

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTES DE
ENTRE 5 Y 11 AÑOS DE EDAD CON RIESGO DE PADECER
OBESIDAD**

Autora: Lara Sánchez Serrano

Tutora: María Concepción Rubio Soriano

CALIFICACIÓN.

--

ÍNDICE:

Resumen	pág. 3
Palabras clave	pág. 3
Introducción	pág. 4
Objetivos	pág. 5
Metodología	pág. 5
Desarrollo del plan de cuidados estandarizado	pág. 6
Conclusiones	pág. 14
Bibliografía	pág. 16
Anexo 1	pág. 18
Anexo 2	pág. 22
Anexo 3	pág. 23

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTES DE ENTRE 5 Y 11
AÑOS DE EDAD CON RIESGO DE PADECER OBESIDAD

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad que afecta casi a 7 de cada 100 niños en Aragón. En el 99% de los casos está producida por estilos de vida poco saludables, es decir, alimentación inadecuada y escaso ejercicio físico.

Por todo ello, el objetivo principal de este plan de cuidados es contribuir a la disminución de la prevalencia de esta enfermedad en la población infantil, a través de la labor de enfermería.

El plan está organizado en base a las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Se han seleccionado los diagnósticos de enfermería más frecuentes en la población diana, a continuación se han seleccionado los criterios de resultado que esperamos, y por último se han especificado las intervenciones que el personal de enfermería debe llevar a cabo. Dichas intervenciones están destinadas principalmente al control del peso del niño, a aumentar sus conocimientos acerca de estilos de vida saludables, a la potenciación de su autoestima, y a combatir el sedentarismo.

Finalmente, se reflejan una serie de conclusiones que hay que considerar para que el plan de cuidados cumpla los objetivos previstos, como tener en cuenta siempre las características individuales de cada paciente, o hacer a la familia del niño partícipe del plan.

Palabras clave: obesidad, niño, estilo de vida, conducta alimentaria.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, según define la OMS. Un IMC ≥ 30 determina obesidad. ⁽¹⁾

En el adulto afecta al 15-30% de la población en los países desarrollados. En España, la tasa de obesidad en adultos está alrededor del 14% ⁽²⁾. Por último, a nivel de nuestra comunidad autónoma podemos decir que el 15'22% de la población aragonesa mayor de 18 años sufre obesidad ⁽³⁾.

En cuanto a la población infantil, recientes estudios demuestran que España es el segundo país de Europa con mayor número de niños obesos, siendo el porcentaje de grasa corporal mayor en niñas que en niños. En Aragón, el 6,4% de la población infantil sufre obesidad ^(4,5).

Esta elevada prevalencia se debe principalmente al consumo de dietas hipercalóricas y la reducción del gasto energético. Aunque también influyen otros factores como el bajo peso al nacer, o la obesidad parental. ⁽⁶⁾

Dicha enfermedad trae consigo diversos problemas, como en el aparato locomotor, por sobrecarga del mismo y en el aparato respiratorio. Además, también tiene importantes repercusiones psicológicas y de adaptación social: imagen pobre de sí mismos y mayor dificultad para integrarse socialmente. ⁽⁷⁾

La obesidad también supone un importante gasto sanitario. Según el estudio DELPHI, en España el coste económico de la obesidad es un 6,9% del gasto sanitario; y un 35% del gasto sanitario total, va destinado a enfermedades relacionadas con la obesidad, como las dislipemias o la diabetes. ⁽⁸⁾

Por todo ello: tanto por su elevada prevalencia, sus consecuencias, y la gran cantidad de gasto sanitario que conlleva, considero muy importante la realización de un plan de cuidados estandarizado centrado en la prevención de esta enfermedad, ya que el 99% de los casos de obesidad infantil se deben a factores relacionados con los estilos de vida y sólo un 1% a síndromes genéticos o endocrino-metabólicos. ⁽⁶⁾

Este plan de cuidados en concreto está centrado en niños de entre 5 y 11 años con riesgo de padecer obesidad, así como a sus padres, madres o tutores. Se

ha seleccionado este rango de edad por ser estable en cuanto a la relación peso/talla. Esto se debe a que hasta los cinco años el IMC de un niño no puede equipararse al de un adulto, porque el crecimiento del niño no es proporcionado entre todas las partes de su cuerpo. Por otra parte, a partir de los 11, comienza a cambiar el cuerpo y el metabolismo de muchos niños, al entrar en la adolescencia. Se han considerado niños en riesgo aquellos que tengan sobrepeso, es decir, con un $IMC \geq 25$.

OBJETIVOS

- ✓ Elaborar un plan de cuidados estandarizado para pacientes de entre 5 y 11 años de edad con riesgo de padecer obesidad, con el fin de contribuir a la disminución de la prevalencia de esta enfermedad.
- ✓ Dotar a los profesionales de enfermería de un instrumento que les ayude en la práctica profesional.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este plan se ha realizado en primer lugar una revisión bibliográfica: tanto en bases de datos, como documentación impresa, on-line y en estrategias impulsadas por organismos oficiales.

