



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO Y
EDUCACIÓN CONTINUA
TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**TEMA: ESQUEMA DE ALIMENTACIÓN DE CUIDADORES EN
NIÑOS DE 1- 10 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
EN EL CENTRO INTEGRAL DE EQUITACIÓN - CANTÓN
SAMBORONDÓN 2018-2019**

COHORTE 2 "A"

Autor(a): Doylet Rivas Yaira Lyanne

Milagro, 2019-2020

Ecuador

ACEPTACIÓN DEL(A) TUTOR(A)

Es una carta elaborada por él(a) tutor(a) en la que debe constar la revisión del proyecto de Tesis y la aceptación de la tutoría. La carta debe estar firmada por él(a) tutor(a). Ejemplo:

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por la Srta. Yaira Lyanne Doylet Rivas, para optar al título de **Máster en Salud Pública** y que acepto tutorear a la estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 13 días del mes de septiembre del 2019



Lcda. Graciela Mercedes Álvarez Condo, MSc

C.I. 0907798151

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

El autor de esta investigación declara ante el Consejo Directivo de la Unidad Académica Postgrado y educación Continua de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 4 días del mes de octubre de 2019

A rectangular image showing a handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is written in a cursive style and reads "Yaira Lyanne Doylet Rivas".

Yaira Lyanne Doylet Rivas

Firma del egresado(a)

CI: 0930259791

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA.

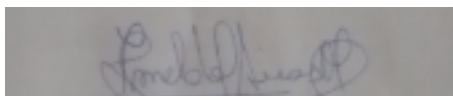
El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **Máster en Salud Pública** otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTIFICA [59]

DEFENSA ORAL [38.67]

TOTAL [97.67]

EQUIVALENTE [EXCELENTE]



MSc. Imeldia Arias Montero
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Lcda. Graciela Mercedes Álvarez Condo, MSc



Msc. Gabriela Vásquez Espinoza

PROFESOR DELEGADO

PROFESOR SECRETARIO

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios gracias a él estoy aquí, a todos los niños con discapacidad (Parálisis cerebral infantil), a mi madre por ser perseverante a pesar de todas las circunstancias que nos ha tocado.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios, por permitirme llegar hasta esta estancia académicamente.

A mi Madre que siempre ha estado para mí, sobre todo en los momentos más difíciles que hemos pasado. Gracias por todo...

La Lcda. Graciela Álvarez, mi tutor por tenerme paciencia estar ahí y sacar adelante este proyecto.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.

Doctor.

PhD. FABRICIO GUEVARA VIEJÓ

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue ESQUEMA DE ALIMENTACIÓN DE CUIDADORES EN NIÑOS DE 1- 10 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN EL CENTRO INTEGRAL DE EQUITACIÓN - CANTÓN SAMBORÓN DON 2018-2019, y que corresponde a la Unidad Académica Postgrado

Milagro, 04 de junio del 2020

A rectangular image showing a handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is written in a cursive style and reads "Yaira Lyanne Doylet Rivas".

Yaira Lyanne Doylet Rivas

Firma del Maestrante

CI: 0930259791

INDICE GENERAL (Referencial)

INTRODUCCIÓN	0
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.1 Problematización	2
1.1.2 Delimitación del problema.....	4
1.1.3 Formulación del problema	5
1.1.4 Sistematización del problema	5
1.1.5 Determinación del tema	5
1.2 OBJETIVOS	5
1.2.1 Objetivo General.....	5
1.2.2 Objetivos Específicos	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
1.3.1 Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II	7
MARCO REFERENCIAL	7
2.1. MARCO TEÓRICO	7
2.1.1 Antecedentes Histórico	7
2.1.2 Antecedentes Referenciales	8
2.1.3 Fundamentación	11
2.1.3.1 Etiología de la Parálisis Cerebral Infantil	11
2.1.3.1.1 Factores de Riesgo	11
2.1.3.1.1.1 Factores Prenatales	11

2.1.3.1.1.2 Factores Perinatal	12
2.1.3.1.1.3 Factores Postnatales.....	12
2.1.3.2 Clasificación de la Parálisis Cerebral Infantil.....	12
2.1.3.2.1 Clasificación Topográfica	12
2.1.3.2.2 Clasificación Clínica.....	13
2.1.2.3.2 Clasificación según el grado de afectación	14
2.1.2.6 Parálisis Cerebral Infantil y su estado Nutricional.....	17
2.1.2.6.1 Desnutrición en la Parálisis Cerebral Infantil.....	17
2.4. Marco Conceptual.....	17
2.5 Marco Legal.....	18
2.6 HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
2.6.1 Hipótesis General.....	20
2.6.2 Hipótesis Particulares.....	20
2.6.3 Declaración de Variables.....	20
2.6.4 Operacionalización de las Variables.	20
CAPÍTULO III.....	22
MARCO METODOLÓGICO.....	22
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	22
3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA	24
3.2.1 Características de la población.....	24
3.2.2 Delimitación de la población.....	24
3.2.3 Tipo de muestra	24
3.2.4 Tamaño de la muestra	24
3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS.....	25
3.3.1 Métodos teóricos.....	25
3.3.2 Métodos empíricos	25
3.3.3 Técnicas e instrumentos	25

3.3.3.1 <i>Técnicas</i>	25
3.3.3.2 <i>Instrumento</i>	26
3.3.4 Consideraciones Éticas	26
3.4 EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	26
CAPÍTULO IV	27
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	27
4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	27
4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS	36
4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	37
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	38
CAPÍTULO V	39
PROPUESTA	39
5.1 TEMA	39
5.2 JUSTIFICACIÓN	39
5.3 FUNDAMENTACIÓN	39
5.3.1.1 DÉFICIT MICRONUTRIENTES	40
5.3.1.2 DETERIORO NEUROLÓGICO	40
5.4 OBJETIVOS	41
5.4.1 Objetivo General	41
5.4.2 Objetivos Específicos	41
5.5 UBICACIÓN	41
5.6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	41
5.7.1 Actividades	42
5.7.2 Recursos, Análisis Financiero	42
5.7.2.1 Recursos	42
5.7.2.1.1 Recursos Humanos	42
5.7.2.1.2 Recursos Materiales	42
5.7.2.2 Análisis Financiero	42
5.7.3 IMPACTO	43

5.7.4 CRONOGRAMA	44
5.7.5 LINEAMIENTO PARA EVALUAR LA PROPUESTA	44
Bibliografía	44
ANEXOS	48
a) Autorización del lugar de estudio de la investigación.	48
b) Análisis de la validación del instrumento	48
c) Instrumento.	49
d) Consentimiento Informado del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	53
e) Historia Clínica Nutricional Pediátrica.	55
f) Fórmulas para el diagnóstico del estado nutricional.	56
g) Tablas de curvas de crecimiento de peso/edad, talla/edad, IMC de niños y niñas	57
h) Guía Nutricional para cuidadores de niños de 1-10 años con Parálisis Cerebral Infantil	61
Introducción.	66
Parálisis Cerebral Infantil.	67
Control de Salud.	68
Aspectos o Referencias Alimentarias.	69
Grupo de Alimentos.	70
ESTRATEGIAS NUTRICIONALES.	80
Porcentaje de energía provenientes de los Macronutrientes.	80
Planificación de una alimentación saludable en Parálisis Cerebral Infantil.	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. ¿Si su niño desayuna en la mañana en que horario lo hace?	27
Tabla 2. ¿Con qué frecuencia usted le da de comer al niño/a?.....	28
Tabla 3. ¿Sabe usted cuáles de los siguientes alimentos son carbohidratos?.....	29
Tabla 4. ¿Reconoce usted algunas de estas complicaciones gástricas presentes en su paciente con parálisis cerebral infantil?.....	30
Tabla 5. Población dividida por rango de género.....	31
Tabla 6. Población por rango de percentil P/E actual.....	31
Tabla 7. Población por rango de percentil P/T actual.....	32
Tabla 8. Población por rango de percentil IMC actual.....	33
Tabla 9. Clasificación del Estado de Desnutrición Porcentaje de P/E.....	34
Tabla 10. Clasificación del Estado de Desnutrición Porcentaje de P/T.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. ¿Si su niño desayuna en la mañana en que horario lo hace?	27
Gráfico 2. ¿Con qué frecuencia usted le da de comer al niño/a?	28
Gráfico 3. ¿Sabe usted cuáles de los siguientes alimentos son carbohidratos?	29
Gráfico 4. ¿Reconoce usted algunas de estas complicaciones gástricas presentes en su paciente con parálisis cerebral infantil?	30
Gráfico 5. Población dividida por rango de género	31
Gráfico 6. Población por rango de percentil P/E actual	32
Gráfico 7. Población por rango de percentil P/T actual	33
Gráfico 8. Población por rango de percentil IMC actual	34
Gráfico 9. Clasificación del Estado de Desnutrición Porcentaje de P/E	35

RESUMEN

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es una patología compleja, de diversas clasificaciones, las que dependen del grado de lesión y compromiso cerebral. **Objetivos: Objetivo General:** Establecer el esquema de alimentación y el conocimiento de los cuidadores en niños de 1 a 10 años con parálisis infantil del Centro Integral de Equinoterapia de la Prefectura de Guayas. **Objetivos Específicos:** Verificar los grupos de alimentos, sus raciones y la frecuencia con que los cuidadores ofrecen a los niños que conforman el estudio. **Metodología:** Esta investigación será descriptiva, campo, su diseño transversal aplicando dos modalidades la cualitativa y la cuantitativa, se aborda la muestra y la población, instrumento de investigación, métodos, técnicas y el procedimiento de datos. **Resultados:** Se evidenció en esta investigación que el esquema de alimentación de los cuidadores, está limitado por sus conocimientos, en relación al tipo de alimentos el 70% reconoce al arroz como una fuente de carbohidrato, por lo tanto, la dieta es rica en grasas y carbohidratos. El manejo de horarios de comida es adecuado, sin embargo, se manejan mal las raciones. El conocimiento en relación a las complicaciones que pueden presentar cuando se alimenta al paciente apenas lo conoce un 10 y un 20% por cada ítems. El 80% de los niños presentan desnutrición grave, y un 20% moderada. **Conclusiones:** Los conocimientos de los cuidadores sobre el esquema de alimentación que deben de tener los niños con PCI son básicos y empíricos, muchos de ellos son de escasos recursos económicos. **Recomendaciones:** Es indispensable que se mejoré el esquema de alimentación de los cuidadores de los niños 1-10 años que asisten al centro integral de Equinoterapia de la Prefectura del Guayas, con la socialización de una guía de alimentación saludable para cada una de sus patologías.

PALABRAS CLAVES: PCI, Esquema de Alimentación, Cuidadores, Niños, salud pública.

