepcional de la mujer gestante

### GANANCIA DE PESO SEGÚN IMC

Clasificación IMC pregestacional	Ganancia total de peso			Velocidad de ganancia de peso en el segundo y tercer trimestre	
	Rango en kg	Rango en libras	Ganancia de peso en embarazos múltiples	Promedio en kilogramos/semana	Promedio en libras/semana
Bajo peso Menos 18,5 kg/m <sup>2</sup>	12,5-18Kg	28-40lb		0,51 kg/semana (0,44-0,58) rango	1 lb/semana (1-1,3) rango
Normal 18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	11,5-16Kg	25-35lb	17- 25 Kg	0,42 kg/semana (0,35-0,50) rango	1 lb/semana (0,8-1) rango
Sobrepeso 25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	7-11,5Kg	15-25lb	14- 23 Kg	0,28 kg/semana (0,23-0,33) rango	0,6 lb/semana (0,5-0,7) rango
Obesidad Más de 30 kg/m <sup>2</sup>	5-9Kg	11- 20lb	11- 19 Kg	0,22 kg/semana (0,17-0,27) rango	0,5 lb/semana (0,4-0,6) rango

### ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC

CLASIFICACIÓN	VALOR IMC
Bajo peso	Menos de 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 a 29.9
Obesidad	Más de 30
Obesidad grado I leve	30 – 34.99
Obesidad grado II moderada	35-39.99
Obesidad grado III severa	> de 40

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MSP. SNS CONASA (2010), Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Proceso de Normativización del SNS, Quito, Imprenta MSP.
2. MSP. SNS CONASA (2008), Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Quito.
3. MSP. SNS CONASA (2008), Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, Quito.
4. MSP (2007), Políticas integrales de Salud para el Adulto-Adulto mayor.
5. Organización Mundial de la Salud (2001), Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud, Ginebra, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.29\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.29_spa.pdf). Visitada el 21 de marzo de 2011.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997), Taller sobre género, salud y desarrollo, Guía para facilitadores, Mujer Salud y Desarrollo, División de la salud y desarrollo humano, Washington D. C.: OPS.
7. <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/Workshopspl.pdf>. Visitada el 15 de enero de 2011.
8. Pérez Gil-Romo, Urdanivia Díaz (2007), "Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género". Salud Pública México, número 49: pp. 445-453. [www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/estudio.pdf](http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/estudio.pdf). Visitada el 15 de marzo de 2011.
9. Rodríguez, Lilia y Elizabeth Núñez (coord.) (2010), Salud,

Interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir, MSP, UNFPA, Quito, Abya-Yala.

10. WFP PMA (2009), Política del PMA en materia de género. Promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer en la búsqueda de soluciones al problema del hambre y la malnutrición, Roma, Italia.
11. World Health Organization (2010), Integrating poverty and gender into health programmes: a sourcebook for health professionals: module on nutrition. [www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/8856985D.../0/Nutritionmodule2.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/8856985D.../0/Nutritionmodule2.pdf). Visitada el 20 de marzo de 2011, Aznar S., Webster T., Ministerio de Sanidad y Consumo.
12. Ministerio de Educación y Ciencia, Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participen en su educación. Consultado el 4 de octubre de 2010. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>.
13. Estados Unidos, Be active your Way. A Guide for adults, Based on the 2008. Physical Activity. Guidelines for Americans, 2008, (OMS, 2010).
14. Ministerio de Salud del Perú (2009). Wilson R., et al., Guía de consejería nutricional. Documento Técnico. Revisado el 4 de octubre de 2010. Disponible en: <http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/documento-de-trabajo-guia-de-consejeria-nutricional>.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Sistema Nacional de Salud, "Componente Normativo (Normas y Protocolos) Materno



Neonatal", Ecuador, Agosto, 2008. Consultado por última vez en septiembre de 2010, [www.conasa.gov.ec/.../MaternoNeonatal/3.ComponenteNormativoNeonatal.pdf](http://www.conasa.gov.ec/.../MaternoNeonatal/3.ComponenteNormativoNeonatal.pdf).

16. Organización Mundial de la Salud (2010), Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza, MS, 2010.
17. SEEDO (2000), "Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica". Med Clin (Barc), 2000; 115: 587-597.
18. Undurraga J. (2006), "Consejería: propuesta de un método de apoyo al paciente terminal". Rev. Med. Chile; 134: 1448-1454.
19. Lamas, Marta (1997), "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género", en Género, Conceptos básicos. Programa de Estudios de Género, Pontificia Universidad Católica del Perú.
20. Lamas, Marta, et al. (1998), Para entender el concepto de género. Ecuador, Abya-Yala, Colección Plurimínor.
21. MSP, UNFPA (2010), Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo. [http://www.unfpa.org.ec/sitio/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=34&Itemid=85](http://www.unfpa.org.ec/sitio/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=34&Itemid=85). Visitada el 20 de marzo de 2011.
22. MSP, ONUSIDA (2006), Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA, 2007-2015. <http://www.gcth-sida.org/archivos/20Plan%20Estrategico%202007-2015.pdf>. Visitada el 26 de mayo de 2011.



Ministerio de Salud Pública