Después, se ha seleccionado la información que nos resultaba útil a través de unos criterios de inclusión. Finalmente, recolectada toda la información necesaria, se ha elaborado el plan.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

- Bases de datos:
 - SCIELO:
Descriptores: "obesidad infantil", "hábitos alimentarios", "estilos de vida".
Resultados: 32
Seleccionados: 1
 - ENFISPO:
Descriptores: "obesidad infantil", "hábitos alimentarios", "estilos de vida".
Resultados: 48
Seleccionados: 1

- Documentación impresa a través de bibliotecas universitarias.
- Documentación on-line de organismos oficiales.
- Estrategias impulsadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como la estrategia NAOS.
- Criterios de inclusión:
 - Documentos que hayan sido publicados hace 10 años o menos, ya que el tema a tratar ha evolucionado mucho en los últimos años.
 - Documentos referentes a la prevención de la enfermedad.

ESTRUCTURA DE PLAN:

El plan se ha elaborado utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC. (9,10,11,12). Se han seleccionado los diagnósticos de enfermería que más frecuentemente podemos encontrar en la población diana. A continuación, se han seleccionado los resultados esperados y las pertinentes intervenciones de enfermería. Finalmente, se han desarrollado las actividades que el personal de enfermería deberá llevar a cabo para poner en práctica el plan.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

POBLACIÓN DIANA:

Niños de 5 a 11 años con un IMC ≥ 25 .

Padres, madres o tutores de los niños anteriormente mencionados.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) relacionado con aporte calórico que supera las demandas, manifestado por un IMC superior a 25.

✓ **Definición:** aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

✓ **Resultados esperados (NOC):**

- **Peso: masa corporal (1006)**

Definición: grado en el que el peso, el músculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad.

Indicadores de resultado:

- Percentil de la talla (100608)
- Percentil del peso (100609)

Escala de medida:

- . Desviación grave del rango normal: 1
- . Desviación sustancial del rango normal: 2
- . Desviación moderada del rango normal: 3
- . Desviación leve del rango normal: 4
- . Sin desviación del rango normal: 5

- **Conducta de adhesión: dieta saludable (1621)**

Definición: acciones personales para controlar y optimizar un régimen dietético y nutricional saludable.

Indicadores de resultado:

- Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas (162102)
- Utiliza las pautas nutricionales recomendadas para planificar las comidas (162104)

Escala de medida:

- . Nunca demostrado: 1
- . Raramente demostrado: 2
- . A veces demostrado: 3
- . Frecuentemente demostrado: 4
- . Siempre demostrado: 5

✓ **Intervenciones (NIC):**

- **Manejo del peso (1260)**

Definición: facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

Actividades:

- Determinar cuál sería el peso ideal para el niño, a través de los percentiles.

(ANEXO 1)^(13,14)

- Comunicar a la familia que debe anotar el peso del niño semanalmente.
- Comprobar el peso mensualmente en la consulta.

- **Modificación de la conducta (4360)**

Definición: promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

- Determinar la motivación tanto del niño como de la familia, para cambiar los hábitos alimentarios.

- Hacer una evaluación conjunta con el niño y la familia, sobre los hábitos alimentarios erróneos que se están llevando a cabo.
- Que el niño verbalice los beneficios de la nueva conducta.
- Enseñar a los familiares a reforzar los cambios en la conducta alimentaria del niño que resulten beneficiosos para su salud.
- Comunicar que los cambios en la conducta deben ser graduales.
- Llevar a cabo una evaluación mensual de los cambios realizados, desde la consulta.

- **Establecimiento de objetivos comunes (4410)**

Definición: colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

Actividades:

- Crear un clima de confianza entre el personal de enfermería, el paciente y la familia.
- Establecer junto con el paciente y familiares pequeños objetivos a corto plazo.
- Evitar fijar objetivos no realistas.
- Fijar con ellos unas fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos marcados.

- **Fomentar la implicación familiar (7110)**

Definición: facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

Actividades:

- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Identificar la capacidad de los familiares para implicarse.
- Identificar la disposición de los familiares para implicarse.
- Valorar los recursos económicos de la familia.
- Identificar las expectativas de la familia sobre el niño.
- Identificación de la percepción que tiene la familia a cerca de la situación del niño, y del cambio que se pretende llevar a cabo.
- Indicar a la familia la importancia de animar al niño en los logros que vaya consiguiendo, por pequeños que sean.
- Indicar a los familiares la conveniencia de comer en familia, ya que por ejemplo, el 50 por ciento de los niños que desayunan solos ingieren un desayuno inadecuado ⁽¹⁵⁾.

Conocimientos deficientes (00126) relacionado con escasa información recibida a cerca de los estilos de vida saludables, manifestado por adquisición de malos hábitos alimentarios.

- ✓ **Definición:** carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

- ✓ **Resultados esperados (NOC):**

- **Conocimiento: dieta (1802)**

- Definición: grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendada.