ABSTRACT

Infantile Cerebral Palsy (PCI) is a complex pathology, of various classifications, which depend on the degree of brain injury and involvement. Objectives: General Objective: To establish the feeding scheme and the knowledge of the caregivers in children from 1 to 10 years with infantile paralysis of the Comprehensive Equine Therapy Center of the Prefecture of Guayas. Specific Objectives: To verify the food groups, their rations and the frequency with which the caregivers offer the children that make up the study. Methodology: This research will be descriptive, field, its cross-sectional design applying two modalities: qualitative and quantitative, the sample and population will be addressed, research instrument, methods, techniques and the data procedure. Results: It was evidenced in this research that the diet of caregivers is limited by their knowledge, in relation to the type of food 70% recognize rice as a source of carbohydrate, therefore, the diet is rich in fat and carbohydrates. The management of meal times is adequate, however, the portions are poorly managed. The knowledge in relation to the complications that may occur when the patient is fed is only known by 10 and 20% for each item. 80% of the children have severe malnutrition, and 20% moderate. Conclusions: The knowledge of the caregivers about the feeding scheme that children with PCI must have are basic and empirical, many of them with limited economic resources. Recommendations: It is essential to improve the diet of caregivers of children 1-10 years old who attend the comprehensive Equine Therapy center of the Guayas Prefecture, with the socialization of a healthy eating guide for each of their pathologies.

KEY WORDS: PCI, Feeding Scheme, Caregivers, Children, public health.

INTRODUCCIÓN

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es una patología compleja, de diversas clasificaciones, las que dependen del grado de lesión y compromiso cerebral. Su tratamiento requiere un abordaje multidisciplinario; dentro de este, el cuidado nutricional resulta primordial.

En la actualidad la PCI resulta difícil de tratar porque depende de los movimientos peristálticos controlados por el cerebro, que afectan al sistema digestivo, entre estos se encuentran los problemas para masticar, deglutir y alimentarse, los que consiguen converger en desnutrición, fijarse que las personas con esa enfermedad sean más sensibles a infecciones y problemas del crecimiento (Ana Madrigal Muñoz, 2015).

Según (A. Fernández-Jaén, 2002), la PCI es un trastorno plurietiológico, por lo que interviene, propios fenómenos lesivos y la predisposición o características del paciente, se ha relacionado la PCI con la asfixia perinatal. Actualmente se conoce a este fenómeno tan sólo podría justificar el 10-20% de todas las PCI.

Los elementos prenatales, especialmente las infecciones congénitas y la leucomalacia periventricular, están notablemente relacionados con la PCI observada en el recién nacido a término. Los elementos perinatales serían los predominantes en la etiología de la PCI que afecta al recién nacido pretérmino, en la actualidad mundialmente son los más prevalentes. Por posterior, los elementos posnatales como las convulsiones o las infecciones justificarían un 10-15% de los casos con PCI. (A. Fernández-Jaén, 2002). Los elementos prenatales, como las infecciones congénitas y la leucomalacia periventricular, están notablemente relacionados con la PCI observada en el recién nacido a término. En el caso de los posnatales, las convulsiones o infecciones son responsables del 10 al 15% de los enfermos por esta causa. El adecuado tratamiento nutricional permite la instauración de planes alimentarios para ese tipo de patologías en el tracto digestivo (Olivera Velarde, Maribel, 2015).

La malnutrición o desnutrición y las alteraciones neurológicas establecen problemas de salud frecuentemente superpuestos. Son diversos los motivos por los cuales los niños con PCI poseen problemas para la alimentación. Entre los conseguidos en varios estudios se citan los trastornos asociados al compromiso motor, que impiden que el niño pueda comer y beber adecuadamente, con pobre ingesta calórica, ocasionando desnutrición y daño adicional al SNC (Laura Godoy Sánchez, 2019).

En los países de bajos ingresos, con una educación ineficiente o no tienen para asistir a centros educativos de nivel primario, secundario y universitario, también ante la ausencia de centros multidisciplinarios adecuados para estos niños, es la familia, y, principalmente la madre la responsable del bienestar del niño. De modo que el bienestar del niño depende en gran medida de la salud emocional de la madre o cuidadora principal. La calidad de vida de los cuidadores de estos niños también se ha asociado a dificultades en la alimentación, así como la presencia de reflujo gastroesofágico y disfunción orofaríngea, muy frecuentemente observado en niños con PC (Laura Godoy Sánchez, 2019).

El propósito de esta investigación es intervenir en la alimentación de los niños que sufren parálisis cerebral infantil de 1-10 años, que acudan al centro integral de equitación de la prefectura del Guayas, para mejorar su estado de salud y nutricional con alimentos idóneos para las patologías que causa dicho estado. Con todo lo expuesto en los párrafos anteriores es muy importante tener en cuenta esto en Salud Pública porque son una comunidad que tienen muchos problemas y que son muy olvidadas por entidades gubernamentales, es necesario tener programas o planes para mejorar su estilo de vida, que salgan adelante.

La metodología de investigación que se llevara a cabo va a hacer fundamental y teórica, descriptivas, de campo, no experimental, transversales, el universo es de 50 niños de 1- 10 años, Las técnicas que se va a utilizar son las encuesta, entrevista y observación. Los materiales para la técnica de encuesta son preguntas que van a ser avalados por el jurado y grupo de docente entendidos en la materia, también se va a emplear valores antropométricos (balanza, tallímetro, plicómetro).

En la realización de esta investigación se desglosaron capítulos ordenados de la siguiente forma:

Capítulo I: Se encuentra el planteamiento del problema, elaboración de la sistematización del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

Capítulo II: Se desarrolló el marco referencial, marco teórico, marco conceptual, marco legal, determinación y operacionalización de variables.

Capítulo III: Corresponde al desarrollo del Marco Metodológico tipo y diseño de la investigación la cual será descriptiva, de campo, con el diseño transversal aplicando dos modalidades cuantitativa y cualitativa, se aborda la muestra y la población, instrumento de investigación, métodos, técnicas y el procedimiento de los datos.

Capítulo IV: En este apartado se desarrolla lo que es el análisis de la situación actual, análisis comparativo, evolución, tendencia, perspectivas.

Capítulo V: Comprende la propuesta de la solución del problema con una guía de alimentación para cuidadores con niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematización

La Parálisis Cerebral Infantil, se remonta desde el antiguo Egipto, donde se constataba en sus esculturas la descripción la parálisis espinal de la PCI, por Areteo de Capadocia. (Peña & Duerto, 2014). Un conjunto de trastornos crónicos debido diferentes lesiones o defectos en el desarrollo del cerebro inmaduro (trastorno neuromotor), de etiología no especificada, la lesión ocurre entre los períodos comprendidos, los primeros días de gestación con los 3 y 5 años de vida. Esta palabra PCI hace señal a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. (Muñoz, 2004).

Origina trastornos causantes de incapacidad de generar movimientos a los individuos que la padecen, tienen dificultad de los movimientos peristálticos que se originan en los intestinos, por eso con una alimentación adecuada sobre todo con los alimentos idóneos para ellos se puede mejorar su calidad de vida. Además de proporcionar una mejor masa muscular, ayudaría a su estabilidad corporal, entre otras posibilidades en lo que se refiere a su progreso anatómico. La alimentación que los cuidadores que le ofrecen a estos niños muchas veces son inadecuados, porque generalmente la mayor parte son de escasos recursos económicos, no cuentan con una orientación adecuada sobre las patologías originadas de la PCI que afectan al tracto digestivo (Boca-Ano). Entre tanto tienen deficiencia de nutrientes y afecta también al desarrollo muscular. (Ayrala & Brienza, 2014).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad se encuentra 15% de la población total a nivel mundial, pero este ente de salud no subclasifica a las discapacidades, por lo tanto, no se tiene datos más específicos de la enfermedad tratada en esta investigación. En estudios epidemiológicos internacionales

realizados, citados por, (Peña & Duerto, 2014) en su trabajo de investigación hace una recopilación de varios países como lo son Colombia se reportaba una incidencia del 2% en el año 2000. Su prevalencia oscila entre 120-160/100 mil habitantes nacidos vivos. En Estados Unidos en los subregistros se contabilizó 17 casos por cada 100 mil nacidos vivos. Los resultados obtenidos en este estudio sobre su estado nutricional nos indica lo siguiente: que se observó que el tipo de parálisis que predominó fue la severa, con un 72% de la muestra, así mismo fue en este grupo donde mayor número de desnutridos se encontró que el 60% padecían mal nutrición. Al predominar la forma severa, se concluye que cerca del 72% de la muestra no tienen la capacidad de alimentarse por sí solos, por lo tanto, no resulta extraño que sea en este grupo donde se ubiquen casi la totalidad de los desnutridos, esto coincide con otros estudios, que reflejan que el deterioro nutricional está estrechamente relacionado con la intensidad del daño neurológico, y así debe ser, ya que implica mayor dependencia de la familia para su alimentación.

La pobreza es uno de los factores que plantea un conjunto de limitaciones (ingresos bajos, falta de alimentos, falta de vivienda, falta de empleo, poco acceso a servicios de salud, saneamiento ambiental pobre, falta de educación, aumento de enfermedades infecciosas, etc.), que disminuyen la capacidad de una respuesta adecuada de estas familias. Esta realidad, hace a los niños con PCI más vulnerables a la aparición de complicaciones, como la desnutrición y trastornos relacionados, todo lo cual incide directamente sobre su salud y calidad de vida (Aníbal Del Águila, 2004).

En Ecuador si hay estudio, no actualizados, pero hace referencia a que la PCI, se efectuó un estudio mediante el diseño descriptivo transversal, realizado en 34 pacientes, con la intención de evaluar la funcionalidad familiar en niños con parálisis cerebral que acuden al servicio de Pedí habilidad del Hospital José María Velasco Ibarra, de la provincia de Napo, en los meses de julio a diciembre del año 2014; los primordiales hallazgos encontrados fueron:

- El 59% conciernen a familias nucleares.
- El 68% muestran disfunción familiar leve y el 8% disfuncionalidad moderada.
- El 61% posee un diagnóstico de parálisis cerebral espástica.
- Funcionalidad familiar evaluada en el familiar del niño/a con PCI se presenta trastornada. (NIETO & YANACALLO, 2015).

En salud pública que se da actualmente en el área de discapacidad (Parálisis cerebral infantil), es prácticamente nulo, cuando el verdadero problema de esta comunidad son las falencias que existen en los lugares donde viven muchos de ellos no cuentan con centros de rehabilitación bien equipados, personal calificado, pero sobre todo un equipo multidisciplinario en que es primordial, también como de educación. Si se les da las herramientas necesarias a los niños como a sus cuidadores salen adelante. Los problemas que nos enfrentamos como salubristas es poder dar a conocer a la comunidad científica, gubernamentales el verdadero problema que tienen ellos, también para obtener datos en aquellas instituciones públicas que cuentan con centros de rehabilitación, la academia y gobierno, por no tener políticas con las cuales se faciliten acciones de investigación y después de esos resultados obtenidos se debe de dar una solución con programas de intervención muy bien estructurados y ejecutándolo debidamente.

Es preciso ampliar la misión de los servicios de salud para efectuar acciones que tomen en cuenta a la familia como un elemento de apoyo en el manejo de la parálisis cerebral infantil. El centro Integral de equitación de la prefectura del Guayas del cantón Samborondón, es un centro que lo creo la prefectura del Guayas, para el bienestar de sus habitantes en el que cuenta con los implementos necesarios para la atención de ellos, también asisten niños con insuficiencia motora de origen central, la mayor parte de ellos son de bajos recursos económicos, viven en zonas rurales, muy pocos de ellos tienen acceso a todos los servicios básicos. Lo que he podido observar que los cuidadores de estos niños muchas veces tienen dos hijos más, son de escasos recursos económicos, cobran el bono de desarrollo humano lo cual se ayuda a costear los insumos que necesitan mes a mes, por ende, sus comidas contienen alimentos que no son aptos, pero los hacen para que consuman toda la familia.

1.1.2 Delimitación del problema

Línea de investigación: Estudios biopsicosociales de grupos vulnerables de la población.

Sublínea de Investigación: Desarrollo Humano y Calidad de Vida.

Objeto de estudio: El esquema de alimentación que ofrece los cuidadores.

Unidad de observación: Niños de 1-10 años con parálisis cerebral infantil.

Espacio: Centro Integral de Equitación cantón Samborondón.

Tiempo: 2018-2019.

1.1.3 Formulación del problema

¿Cuál es el esquema de alimentación que ofrecen los cuidadores de los niños 1-10 años, con insuficiencia motora de origen central que incide en su estado nutricional?

1.1.4 Sistematización del problema

¿Cuáles son los grupos de alimentación, raciones y frecuencia que ofrecen los cuidadores a niños con parálisis cerebral infantil?

¿Cuál es el conocimiento que tienen los cuidadores sobre las dificultades que presentan este grupo de pacientes en el momento de alimentarse por efecto de su enfermedad?

¿Cuál es el estado nutricional en los niños de 1-10 años con parálisis cerebral infantil?

¿Las acciones educativas implementadas a los cuidadores podrían mejorar el estado nutricional de los niños?

1.1.5 Determinación del tema

Esquema de alimentación de cuidadores en niños de 1- 10 años con parálisis cerebral infantil en el centro integral de equitación - cantón Samborondón 2018-2019.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Determinar el esquema de alimentación y el conocimiento de los cuidadores en niños de 1 a 10 años con parálisis infantil del Centro Integral de Equinoterapia de la Prefectura de Guayas.

1.2.2 Objetivos Específicos

Verificar los grupos de alimentos, sus raciones y la frecuencia con que los cuidadores ofrecen a los niños que conforman el estudio.

Determinar conocimiento que tienen los cuidadores sobre las complicaciones que presentan este grupo de pacientes en el momento de alimentarse por efecto de su enfermedad.

Evaluar el estado nutricional según parámetros antropométricos y valoración clínica nutricional pediátrica.

Diseñar acciones educativas de carácter nutricional y alcance intercultural, en respuesta al diagnóstico realizado.

1.3 JUSTIFICACIÓN

1.3.1 Justificación de la investigación

La PCI es una enfermedad que afecta a niños de origen desconocido que afecta aproximadamente al 15% de la población mundial, está en la lista de discapacidades, por lo que afecta a la movilidad de quienes la padecen, es un problema de salud pública mundial ya que cada estado debe garantizar su salud. En Ecuador la constitución del 2008 ampara a todos ellos, actualmente hay programas de ayuda social que es Manuela Espejo, también existe la calificación de discapacidades, entre otros.

En Ecuador no existe estadísticas exactas o registros oficiales de cuantos niños existen con esta discapacidad, sin embargo, en un alcance del Consejo Nacional de discapacidades (CONADIS), sacó 110 mil 159 casos, la causa son congénito – genética y 20 mil por problemas de parto, con un total 345 mil 512 discapacitados, pero no se establece la presencia de pacientes en edad pediátrica con parálisis cerebral infantil que fallecen por complicaciones de patologías respiratorias. El CONADIS, indica que el 12 al 14% total de la población ecuatoriana son personas con discapacidad, del cual el 1,7% son niños estando con prematuridad presente con el 45% de los recién nacidos con PCI. (Cherrez & Ortega, 2018). Es importante tener en cuenta que es una enfermedad que con el tiempo puede avanzar a una recuperación favorable, pero mucho de los casos no llegan a estas condiciones.

El trabajo de investigación se enfoca en la alimentación para niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil que es una población vulnerable de la sociedad donde la salud pública debe de tener más preocupación. Los beneficiarios de este proyecto serán los 50 niños y 50 cuidadores que asisten al centro integral de Equinoterapia de la Prefectura del Guayas, cuyo propósito es mejorar el estado nutricional. Este proyecto de investigación es posible en el ámbito de la salud pública, porque se va a proporcionar conocimiento a este grupo específico de la comunidad mejorando su calidad de vida a través de una alimentación saludable.

Este proyecto es factible gracias a la contribución del personal profesional del centro de equino terapia de la prefectura del Guayas quienes dieron la apertura para la

aplicación de encuestas a los cuidadores de los niños con PCI, además se contó con el recurso propio de la autora del proyecto.

La finalidad de esta investigación como salud pública consiste en contribuir a mejorar el estado nutricional de estos niños, por medio de charlas educativas a sus cuidadores acerca de cuáles alimentos deben consumir estos niños y cuales son prohibidos, por sus complicaciones anteriormente mencionada.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes Histórico

La parálisis cerebral infantil, se describió por primera vez antes de la mitad del siglo XIX, exactamente en el año 1843, por el ortopedista inglés Dr. William Little, comenzó a agrupar estas alteraciones esqueléticas que se asociaban con padecimientos cerebrales. Mediante sus observaciones se dio cuenta que coexistía una dependencia entre una hemiplejia y las alteraciones esqueléticas que se repetían en patrones y que generalmente se presentaba en niños con antecedentes de prematuridad o asfixia perinatal. Al momento de concluir con sus investigaciones, publicó un tratado que título “Deformities of the human frame”, el cual fue todo un éxito a nivel mundial. (Cristina Calzada Vázquez Vela, 2014).

Al comienzo del siglo XX en el año 1900, después del tratado escrito por el Dr. Little, Phelps irrumpió en un tratamiento para estos niños, moderno para esta época, el cual consistió en un esquema de terapia física, con uso de órtesis y bloqueo de nervios. Se representó cuatro objetivos principales a tratar: 1. Independencia en las actividades de la vida diaria, 2. Locomoción, 3. Apariencia general, 4. Lenguaje. Durante el año 1957, 57 años después de Phelps, hubo un grupo de expertos en la materia que se llamó el club Little, ellos publicaron una nueva enunciación de la PCI denotándola en un desorden permanente pero cambiante al movimiento y postura que parece en los primeros años de vida, a un comprometido desorden no progresivo del cerebro que resulta en la interferencia durante su desarrollo. También presentaron una nueva clasificación que la

agruparon en distintas categorías: distónicas, coreoatetósica, espásticas, atáxica, mixta y atónica.

En los límites de 1980 y a iniciación de 1990, tras múltiples consensos entre expertos de América y Europa, se realizó una nueva revisión con un interés profundo en subrayar la heterogeneidad de esta condición, se acuñó el término de “paraguas”; los cuales cubren un grupo de síndromes de dificultad motora no progresivo, pero con constantes cambios, secundarios a lesiones o anomalías del cerebro, que aparecerán en las primeras etapas del desarrollo. (Cristina Calzada Vázquez Vela, 2014).

En 2004 en Bethesda, Estados Unidos, un conjunto de expertos de Elite internacional, que reunieron “Taller Internacional para la Definición y Clasificación de la Parálisis Cerebral”, se estableció el conjunto médico que la parálisis cerebral no es una enfermedad específica y en conclusión se definió como “un grupo de desórdenes permanentes del desarrollo del movimiento y postura, que causan una limitación; y se atribuyen a alteraciones no progresivas que ocurren en el desarrollo del cerebro fetal o infantil. Los desórdenes motores de la PC frecuentemente se acompañan de alteraciones en la sensación, percepción, cognición, comunicación, conducta y por problemas musculoesqueléticos”. (Cristina Calzada Vázquez Vela, 2014).

Actualmente se acepta los mayores incidentes de encefalopatía neonatal y PC tienen su origen en la hipoxia neonatal secuela de las anomalías del desarrollo, anomalías metabólicas, defectos auto inmunes y de la coagulación, infecciones, traumatismos o combinaciones de estos. (Cristina Calzada Vázquez Vela, 2014).

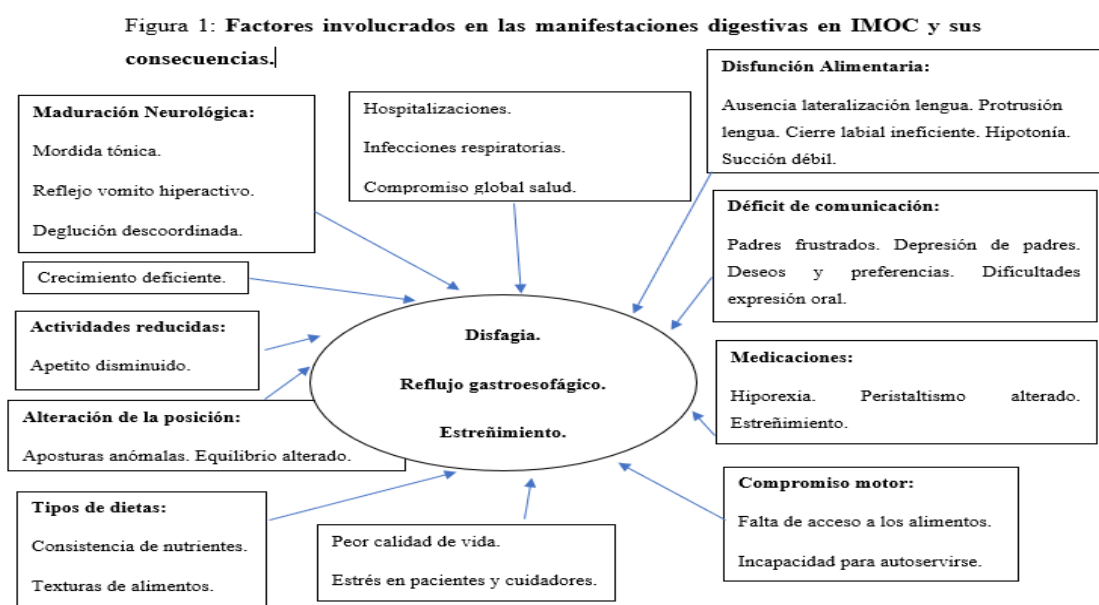
2.1.2 Antecedentes Referenciales

En unos de los estudios realizados en el año 2015 por un grupo de Licenciados, en Nutrición en niños con parálisis cerebral infantil, demostraron que pérdidas neurológicas graves con trastornos permanentes con el progreso, del movimiento y de la postura; debidos a alteraciones no sucesivas ocurridas durante el desarrollo cerebral del feto o lactante. La prevalencia de este desorden está en torno a 2 por cada mil recién nacidos vivos (RN). (FRANCO & ARROYO, 2016).