- Indicadores de resultado:

- Dieta recomendada (180201)
 - Fundamento de la dieta recomendada (180202)
 - Relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal (180205)
 - Comidas que deben evitarse (180207)

- Escala de medida:

- . Ningún conocimiento: 1
 - . Conocimiento escaso: 2
 - . Conocimiento moderado: 3
 - . Conocimiento sustancial: 4
 - . Conocimiento extenso: 5

- **Conocimiento: manejo del peso (1841)**

- Definición: grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el género y la edad.

- Indicadores de resultado:

- Índice de masa corporal óptimo (184102)
 - Apetito frente a hambre (184108)
 - Beneficios de la actividad y el ejercicio físico (184114)

- Escala de medida:

- . Ningún conocimiento: 1
 - . Conocimiento escaso: 2
 - . Conocimiento moderado: 3
 - . Conocimiento sustancial: 4
 - . Conocimiento extenso: 5

✓ **Intervenciones (NIC):**

• **Asesoramiento nutricional (5246)**

Definición: utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Actividades:

- Enseñar tanto al niño como a la familia, los principales aspectos que debe contener una dieta saludable: ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ **(ANEXO 2)**
 - ✓ Un desayuno que contenga el 20% de las necesidades energéticas diarias, incluyendo lácteos, fruta y cereales, a poder ser integrales.
 - ✓ Tomar a media mañana un pequeño bocadillo y/o una pieza de fruta y/o un lácteo bajo en grasa. Evitar los tentempiés ricos en grasa y las calorías “vacías” que no aportan energía.
 - ✓ Todos los días deben consumir en total, dos raciones de alimentos proteicos (carne, pescado, huevos). Son preferibles las carnes con menor contenido graso como pavo o pollo.
 - ✓ No es recomendable consumir más de 4 huevos a la semana.
 - ✓ Es conveniente utilizar aceite de oliva virgen frente a otro tipo de grasas.
 - ✓ Limitar la ingesta de grasas refinadas, patatas y azúcares.
 - ✓ La leche y los productos lácteos deben estar presentes en 3 ó 4 raciones al día.
 - ✓ Las legumbres deben estar presentes de 1 a 3 veces por semana.
 - ✓ Evitar los platos precocinados.
 - ✓ Limitar el consumo de bollería industrial y comida “rápida”.
 - ✓ Consumir frutos secos como alternativa a otros tentempiés como patatas fritas.
 - ✓ Tomar preferentemente zumos caseros, ya que los preparados suelen tener una gran cantidad de azúcares.
 - ✓ Limitar la ingesta de bebidas gaseosas o azucaradas.
 - ✓ Disminuir el consumo de sal, y sustituirlo en ocasiones por hierbas o especias.
 - ✓ Tomar entre 1,5 y 2 litros de agua al día.
 - ✓ Asegurar que la dieta sea variada, para hacer más fácil su seguimiento.
 - ✓ Procurar que la comida sea lo más atractiva posible.
 - ✓ Es importante realizar cinco comidas al día, no saltarse ninguna.
 - ✓ Conviene dedicar de 20 a 30 minutos para cada comida, masticando bien los alimentos y evitando tener conectada la televisión.

- Tener en cuenta los gustos y preferencias del niño.
- Llevar a cabo juegos u otro tipo de actividades para ayudar a que el niño identifique los alimentos que más debe tomar, y aquellos que debe tomar con moderación.

- **Educación sanitaria (5510)**

Definición: desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades:

- Proporcionar al niño material informativo atractivo a cerca de los estilos de vida saludables. **(ANEXO 3)**⁽¹⁷⁾
- Informar al paciente y a la familia sobre programas nutricionales comunitarios que se están llevando a cabo, como el programa NEREU.

Riesgo de baja autoestima situacional (00152) relacionado con alteración de la imagen corporal.

- ✓ **Definición:** riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

- ✓ **Resultados esperados (NOC):**

- **Imagen corporal (1200)**

Definición: percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.

Indicadores de resultado:

- Imagen interna de sí mismo (120001)
- Satisfacción con el aspecto corporal (120005)
- Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto (120017)

Escala de medida:

- . Nunca positivo: 1
- . Raramente positivo: 2
- . A veces positivo: 3
- . Frecuentemente positivo: 4
- . Siempre positivo: 5

- **Autoestima (1205)**

Definición: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores de resultado:

- Verbalizaciones de autoaceptación (120501)
- Nivel de confianza (120511)

Escala de medida:

- . Nunca positivo: 1
- . Raramente positivo: 2
- . A veces positivo: 3
- . Frecuentemente positivo: 4
- . Siempre positivo: 5

✓ **Intervenciones (NIC):**

• **Potenciación de la imagen corporal (5220)**

Definición: mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

Actividades:

- Ayudar al niño a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Determinar la influencia de los grupos a los que el niño pertenece, en la imagen que tiene de sí mismo.
- Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.
- Utilizar dibujos de sí mismos, para evaluar la percepción del niño de su aspecto físico.
- Enseñar a los padres la importancia de sus respuestas ante los cambios corporales de su hijo.
- Ayudar al niño a que identifique las partes de su cuerpo que más le gustan.