La patología de fundamento que presentan estos pacientes es eminentemente neurológica, pero sus implicaciones abarcan la mayoría de los aparatos y sistemas, requiriendo un abordaje multidisciplinar. Prácticamente todos los pacientes con PC

presentan alteraciones del cambio nutricional o síntomas gastrointestinales en algún momento de su vida estando interrelacionadas entre sí, las consecuencias más graves acaban afectando a la salud global y el desarrollo psico-emocional de estos niños (Figura 1).

Tienen una especial importancia la identificación precoz de los trastornos de alimentación y de los síntomas gastrointestinales, para establecer unas condiciones asistenciales que impidan una situación de malnutrición con detención del crecimiento. Por ello se realizará una valoración inicial y una supervisión periódica del estado de nutrición y de la presencia de síntomas asociados.



Fuente: Nutrición en el niño con necesidades especiales: enfermedad neurológica. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada. 2015. Elba Adrada Trujillo, Julia Álvarez Gómez.

Muchas de las enfermedades asociadas con estos pacientes y diariamente se tendrá que realizar un despistaje y seguimiento. Existe la tendencia a obviarlas tanto por parte de los padres como del pediatra debido a la cronicidad de estas y la dificultad en la comunicación del paciente (Cuadro 1).

Cuadro 1: Comorbilidades

- a) Trastornos nutricionales, tales como la desnutrición, obesidad.
- b) Trastornos deglutorios, la disfunción oral motora, babeo y sialorrea, mal oclusión dentaria, protrusión lingual, falta de coordinación masticación-deglución y retardo de inicio de la deglución.

- c) Trastornos digestivos, la disfagia, reflujo gastroesofágico, estreñimiento, sialorrea.

El estudio sobre trastornos de la alimentación y deglución en niños con parálisis cerebral de las condiciones clínicas acompañantes, por el Licenciado, JOSÉ LUIS BACCO. Este trastorno suele estar acompañada por diferentes condiciones clínicas asociadas (CCA) destacando los trastornos de la alimentación y deglución (TAD) con prevalencias que pueden llegar hasta 90%.

En proporción a las altas cifras de los resultados descritos en la primera parte de esta publicación. También de los TAD, un gran número de otras CCA conducen a la PCI. Ciertos pueden ser una consecuencia directa de los TAD, tales como los trastornos respiratorios y las alteraciones nutricionales. Además, actúan como factores agravantes: problemas orofaciales, afecciones gastrointestinales, trastornos de la integración sensorial (TIS), déficit cognitivo (DC) y alteraciones de la alerta por irritabilidad o somnolencia, esta última debida a fármacos empleados habitualmente en PCI (antiepilépticos, antiespásticos, neurolépticos y otros) o a trastornos del sueño. La importancia, en estas condiciones no son investigadas rutinariamente por el equipo rehabilitador al realizar la anamnesis de alimentación, exceptuando los problemas respiratorios y nutricionales, con el consiguiente riesgo de olvidar aspectos relevantes al valorar integralmente a un niño con PCI y TAD.

El 35% de estos pacientes en los Institutos Teletón tienen PCI y un alto porcentaje presenta TAD, por lo que la posibilidad de cursar con CCA es alta. El objetivo de esta segunda parte de la investigación es cuantificar la frecuencia de determinadas CCA en un grupo de niños con PCI y TAD, GMFCS I a V, entre los 3 y los 6 años.

Los datos que se obtuvieron del Anuario Estadístico con Discapacidad de Argentina del año 2015, se estimó que la cantidad de personas con discapacidad es de 206.114, las cuales 57.766 tienen discapacidad motora. Su etiología más común en las discapacidades con un 30,33% del total con niños con discapacidad motora. Estos datos sirvieron en la investigación del Estado nutricional, ingesta alimentaria y factores vinculados a la alimentación de los niños, niñas y adolescentes con Parálisis Cerebral de Córdoba, con los siguientes resultados: la muestra fue 25 pacientes, 18 de sexo masculino (72%). Según la función motora gruesa, el 68% tuvo diagnóstico de PC leve, 12% moderada y 20%, severa. En relación con el estado nutricional, el 40% presentó normo

peso y el 60% malnutrición según estándares de la OMS. La malnutrición por exceso representó el 16%. (Luciano, Rodríguez Marco, & Valfré, 2017).

2.1.3 Fundamentación

En el Ecuador la parálisis cerebral infantil, quienes la padecen están en el grupo de discapacidad en general. Es una enfermedad de etiología multicausal, pero debido sus secuelas a nivel cerebral afectando sobre todo el Sistema Nervioso parasimpático que nos brinda los movimientos de las regiones corporales (miembros superiores e inferiores), también en sistema digestivo. La salud pública debería de jugar un papel más activo en el mejor su calidad de vida e inserción a la sociedad económicamente activa.

2.1.3.1 Etiología de la Parálisis Cerebral Infantil

Según (Oller, 2013), con otros autores, la PCI no tiene un diagnóstico etiológico sino descriptivo, posee una sucesión de características según el trastorno motor predominante, es por eso que la PCI es una palabra empleada para referir al síndrome que esta producido por la lesión o daño del sistema nervioso central (SNC), que se ha originado durante sus periodos críticos del desarrollo y sus exposiciones clínicas son tan variables como cada niño que la presenta, pero comparte el compromiso común del desarrollo neurológico motor.

2.1.3.1.1 Factores de Riesgo

Estos son los siguientes:

2.1.3.1.1.1 Factores Prenatales

Presenta en un 30% a causa de:

- a) Embarazos múltiples que pueden producir desprendimiento prematuro de placenta.
- b) Infección materna, por rubeola o contagios víricas a la iniciación del embarazo produciendo defectos congénitos cerebrales.
- c) Incompatibilidad del Rh, el organismo de la madre produce anticuerpos que destruyen las células sanguíneas del feto, llevando a una ictericia en el recién nacido o nacimiento pre termino.
- d) Anoxia prenatal, puede ser producida por intoxicación, anemia, hipotensión, asfixia por mala posición umbilical, hemorragia.

- e) Trastornos metabólicos, envenena adicción de la madre o el sufrimiento de trastornos metabólicos como Diabetes (disminución del azúcar en sangre por periodos prologados puede causar daño cerebral severo y epilepsia) (L, 2010).

2.1.3.1.1.2 Factores Perinatal

Presenta un 60% causa de:

- Traumatismo y hemorragias, por la aplicación desmedida de inductores químicos del parto.
- Partos prematuros (bajo peso, poca madurez con la relación a la edad gestacional).
- Ictericia en recién nacido (patología).
- Anoxia, algunos bebes no inhalan naturalmente durante 6 minutos o más, otros a causa de una obstrucción respiratoria, atelectasia, anestésicos, drogas, placenta previa o presentación podálica.

2.1.3.1.1.3 Factores Postnatales

Se presenta en un 10% pero su incidencia va en ascenso:

- Meningitis tuberculosa o piógena, infecciones, encefalitis víricas.
- Anoxia por estrangulamiento, hipoglicemia, entre otros.
- Infecciones con degeneración nerviosa.
- Eventos vasculares, encefalopatía hipertensiva, traumatismos craneales, trombosis y embolias. (L, 2010).

2.1.3.2 Clasificación de la Parálisis Cerebral Infantil

2.1.3.2.1 Clasificación Topográfica

Según la ubicación anatómica de la alteración:

- Cuadriparesia.
- Diparesia.
- Hemiparesia.

- Monoparesia.
- Paraparesia.
- Triparesia.

2.1.3.2.2 Clasificación Clínica

Según el tipo de trastorno, lesión en las vías o tono muscular.

- **Espástico:** La lesión es de la vía piramidal, en las áreas 4, 3s y 6.

Su característica principal es el aumento del tono muscular (hipertonía), por sobre excitación de moto neuronas alfa, se puede variar con el estado general del niño, con el movimiento, con el reposo, por el movimiento puede ser posible, pero es brusco y lento.

Hiperreflexia, signos de navaja, sincinesias, los niños espásticos tienen dificultad para realizar movimientos, realizándolos siempre en forma de patrones globales de flexión o extensión presentan **Babinski positivo**.

Los músculos (Agonistas) con espasmos se contraen constantemente, hay aparentemente debilidad en sus antagonistas que conducen posiciones anormales de las articulaciones que actúan, se forman deformidades de las articulaciones las cuales llevan a futuras contracturas fijas. (L, 2010).

- **Rigidez:** Es la lesión de la vía extrapiramidal.

Las características de sobre excitación de la moto neuronas gamma, en menor grado de alfa, conlleva a un aumento de tono de rigidez, tubo de plomo, disminución de reflejo, contracción de agonista y antagonista.

- **Corea:** Es una lesión de la vía extrapiramidal (Putamen- Caudado).

La característica más relevante es tener movimientos incoordinados, amplios de estructuras proximales, ceden poco con el reposo.

- **Atetoides:** Lesión en la vía extrapiramidal (ganglios basales), especialmente en el núcleo neoestriado (globo pálido).

Su definición es con movimientos lentos irreprimibles de cortonsión, resultado de la actividad imperfectamente coordinada de agonista y antagonista, que son exacerbados al intentar movimientos voluntarios, el tono es fluctuante el niño presenta movimientos

espasmódicos, incontrolados hipercinésicos y de poca amplitud, no consigue graduar la actividad agonista sinérgica durante el movimiento de estructuras distales, pero ceden con reposo. (L, 2010).

- **Atáxico:** Lesión producida a nivel del cerebelo.
 - ❖ **Hipotonía y baja entrada sensorial, tiene dificultad en percibir la posición de las articulaciones** (input sensorial).
 - ❖ **Disinergia,** pérdida de la fluidez del movimiento.
 - ❖ **Disimetría,** no se puede medir la distancia a la cual quiere llegar con el movimiento.
 - ❖ **Disartria,** incoordinación y falta de armonía en los movimientos voluntarios, temblores y nistagmo.
 - ❖ **Disdiadococinesia,** dificultad para realizar movimientos alternados rápidamente como la prono-supinación.

2.1.2.3.2 Clasificación según el grado de afectación

Se puede distinguir 3 parámetros:

- **Leve:** Es cuando demuestra independencia de sus acciones de la vida diaria, no necesita que lo asistan, pero presenta movimientos torpes.
- **Moderada:** Es cuando estas personas son semindependientes, pero necesita asistencia en algunas de circunstancias, presenta una mayor dificultad en la marcha y la expresión oral.
- **Grave:** Es cuando estas personas son dependientes de ayuda, no pueden realizar sus actividades de la vida diaria de forma satisfactoria y el lenguaje está muy alterado. (L, 2010).

2.1.2.4 Epidemiología de la PCI

La PCI es considerada como el origen más habitual de discapacidad motriz de los infantes en las naciones subdesarrolladas. Médicamente va ligada a diversos componentes como la localización, dilatación de la lesión, cambio de funcionalidad y el ciclo de

producción de esta. Se indica que la prevalencia es 2 - 3 casos por cada 1000 nacidos vivos a nivel global. (Cherrez & Ortega, 2018).

Según (Madrigal, 2010), en 1955 posteriormente a la instauración de la vacunación de poliomielitis. España ha catalogado a la PCI en unas de las causas más frecuente de discapacidad. Teniendo 2 infantes con PCI por cada 1.000 nacidos vivos, por tanto, llegando a desarrollar 1.500 bebés esta condición. Estos datos obtenidos fueron por un estudio realizado en los años 90 se evaluó que la prevalencia mundial oscilaba entre 1 y 5 casos por cada 1000 habitantes (hab). En Estados Unidos en los años noventa existía 500.000 personas con parálisis cerebral, estos fueron los datos obtenidos por la Asociaciones Unidas de Parálisis Cerebral Norteamericana (AUPCN), a pesar de los progresos de prevención.

2.1.2.5 Parálisis cerebral infantil y patología gastrointestinales

2.1.2.5.1 Disfagia orofaríngea o Trastorno de la deglución

En una deglución normal existe 2 conceptos de funciones que cabe destacar: la fuerza de la deglución (admite un adecuado progreso del pendero estructural e hidratación), la seguridad (consiente en un retiro de la vía aérea durante la ingesta, evita el camino al contenido alimentario de la misma). (Jiménez, Martín, & García, 2010).

Existen 3 fases en la deglución normal: oral, faríngea y esofágica. Esta disfagia orofaríngea es aquella que afecta las dos primeras fases, entre tanto la esofágica afecta a la última fase. Usualmente todos los pacientes con esta condición presentan algún signo o síntoma de disfagia, siendo la disfagia orofaríngea la más frecuente. Con un 90% de estos pacientes presentan disfunción oro motora.

Se debe de sospechar que el paciente tiene este trastorno de este tipo, porque durante o después de la ingesta presenta tos, atragantamiento, cianosis, sudoración, fatiga, estornudo, congestión ocular, ingesta prolongada (superiores a 45-60 min) o la clínica respiratoria de repetición. (Jiménez, Martín, & García, 2010).

2.1.2.5.2 Reflujo Gastroesofágico

Este es un trastorno común en niños con deterioro neurológico. Es asignado a una modificación de la motilidad motora que aflige al esófago y al mecanismo del esfínter esofágico inferior, incitando regurgitación retrógrada e involuntaria del contenido

gástrico hacia el esófago. La prevalencia en este tipo de sujetos es muy variable y oscila entre el 20- 90% en el empleo de los criterios diagnósticos. Los componentes de su fisiopatología son muy variados. Cuando hay perjuicio neurológico subyacente estos pueden ocasionar retraso del vaciamiento gástrico y la motilidad esofágica, mientras que el estreñimiento, espasticidad, motilidad y la escoliosis van a incrementar la presión intraabdominal. (Jiménez, Martín, & García, 2010).

En lo clínico los síntomas son los siguientes la hematemesis, son muy relacionados a los pacientes con reflujo gastroesofágico que no tienen daño neurológico subyacente. Por la incapacidad física que presentan, en momentos graves, muchos de ellos pasan largos periodos en posición supina, por lo que contribuye a la pérdida de aclaramiento esofágico. Phmetría intraesofágica de 24 h es la pauta oro en la determinación del reflujo gastroesofágico. Así conseguimos ver si preexiste el reflujo, cuantificarlo y establecer la analogía que coexiste entre el mismo y otras manifestaciones clínicas extradigestivas. La limitación principal de esta técnica es su problema para reconocer los reflujos alcalinos. Los porcentajes de reflujos alcalinos en estas personas con discapacidad entrega a la alimentación que reciben, pueden llegar hasta el 50–90%, en estos casos la impedanciometría intraluminal multicanal podría solucionar este problema. (Jiménez, Martín, & García, 2010).

2.1.2.5.3 Estreñimiento

Es una dificultad habitual en niños con discapacidad. Precisa en una repetición del número de deposiciones < 3 por semana, la urgencia de utilizar laxantes continuamente para formar deposiciones. La prevalencia en estos sujetos es de 25 al 75%. Los factores son múltiples en el estreñimiento, uno de los más importante es la motilidad de los intestinos vinculada a las lesiones neurológicas que perjudican a todo el colon. Diversas investigaciones han demostrado una hipomotilidad del colon proximal en estos niños con discapacidad. Diferente pieza usualmente afectada es el recto sigma. Hay más causas como la inmovilidad prolongada, ausencia de la postura recta para defecar, alteraciones óseas con la escoliosis, hipotonía, factores dietéticos como la inexistencia de ingesta de fibra o líquidos, así como los consumos de fármacos anti convulsionantes, opioides y antihistamínicos. (Jiménez, Martín, & García, 2010).

2.1.2.6 Parálisis Cerebral Infantil y su estado Nutricional

2.1.2.6.1 Desnutrición en la Parálisis Cerebral Infantil

Por las complicaciones consecuencia de la PCI existe una desnutrición que, si se presenta durante la edad gestacional o en la edad post natal temprana, el daño que se produce en el cerebro es irreversible. Sin embargo, la relación entre PCI y desnutrición proteico-calórica es conocida, se obtiene muy poca información de la realidad de esta relación en países en desarrollo, donde se acrecienta el contexto de pobreza en que viven cerca de la mitad de la población, esto implica no solo poca ingesta alimentaria sino también un escenario de alta vulnerabilidad de las familias que tienen que enfrentar el problema de tener un miembro con esta condición (Aníbal Del Águila, 2004).

Las dos primeras causas de morbilidad en la población infantil la constituyen las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores y las enfermedades infecciosas intestinales. No se evidenció en los reportes encontrados sobre la prevalencia de PCI, así como tampoco sobre el estado nutricional de niños con PCI en Paraguay (Laura Godoy Sánchez, 2019).

2.4. Marco Conceptual

Parálisis Cerebral Infantil: Según, (Pedreira, Pulido, & Andrés, 2015), corresponde a un grupo del trastorno al desarrollo y coordinación de movimiento y de postura, que producen limitaciones en la actividad y son atribuibles a lesiones no progresiva que ocurrieron en el sistema nervioso central en desarrollo del feto o del lactante.

Alimentación: Según, (Fernández 2003), Es el aporte de los alimentos en el organismo humano. Es un proceso del cual tomamos una sucesión de sustancias contenidas en los alimentos que contienen la dieta.

Desnutrición: Es un trastorno sistémico que complica a todos los órganos y sistemas, estableciendo un estado metabólico que se adapta para sobrevivir a la falta crónica de alimentos (Aníbal Del Águila, 2004).

Trastornos de la alimentación y deglución: Es un estado discapacitante más común en Pediatría. La responsabilidad motora es su problema principal, aunque frecuentemente se acompaña de numerosas comorbilidades que afectan el pronóstico vital del paciente e interfieren con el resultado de su rehabilitación. (JOSÉ LUIS BACCO R, 2014).

Disfagia: Necesidad de más período y energía para desplazar los alimentos o líquidos desde la boca hasta el estómago. El problema para ingerir también puede estar asociada con dolencia. En algunos casos, puede que no sea capaz de tolerar nada. (Rojas & Bezón, 2016).

Reflujo gastroesofágico: Es el padecimiento con los cuales los contenidos gástricos retornan hacia atrás desde el estómago hacia el esófago (el canal que va desde la boca hasta el estómago). (Bethesda, 2017).

Estreñimiento: Personas que tienen tres o menos evacuaciones en una semana. Las heces pueden ser duras y secas. Algunas veces la evacuación es dolorosa. (Mearin & Balboa, 2016).

2.5 Marco Legal

Decreto Ejecutivo 194

Registro Oficial Suplemento 109 de 27-oct.-2017

Estado: Vigente No. 194

Lenín Moreno Garcés

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA.

Capítulo I

DE LAS DEFINICIONES

Art. 1.- De la persona con discapacidad.- Para efectos de este Reglamento y en concordancia con lo establecido en la Ley, se entenderá por persona con discapacidad a aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 2.- De la persona con deficiencia o condición discapacitante.- Se entenderá por persona con deficiencia o condición discapacitante, aquella que presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, en los términos que establece la Ley, y que aun siendo sometidas a tratamientos clínicos o

quirúrgicos, su evolución y pronóstico es previsiblemente desfavorable en un plazo mayor de un (1) año de evolución, sin que llegue a ser permanente.

Capítulo II

DEL PROCESO DE CALIFICACION

Art. 3.- Reconocimiento y calificación. - Corresponde a la autoridad sanitaria nacional emitir el certificado o documento que acredite la calificación de la discapacidad y la certificación de condición discapacitante. La determinación de la deficiencia o condición discapacitante la realizarán los médicos especialistas del sistema nacional de salud, acreditados expresamente por la autoridad sanitaria nacional. En el certificado que se emita reconociendo tal situación, se hará constar obligatoriamente la fecha de caducidad del mismo, identificando la deficiencia o condición discapacitante y su porcentaje. En ningún caso su vigencia podrá ser superior a un año. Los beneficios que se concedan por la ley serán reconocidos mientras se mantenga vigente el certificado o documento que acredite la condición discapacitante.

La calificación de la discapacidad o de la condición discapacitante será gratuita.

Art. 4.- De la calificación de personas con discapacidad. - La autoridad sanitaria nacional a través de su red de prestación de servicio, realizará la calificación de discapacidades.

Art. 5.- Requisito para acceder a los beneficios. - Para el otorgamiento de los beneficios establecidos en la Ley, no se exigirá otro requisito además del documento que acredite la calificación de la discapacidad o la determinación de la deficiencia o condición discapacitante, en su caso, se exceptúan aquellos en los cuales por la naturaleza del trámite sea necesaria documentación adicional.

Art. 6.- Calificación para ecuatorianos residentes en el exterior. - La calificación de la discapacidad a las personas de nacionalidad ecuatoriana residentes en el exterior, será solicitada a través de las representaciones diplomáticas ecuatorianas. Esta solicitud podrá ser presentada por el propio beneficiario, por su representante legal o voluntario o las personas naturales o jurídicas a cuyo cargo se encuentre, adjuntando la certificación médica emitida por la entidad sanitaria nacional competente del país de residencia del peticionario, en la cual se determine la discapacidad que presente la persona

y su diagnóstico. La representación diplomática ecuatoriana remitirá vía electrónica toda la documentación pertinente a la autoridad sanitaria nacional, que calificará el tipo y el grado de discapacidad del solicitante, según la norma expedida para el efecto.

Opinión: El estado ecuatoriano en la Constitución, indica que tanto los cuidadores como los niños con discapacidad, a que tengan una vida más digna, segura, sostenible.

2.6 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.6.1 Hipótesis General

El esquema de alimentación actual de los cuidadores a niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil influirá en su estado nutricional.

2.6.2 Hipótesis Particulares

Los grupos alimenticios, sus raciones y la frecuencia que ofrecen los cuidadores a los niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil afectará a su Estado Nutricional.

El conocimiento de los cuidadores sobre las dificultades que presenta este grupo de niños en el momento de alimentarse por efecto a su enfermedad ejercerá en su estado nutricional.