• **Potenciación del autoestima (5400)**

Definición: ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Animar al niño a que identifique sus virtudes.
- Apoyar las virtudes que identifique.
- Observar la opinión del niño sobre su propia valía.
- Fomentar la confianza del niño sobre las decisiones que tome por sí solo.
- No realizar críticas negativas.

- Mostrar confianza en la capacidad que tiene el niño de llevar a cabo los cambios en su estilo de vida.
- Enseñas a los padres a recompensar y animar los esfuerzos del niño.
- Enseñar a los padres a definir unos límites claros con su hijo.

Sedentarismo (00168) relacionado con falta de interés hacia las actividades físicas, manifestado por escaso ejercicio físico en las actividades de la vida cotidiana.

- ✓ **Definición:** informe sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

- ✓ **Resultados esperados (NOC):**

- **Motivación (1209)**

Definición: impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.

Indicadores de resultado:

- Autoinicia conductas dirigidas hacia objetivos (120905)
- Expresa que la ejecución conducirá al resultado deseado (120911)

Escala de medida:

- . Nunca demostrado: 1
- . Raramente demostrado: 2
- . A veces demostrado: 3
- . Frecuentemente demostrado: 4
- . Siempre demostrado: 5

- **Forma física (2004)**

Definición: ejecución de actividades físicas con vigor.

Indicadores de resultado:

- Participación en actividades físicas (200404)
- Ejercicio habitual (200405)

Escala de medida:

- . Gravemente comprometido: 1
- . Sustancialmente comprometido: 2
- . Moderadamente comprometido: 3
- . Levemente comprometido: 4
- . No comprometido: 5

✓ **Intervenciones (NIC):**

• **Fomento del ejercicio (0200):**

Definición: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- Valorar la idea del niño sobre cómo influye el ejercicio físico en la salud.
- Informar al niño mediante material adaptado a su nivel de comprensión, de las ventajas de realizar ejercicio físico.
- Explorar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación del niño para empezar a hacer ejercicio físico.
- Animar e indicar a la familia a que le anime a realizar ejercicio.
- Elaborar junto con el niño y la familia un programa de ejercicio adecuado a su edad, capacidad y necesidades.
- Establecer junto con el niño y la familia pequeñas metas a corto plazo.
- Ayudar a integrar el programa de ejercicios en la rutina semanal del niño.
- Ir evaluando de forma periódica la tolerancia del niño al ejercicio físico.
- Animar al niño y a la familia a que anoten en un gráfico los progresos conseguidos en cuanto a la tolerancia al ejercicio.
- Controlar el cumplimiento del programa de ejercicios elaborado.
- Proporcionar una respuesta positiva hacia los esfuerzos realizados por el niño.

CONCLUSIONES

1. Es muy importante recordar que la atención debe ser individualizada para cada paciente, es decir, debemos guiarnos por el plan de cuidados, pero siempre debemos tener en cuenta las características individuales de cada niño para que nuestro trabajo sea realmente efectivo. Por ello, debemos saber que en este plan de cuidados no van a aparecer todos los diagnósticos que nos podamos encontrar, igual que nos encontraremos casos en los que no se presentará alguno de los diagnósticos aquí desarrollados.
2. También debemos tener en cuenta que en la actualidad, ha aumentado el número de población con una cultura diferente a la mediterránea. Con lo cual, nos encontraremos con gran cantidad de niños que siguen un tipo de alimentación diferente al que se presenta en este plan de cuidados.

3. El profesional de enfermería debe tener una actitud asertiva, indicando los aspectos que hay que mejorar, pero escuchando y teniendo en cuenta la opinión del niño y la familia.
4. El papel de la familia va a resultar fundamental para el cumplimiento de dicho plan de cuidados. Ya que van a ser ellos quienes controlen en el domicilio los hábitos que el niño va a ir adquiriendo poco a poco. Por ello, la educación sanitaria también debe dirigirse a la familia.
5. Para hacer el plan más atractivo para los niños, y más fácil de comprender y llevar a la práctica, es conveniente elaborar material adaptado para ellos. Como carteles o dibujos que capten su atención.
6. Este plan de cuidados está diseñado para ponerlo en práctica en niños con riesgo de padecer obesidad infantil, no en niños ya obesos.