La parálisis cerebral infantil influirá en el estado nutricional.

Las acciones educativas de carácter nutricional y alcance intercultural mejorarán su estado nutricional.

2.6.3 Declaración de Variables

Variable Independiente: El esquema de alimentación actual de los cuidadores.

Variable Dependiente: Estado Nutricional.

Variable Interviniente: Niños 1-10 años con Parálisis Cerebral Infantil.

2.6.4 Operacionalización de las Variables.

VARIABLES.	DEFINICIÓN DE VARIABLES.	DIMENSIÓN.	INDICADORES.	ESCALA DE MEDICIÓN.	INSTRUMENTO.
-------------------	---------------------------------	-------------------	---------------------	----------------------------	---------------------

Encuesta.

El esquema de alimentación actual de los cuidadores.	<p>Definición conceptual: Es el quien se encarga de brindar el cuidado, protección, atención y cariño de las personas enfermas o en condición de discapacidad, puede ser integrante de su familia o ser externo a ella, cuando es parte de la familia, generalmente quien se encarga de esta labor es la madre, de quien es característico luchar por quien quiere. (LÓPEZ, 2009)</p> <p>Definición operativa: Son aquellos cuidadores los encargados de ellos para cuidarlos de alimentar y proteger a lo largo de la vida.</p>	Edad.	Rango de edad del cuidador.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20-60 años. 2. 20-30 años. 3. 30-40 años. 4. 40-50 años. 5. 50-60 años.
			Rango de edad del niño.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1-10 años. 2. 1-5 años 3. 2-8 años 4. 1-9 años
		Género.	Sexo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino. 2. Femenino.
		Identificación.	Estado Civil.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Divorciado/a
		Sintomatología de la enfermedad.	Signos asociados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Habla 2. Camina 3. Vomita 4. Babea
		Procedimientos quirúrgicos.	Tipo de Acceso por cirugía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fístula 2. Prótesis 3. Catéter
		Alimentación en Parálisis cerebral infantil	Tipos de grupo de alimentos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leche o productos lácteos 2. Frutas 3. Verduras 4. Carnes 5. Azucares

Estado Nutricional.	<p>Definición conceptual: Situación del cuerpo que resulta de la dependencia entre las necesidades nutritivas individuales y de la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos de los alimentos. (Peña et al., 2014)</p> <p>Definición operativa: Es un parámetro que nos permite saber cómo se encuentra las necesidades nutritivas con el individuo.</p>	Peso.	Peso para edad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percentil mayor 50. 2. Percentil menor 50. 3. Percentil igual 50. 	Encuesta.
---------------------	--	-------	-----------------	--	------------------

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

Enfoque de Investigación

Enfoque Mixto: Esto incorpora a los vínculos de métodos sistemáticos, empíricos y críticos de la investigación y la implicación de recopilación y análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, así como la integración y discusión conjunta, para la

realización de inferencia producto de toda la información recabada, y lograr un mayor entendimiento del fenómeno de estudio. (Sampieri, 2014).

Tipo de Investigación

De Campo: Me permitió recoger la información de forma directa de la realidad actual del problema, mediante la recolección de encuesta, entrevista e historia clínica nutricional pediátrica sobre el esquema de alimentación de los cuidadores de los niños 1-10 años con PCI y el estado nutricional de ellos. (Graterol, 2011).

Descriptiva: Se basa en una investigación que permitió conocer los conocimientos de los cuidadores de estos niños sobre el esquema de alimentación que siguen ellos que influyen en el estado nutricional de los niños con PCI. (Sampieri, 2014).

Diseño del estudio

No experimental. – Porque este tipo de estudio no se va a modificar las variables de estudio, solamente se va a observar al fenómeno en su ambiente natural y analizarlos. (Sampieri, 2014).

Transversal. – Porque se va a recolectar información o datos en solo momento en la investigación, en el esquema de alimentación de los cuidadores. (Sampieri, 2014).

Descriptivo. – Porque tiene la capacidad de indagar las incidencias de una o más variables de la población, su procedimiento consiste en ubicar una o diversas variables a un grupo de personas y proporcionar su descripción y cuando se establecen hipótesis estas tan bien son descriptivas. (Sampieri, 2014).

Modalidad de estudio

Cuantitativo. – Porque permitió describir las características que tienen los cuidadores sobre esquema de alimentación que tienen los cuidadores de los niños 1-10 años con PCI y las enfermedades gastrointestinales que sufren consecuente a su principal diagnóstico, de forma numérica comprendiendo el inicio del problema, por lo que se establece preguntas de investigación, objetivos, variables e hipótesis, antes de la recolección de datos se realiza un procesamiento estadístico en el apoyo en el marco referencial en la discusión de los resultados. (Sampieri, 2014).

Cualitativo. – Porque permitió analizar la percepción del conocimiento que tienen los cuidadores en la alimentación de los niños 1-10 años con PCI del Centro Integral de Equinoterapia de la Prefectura del Guayas, mediante los hechos basados en la realidad, estableciendo así los condicionantes de los alimentos que ellos les dan a sus niños, obteniendo un panorama más adecuado sobre su alimentación y los conocimientos de los cuidadores. (Sampieri, 2014).

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población de este estudio se constituyó en dos partes, la primera los cuidadores y la segunda con los niños 1-10 años con PCI.

3.2.2 Delimitación de la población

El Centro Integral de Equitación de la Prefectura del Guayas, se encuentra ubicado en vía Samborondón, brinda un servicio gratuito de terapia a las personas que tienen niños con discapacidad de cualquier tipo.

3.2.3 Tipo de muestra

Se escogió el 100% de los niños con PCI que asisten al centro integral de Equinoterapia de la Prefectura del Guayas. El tipo de muestra es no probabilístico se realizó de forma de conveniencia, a través de esta técnica de muestreo no probabilístico se garantizó que los sujetos estén disponibles en el tiempo o en el periodo que dure la investigación. (Sampieri, 2014).

3.2.4 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue 50 (100% de la población estudio).

3.2.5 Proceso de selección

Se redactó un oficio a al Prefecto del Guayas competente para la realización de los trabajos académicos en el centro integral de Equinoterapia de la prefectura del Guayas.

Criterios de inclusión. - Se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Niños de 1-10 años con Parálisis Cerebral Infantil.
- Cuidadores que representan a los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

- Que asistan al Centro Integral de Equinoterapia de la Prefectura del Guayas.

Criterios de exclusión. – Se tomó en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Niños de 0-11 meses de edad con Parálisis Cerebral Infantil.
- Niños mayores de 10 años con Parálisis Cerebral Infantil.
- Cuidadores que no tengan niños con Parálisis Cerebral Infantil.

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Métodos teóricos

Histórico - Lógico. – Se toma como referencia los antecedentes históricos existentes en cuanto a la participación familiar a la prevención de complicaciones de los niños 1-10 años con PCI, dándole a la investigación un enfoque científico basado en evidencias preexistentes.

Analítico - Sintético. – Mediante la recolección de datos y evaluación de los resultados obtenidos, dando a conocer los mismo de forma clara y de fácil comprensión, con análisis de cada uno de los aspectos que surjan con la aplicación de encuestas.

3.3.2 Métodos empíricos

Observación. – Como método empírico este nos permite percibir de forma directa los signos y síntomas gastrointestinales de los niños 1-10 años con PCI y conocer la situación socio económica de los cuidadores de dichos niños.

3.3.3 Técnicas e instrumentos

3.3.3.1 Técnicas

Encuesta. – Permite la recopilación de información sobre los esquemas de alimentación de los cuidadores de los niños 1-10 años con PCI y de esta forma poder cuantificarla, esta técnica mediante un banco de preguntas especificar datos sobre el conocimiento sobre alimentos de los cuidadores.

Grupo Focal. – Se programó y conformó un grupo focal de 10 participantes con las mismas características especificadas en los criterios de inclusión para la recolección de datos, donde los sujetos de investigación lograron establecer un acercamiento y emitirán opiniones sobre las preguntas realizadas formando así categorías que serán traducidas e interpretadas en núcleos del sentido que darán soporte cualitativos a los

resultados obtenidos en la investigación cuantitativa mediante las otras técnicas de recolección de datos.

Prueba piloto. – Se escogió 10 cuidadores y niños 1-10 años con PCI, para demostrar que las preguntas son claras y pueden ser contestadas sin problemas.

3.3.3.2 Instrumento

Cuestionario. – Instrumento elaborado específicamente para esta investigación con un conjunto de 15 preguntas que sirvió para recolectar información sobre las impresiones de los encuestados en base al conocimiento de los alimentos y signos y síntomas que tienen los niños de 1-10 años con PCI.

Este instrumento fue sometido a validación de 2 PhD especialista en el área de salud ocupacional y 3 especialista del área de nutrición, obteniendo la aprobación, haciendo modificaciones al poco tiempo por el replanteamiento de los objetivos del tema.

Historia Clínica Nutricional Pediátrica. – Instrumento que es específicamente para niños en donde se toma en cuenta los parámetros nutricionales, de los niños 1-10 años con PCI.

3.3.4 Consideraciones Éticas

El presente trabajo de investigación se redactó una solicitud de permiso a la persona encargada del establecimiento a realizar el trabajo de investigación. También se realizó un documento de consentimiento informado que se lo consiguió del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

3.4 EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó mediante el paquete de Microsoft Office 2019, específicamente en Excel. En la investigación cualitativa el procesamiento de la información se realizó mediante una matriz de Excel donde se dispuso las columnas en orden.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En la presentación de los resultados se abordó cada una de las variables estudiadas en base a los instrumentos utilizados de la siguiente manera:

La aplicación de la encuesta del esquema de alimentación dirigida a los cuidadores e historia clínica nutricional.

Tabla 1. ¿Si su niño desayuna en la mañana en que horario lo hace?

ALTERNATIVAS	RESULTADOS	%
6:00-7:00	7	70
7:00-8:00	2	20
8:00-9:00	1	10
NO DESAYUNA	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 1. ¿Si su niño desayuna en la mañana en que horario lo hace?



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: Se puede evidenciar que el 70% de los cuidadores de estos niños le dan el desayuno entre las 6:00- 7:00 de la mañana, que es una hora adecuada para su desayuno, de 7:00-8:00 comprende el 20% y en el horario de 8:00-9:00 percibe el 10%.

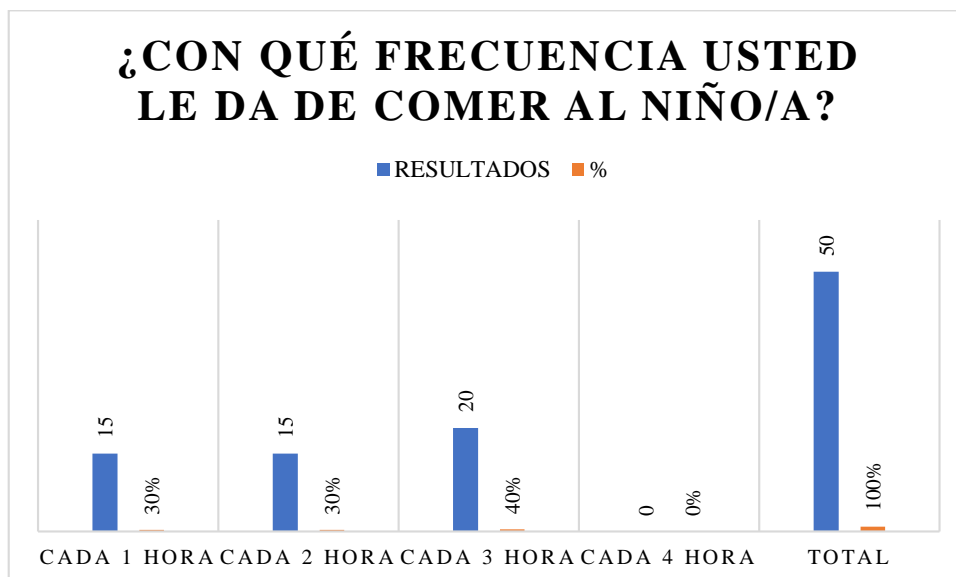
Tabla 2. ¿Con qué frecuencia usted le da de comer al niño/a?

ALTERNATIVAS	RESULTADOS	%
CADA 1 HORA	15	30%
CADA 2 HORA	15	30%
CADA 3 HORA	20	40%
CADA 4 HORA	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 2. ¿Con qué frecuencia usted le da de comer al niño/a?



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: Se evidencia que los cuidadores en relación con la frecuencia en que alimenta son de cada 3 horas con el 40%, lo que significa que hacen las comidas normales, y no cada 2 horas solamente tiene 30%, así como cada 1 hora que es 30%.

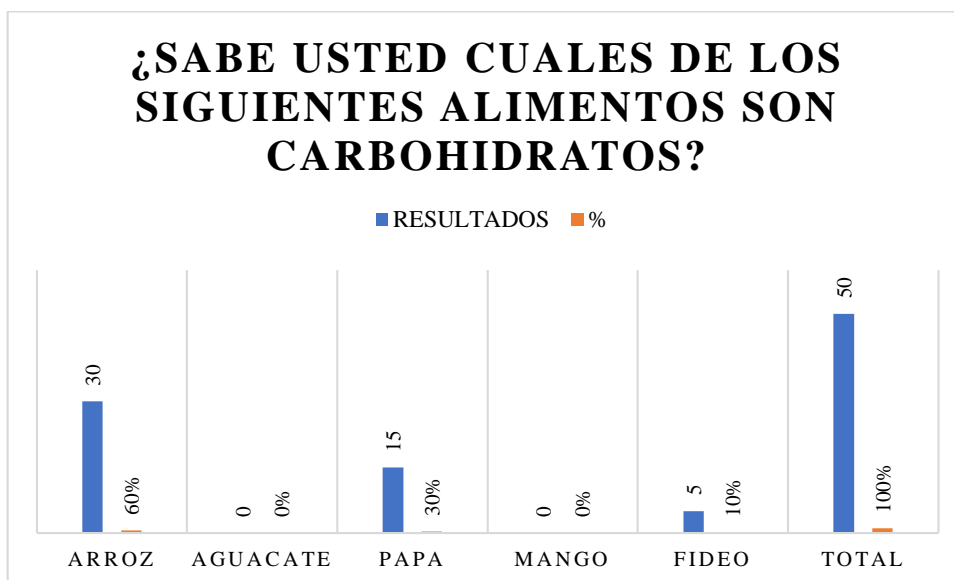
Tabla 3. ¿Sabe usted cuáles de los siguientes alimentos son carbohidratos?

ALTERNATIVAS	RESULTADOS	%
ARROZ	30	60%
AGUACATE	0	0%
PAPA	15	30%
MANGO	0	0%
FIDEO	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 3. ¿Sabe usted cuáles de los siguientes alimentos son carbohidratos?



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: Se evidenció tienen un vasto conocimiento de cuáles son los alimentos en carbohidrato de carbono (CHO), destacando al arroz como CHO predilecto para la alimentación de los niños con 60%, frente al 30% de la papa y 10% del fideo.

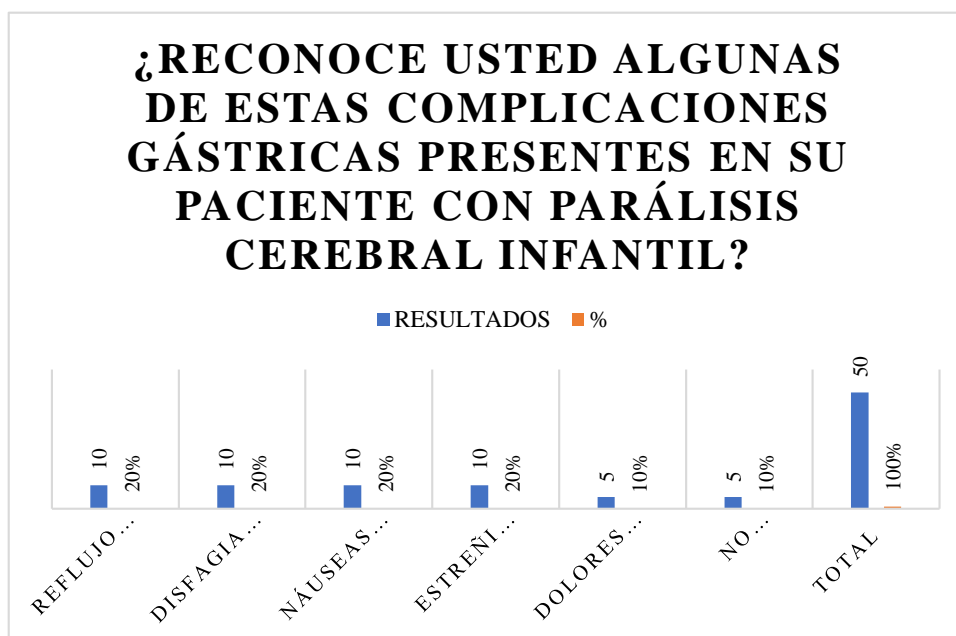
Tabla 4. ¿Reconoce usted algunas de estas complicaciones gástricas presentes en su paciente con parálisis cerebral infantil?

ALTERNATIVAS	RESULTADOS	%
REFLUJO GASTROESOFAGICO	10	20%
DISFAGIA (DIFICULTAD PARA TRAGAR)	10	20%
NÁUSEAS/VOMITOS POST ALIMENTO	10	20%
ESTREÑIMIENTO	10	20%
DOLORES MUSCULARES	5	10%
NO PRESENTA COMPLICACIONES GASTRICAS	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 4. ¿Reconoce usted algunas de estas complicaciones gástricas presentes en su paciente con parálisis cerebral infantil?



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: Se evidenció que el 20% a reconocido al estreñimiento como complicaciones gástricas al igual que las náuseas/vomito con 10% igual.

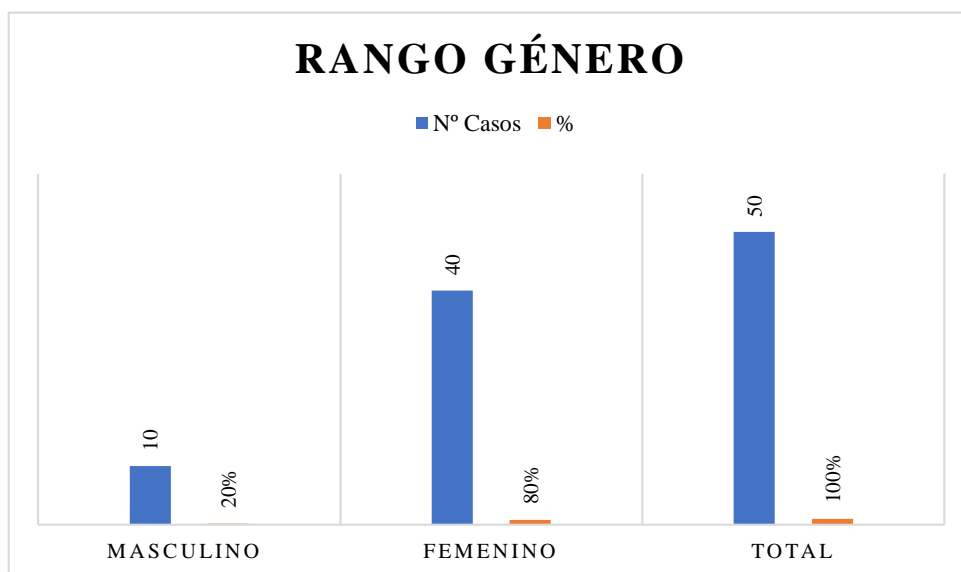
Tabla 5. Población dividida por rango de género

GÉNERO	N.º CASOS	%
MASCULINO	10	20%
FEMENINO	40	80%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 5. Población dividida por rango de género



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: De acuerdo con la historia clínica nutricional pediátrica en P.C.I, el 80% de los niños que asisten son de género femenino, 20% restante son de género masculino.

Tabla 6. Población por rango de percentil P/E actual

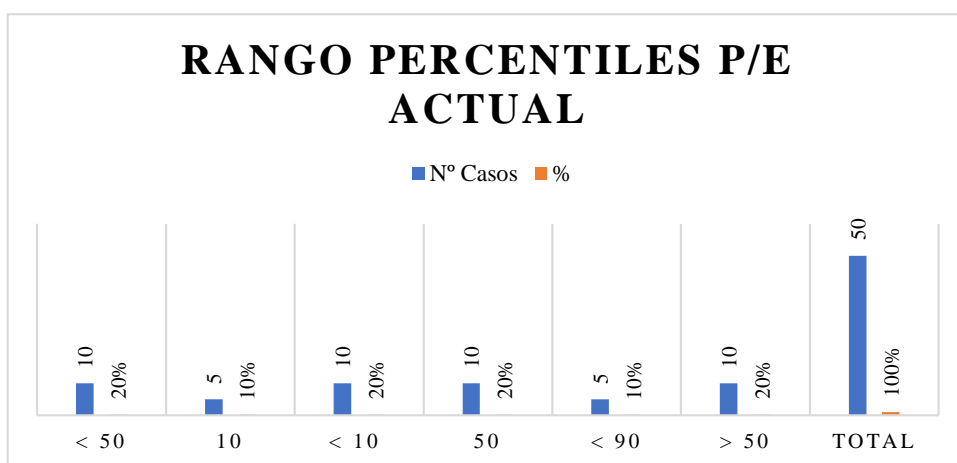
PERCENTILES P/E ACTUAL	N.º CASOS	%
< 50	10	20%
10	5	10%
< 10	10	20%

50	10	20%
< 90	5	10%
> 50	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 6. Población por rango de percentil P/E actual



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: Los datos obtenidos reveló que la mayor parte de los niños de 1-10 años están en percentil de Peso/Edad < 50 lo que significa desnutrición con 20%, también este rango se encuentra los percentiles 50 (media que es normal), y > 50 que es 1 desviación estándar.