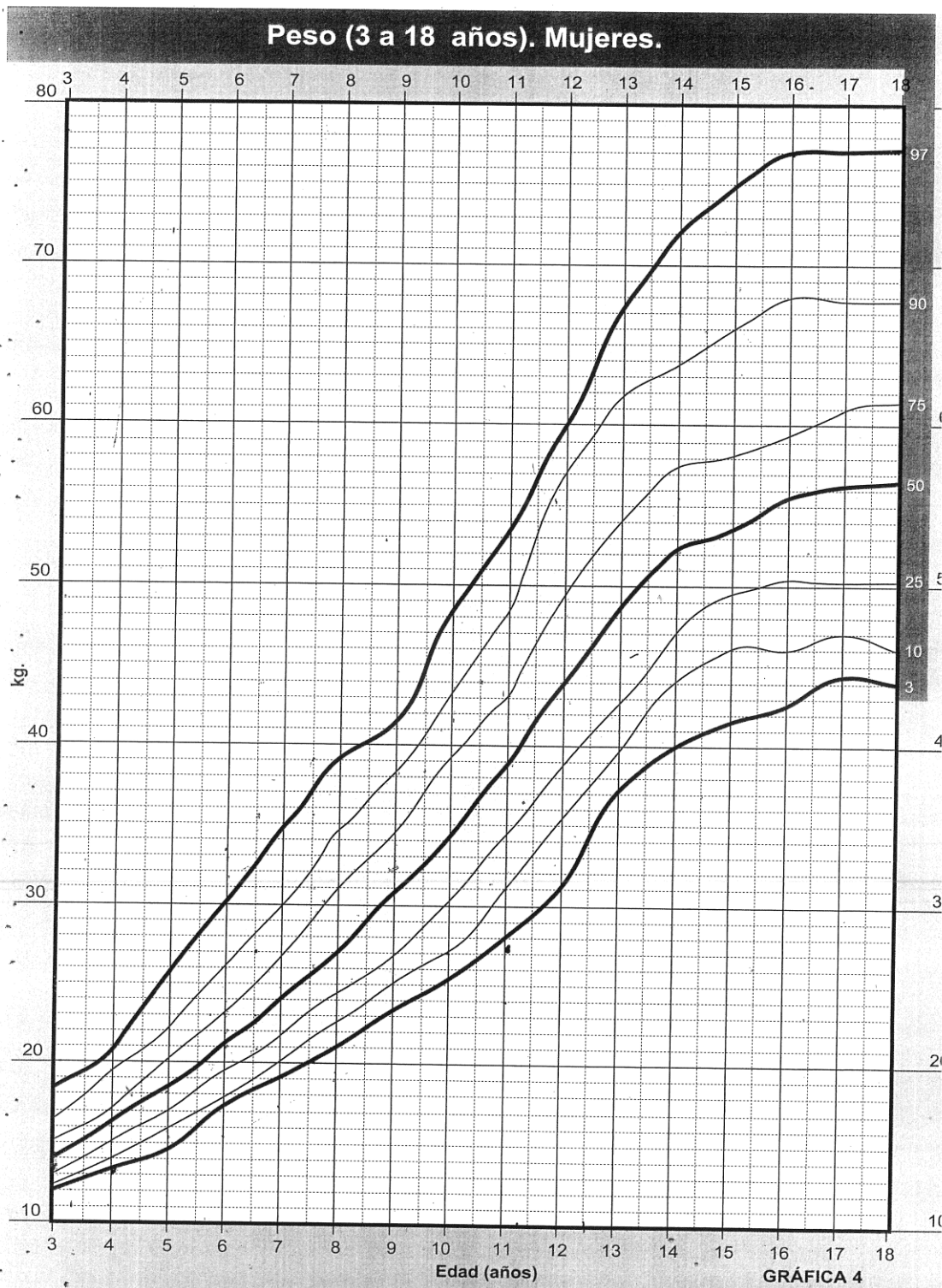
BIBLIOGRAFÍA

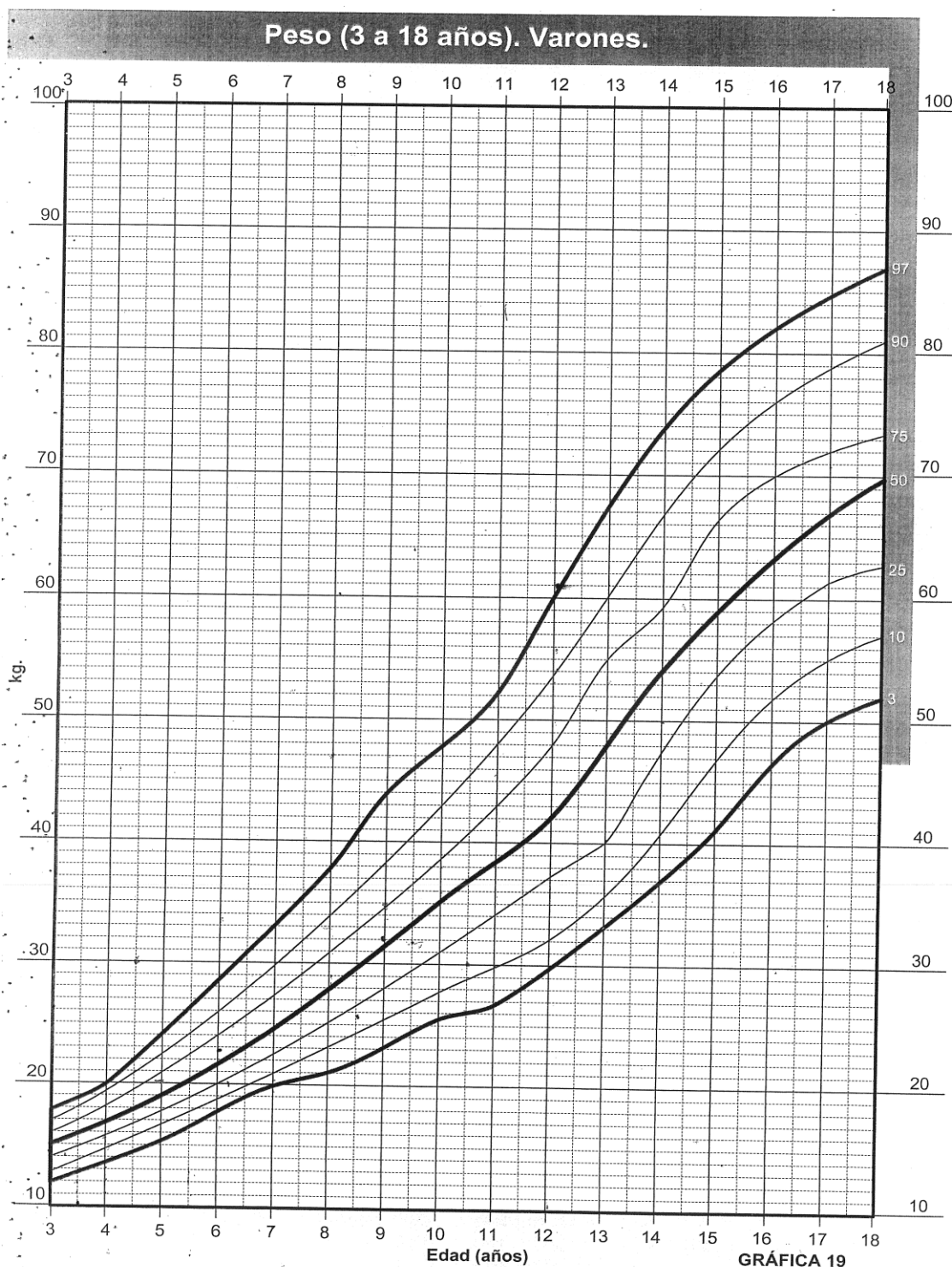
1. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Centro de prensa: obesidad y sobrepeso. 2012 [fecha de acceso 30 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Cano Pérez J. F, Tomás Santos P. Obesidad. Síndrome metabólico. En: Martín Zurro A, Cano Pérez J. F. Atención primaria. Vol. 1. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 810-837.
3. Instituto Nacional de Estadística [en línea]. Índice de masa corporal población adulta según sexo y comunidad autónoma. Población de 18 y más años. 2006 [fecha de acceso 30 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
4. Instituto Nacional de Estadística [en línea]. Índice de masa corporal población infantil según sexo y comunidad autónoma. Población de 2 a 17 años. 2006 [fecha de acceso 30 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
5. Fernández Morales I, Aguilar Vilas MV, Mateos Vega CJ, Martínez Para MC. Ingesta de nutrientes en una población juvenil. Prevalencia de sobrepeso y obesidad. Nutr Clin [pdf] 2007 [fecha de acceso 16 de febrero de 2013]; vol.27 (3): 148-159. Disponible en: [http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/nutrclindiethosp07_\(27\)_3_148_159.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/nutrclindiethosp07_(27)_3_148_159.pdf)
6. Tojo Sierra R, Leis Trabazo R. Obesidad infantil. Factores de riesgo y comorbilidades. En: Sierra Majem L, Arranceta Bartrina J. Obesidad infantil y juvenil. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2004. P. 39-53
7. Sierra Majem L, Arranceta Bartrina J. Obesidad infantil y juvenil. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
8. Romero Ramos H, Martínez Brocca MA, Pereira Cunill JL, García Luna PP. Tratamiento farmacológico de la obesidad. Rev Esp Obes [pdf] 2005 [fecha de acceso 8 Feb 2013]; vol.3 (1). Disponible en: <http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2005-n1-Revision-Tratamiento-farmacologico-de-la-obesidad.pdf>
9. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2009-2011.

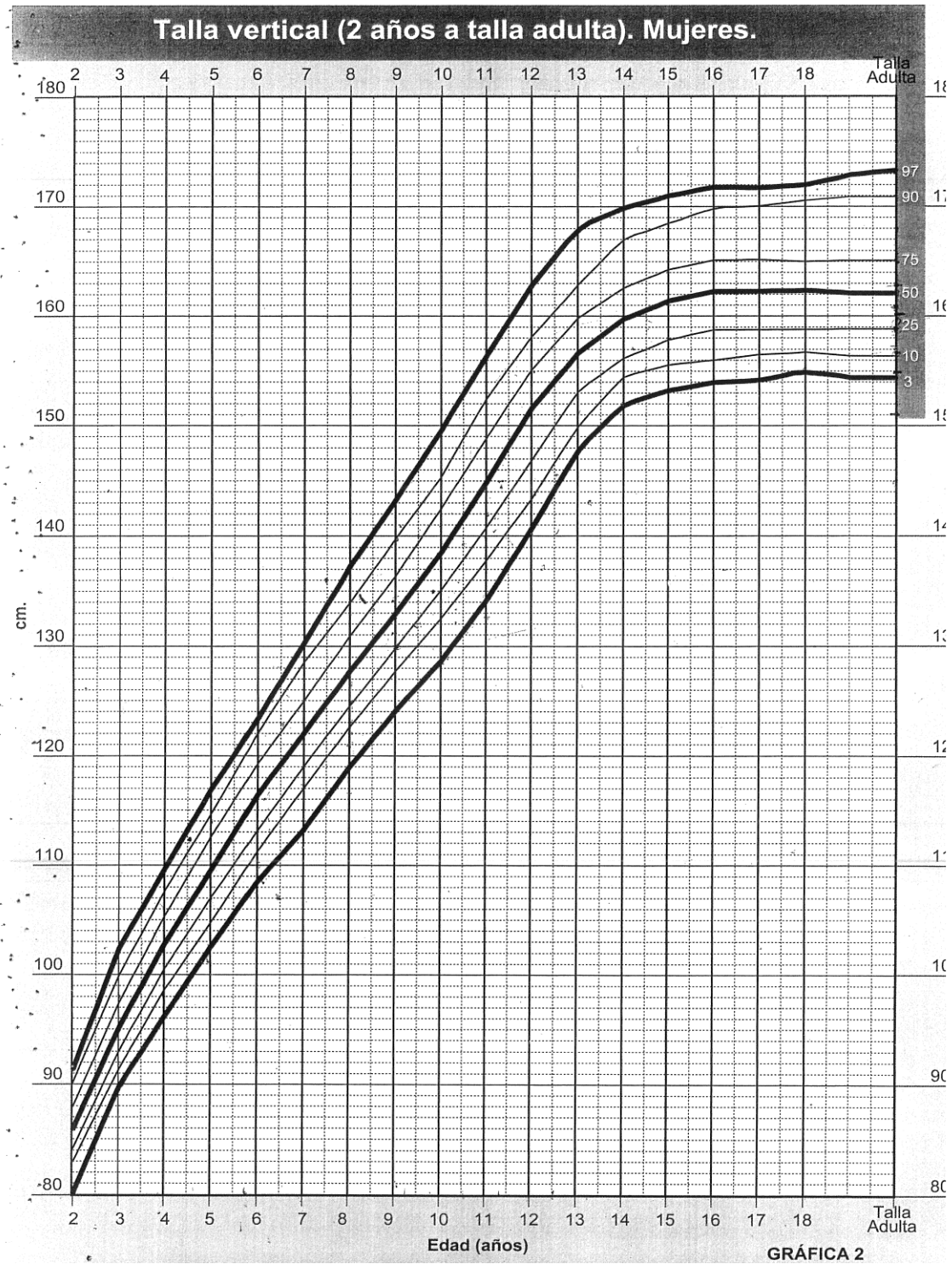
10. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM, Butcher HK. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
12. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Moorhead S, Maas M, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
13. Ferrández Longás A. Estudio longitudinal del crecimiento y desarrollo. Varones. Estándares longitudinales de niños españoles normales controlados desde el nacimiento a la edad adulta. Centro "Andrea Prader". Zaragoza: ARPirelieve; 2003. P. 12-14.
14. Ferrández Longás A. Estudio longitudinal del crecimiento y desarrollo. Mujeres. Estándares longitudinales de niñas españolas normales controladas desde el nacimiento a la edad adulta. Centro "Andrea Prader". Zaragoza: ARPirelieve; 2003. P. 12-14.
15. Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L. Alimentación saludable en la infancia y la adolescencia. En: Delgado Rubio A, Aranceta Bartrina J. Clínicas españolas de nutrición. Nutrición infantil. Vol. 2. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007. P. 69-85.
16. Calatayud Sáez F, Calatayud Moscoso del Prado B, Gallego Fernández-Pacheco JG. Efectos de una dieta mediterránea tradicional en niños con sobrepeso y obesidad tras un año de intervención. Rev Pediatr Aten Primaria [pdf] 2011 [fecha de acceso 14 Feb 2013]; vol.13 (52). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000600005&lng=es&nrm=iso
17. Guía de comedores escolares. Programa Perseo. Estrategia NAOS. Ministerio de Sanidad y Consumo / Agencia española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte / Centro de investigación y documentación educativa. [pdf] 2008 [fecha de acceso 20 Feb 2013] Disponible en: www.perseo.aesan.msps.es/docs/docs/guias/GUIA_COMEDORES_ESCOLARES.pdf.

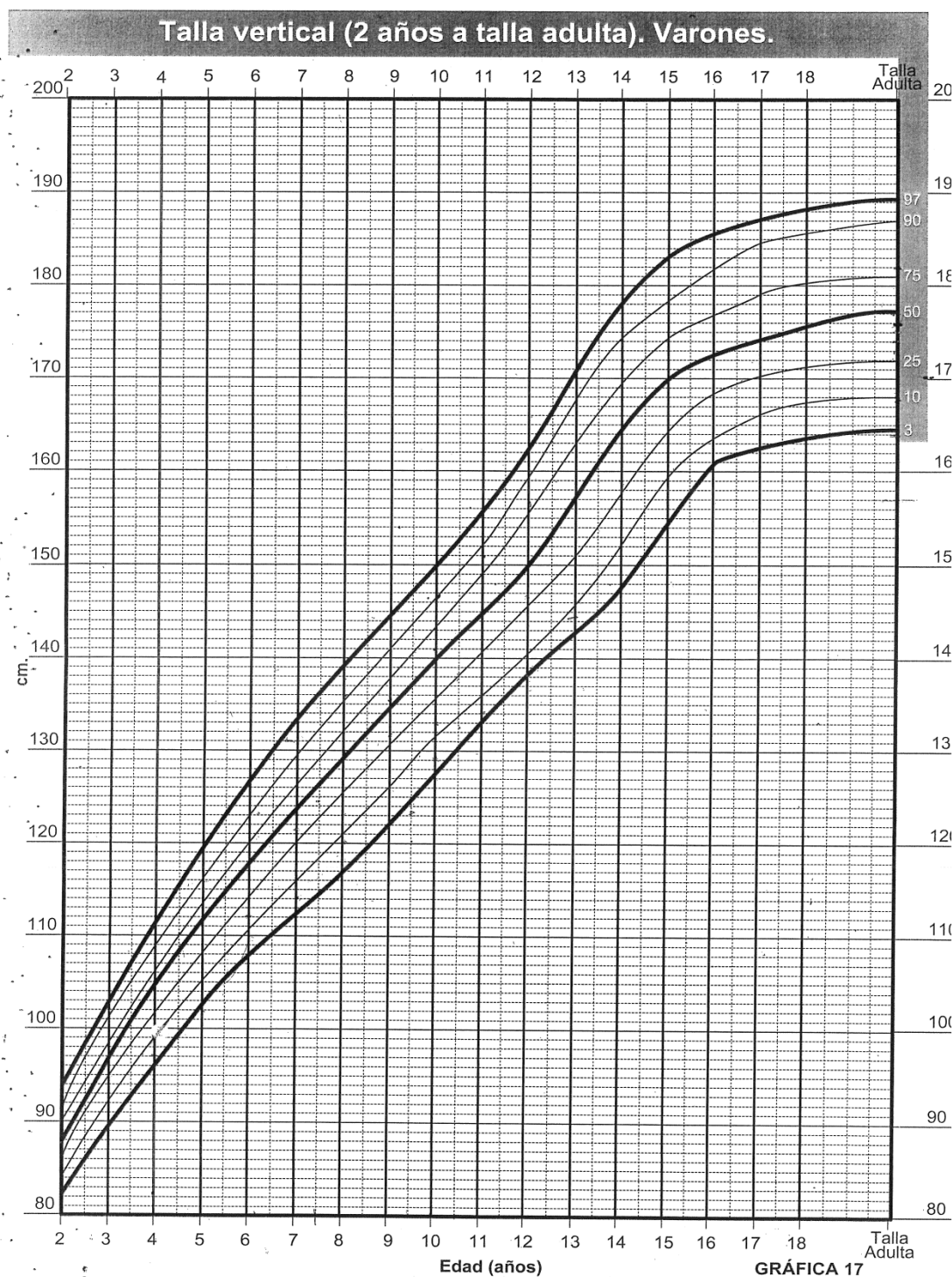
ANEXO 1

PERCENTILES DE PESO Y TALLA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 18 AÑOS









Estudio longitudinal del crecimiento y desarrollo. Centro "Andrea Prader".

ANEXO 2

RACIONES RECOMENDADAS PARA LA POBLACIÓN INFANTIL

Alimentos	Recomendaciones		Peso de ración**
Arroz*, cereales*, pasta* y patatas	2-3 raciones/día		40-70 g de arroz, pasta 30 g de cereales 80-150 g de patatas
Pan*	2-4 raciones/día		25-50 g de pan
Frutas	≥ 2-3 raciones/día	≥ 5 raciones/día	80-50 g de frutas, verduras y hortalizas
Verduras y hortalizas	≥ 2-3 raciones/día		
Lácteos	2-4 raciones/día		100-200 g de leche 125 g de yogur 20-60 g de queso
Legumbres	2-3 raciones/semana		35-50 g de legumbres
Pescados	≥ 4 raciones/semana		50-85 g de pescados
Carnes	3-4 raciones/semana		50-85 g de carnes
Huevos	3 raciones/semana		1 huevo

*Incluir integrales

** Los pesos indicados se refieren al peso neto crudo listo para cocinar

ANEXO 3

PIRÁMIDE DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO FÍSICO