Tabla 7. Población por rango de percentil P/T actual

PERCENTILES P/T ACTUAL	N.º CASOS	%
< 50	5	10%
< 10	30	60%
> 90	5	10%
90	5	10%
> 50	5	10%

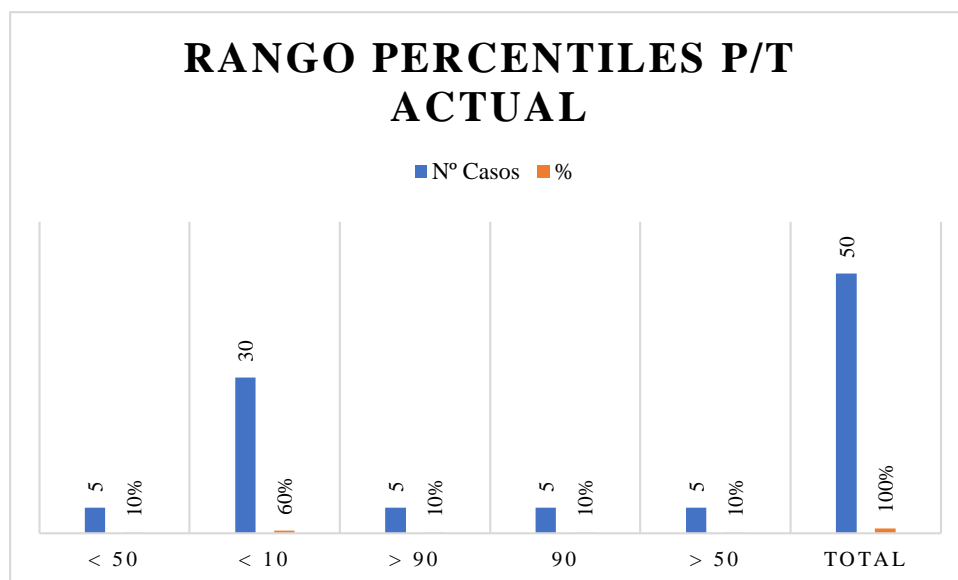
TOTAL

50 100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 7. Población por rango de percentil P/T actual



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: Estos datos indicaron que para su Peso/talla la mayoría de los niños 1-10 años se encontraron mayor del percentil <10 (-3 desviación estándar), están en desnutrición en relación con su peso/talla con 60% frente a los 10% de los demás percentiles.

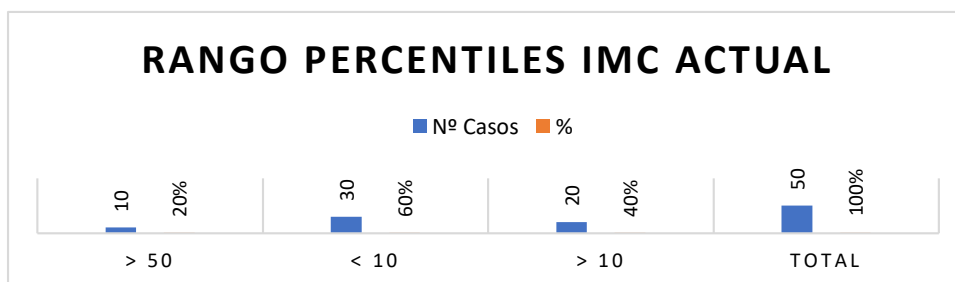
Tabla 8. Población por rango de percentil IMC actual

PERCENTILES IMC ACTUAL	N.º CASOS	%
> 50	10	20%
< 10	30	60%
> 10	20	40%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 8. Población por rango de percentil IMC actual



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: Estos datos indicaron que para su IMC la mayoría de los niños 1-10 años se encontraron menor del percentil 10 (-3 desviación estándar), están en desnutrición severa.

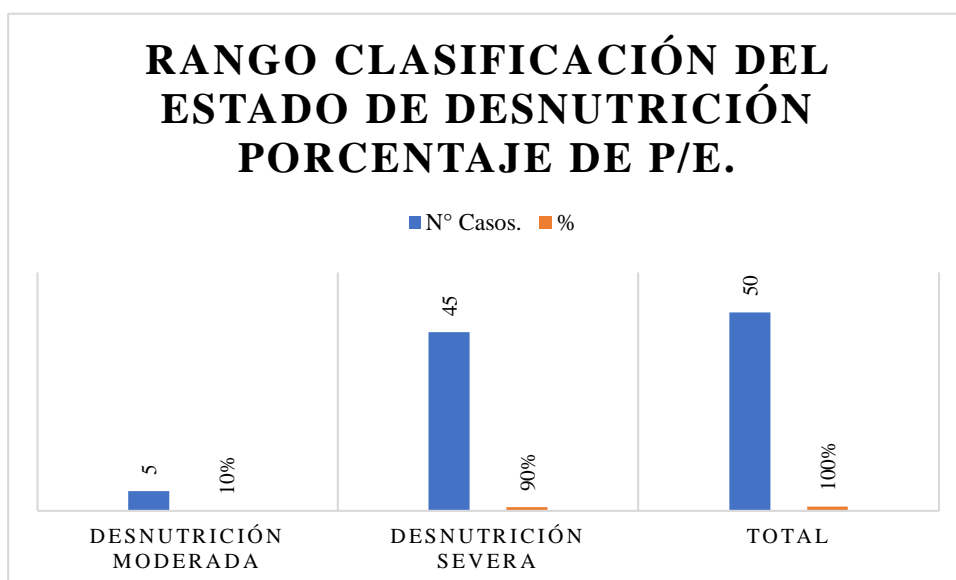
Tabla 9. Clasificación del Estado de Desnutrición Porcentaje de P/E

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE DESNUTRICIÓN PORCENTAJE DE P/E.	N.º CASOS.	%
DESNUTRICIÓN MODERADA	5	10%
DESNUTRICIÓN SEVERA	45	90%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 9. Clasificación del Estado de Desnutrición Porcentaje de P/E



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: De acuerdo con la clasificación de desnutrición según el porcentaje P/E, hace referencia que el 10% de los pacientes tienen una desnutrición moderada y el 90 % de ellos tienen una desnutrición severa.

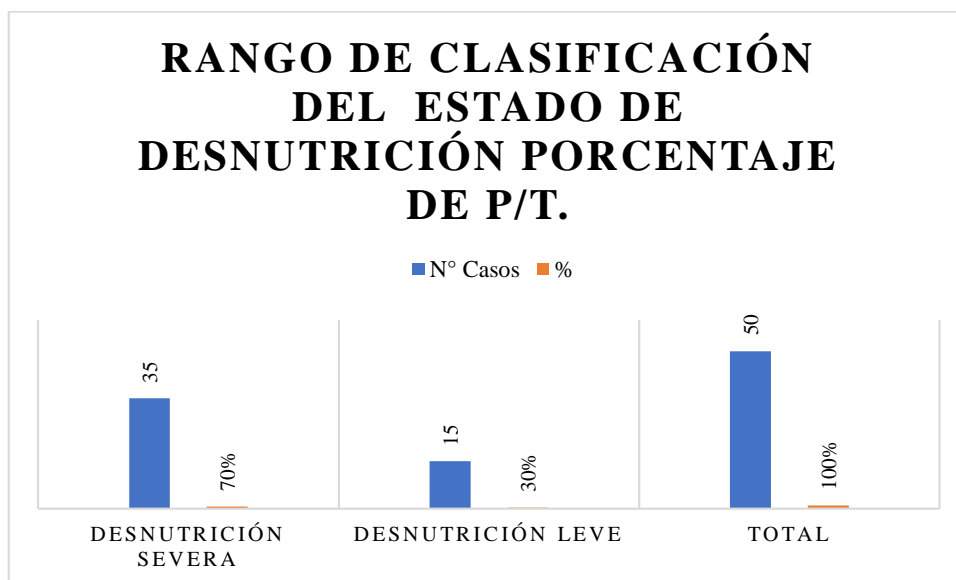
Tabla 10. Clasificación del Estado de Desnutrición Porcentaje de P/T

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE DESNUTRICIÓN PORCENTAJE DE P/T.	DE N.º CASOS	%
DESNUTRICIÓN SEVERA	35	70%
DESNUTRICIÓN LEVE	15	30%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Gráfico 10. Clasificación del Estado de Desnutrición Porcentaje de P/T



Fuente: Encuesta de Alimentación a los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Elaborado por: Lcda. Yaira Doylet Rivas, MsC.

Análisis: De acuerdo con la clasificación de desnutrición según el porcentaje P/T, hace referencia que el 80% de los pacientes presentan una desnutrición severa y el 20 % de ellos tienen una desnutrición leve.

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

Según las encuestas realizadas a los cuidadores de los niños 1-10 años con PCI que asisten al Centro Integral de Equitación de la Prefectura del Guayas, se logró evidenciar que en la mayoría de los cuidadores no tienen buen conocimiento sobre los grupos de alimentos y que alimentos los constituye (véase en el gráfico 7), tampoco saben cuáles son los signos y síntomas asociados a las sub-consecuencia de la PCI a nivel gastro intestinal. Los niños 1-10 años con PCI presentan un bajo peso/edad, así mismo como talla/edad, por los estragos que causa las diferentes sub-consecuencia anteriormente mencionadas en capítulos anteriores.

Por lo tanto, se puede indicar que no tienen un conocimiento adecuado los cuidadores sobre un esquema de alimentación que sea equilibrado, suficiente, balanceado,

entre otros, como que los niños no están en sus percentiles óptimos para peso/edad y talla/edad. Es necesario impartir esta guía a los cuidadores.

4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis General:

❖ El esquema de alimentación actual de los cuidadores a niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil influirá en su estado nutricional.

❖ **Verificación:** Se rectifica esta hipótesis ya que en la encuesta realizada de la alimentación de los niños dio a conocer que si influye en el Estado nutricional de ellos.

Hipótesis Particulares:

❖ Los grupos alimenticios, sus raciones y la frecuencia que ofrecen los cuidadores a los niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil afectará a su Estado Nutricional.

❖ **Verificación:** Efectivamente los cuidadores si tienen en cuenta los grupos de alimentos y la frecuencia del consumo de alimento, no tanto en las raciones, por lo tanto, afecta un poco en el estado nutricional.

❖ El conocimiento de los cuidadores sobre las complicaciones que presenta este grupo de pacientes en el momento de alimentarse por efecto a su enfermedad ejercerá en su estado nutricional.

❖ **Verificación:** Evidentemente los cuidadores tienen conocimientos sobre los signos y síntomas de las sub-consecuencia a nivel gastro intestinal, no saben que la son causada por la PCI que los niños presentan y si ejerce en el estado nutricional de ellos.

❖ La parálisis cerebral infantil influirá en el estado nutricional.

❖ **Verificación:** Eventualmente la parálisis cerebral infantil si influye en el estado nutricional.

❖ Las acciones educativas de carácter nutricional y alcance intercultural mejorarán su estado nutricional.

❖ **Verificación:** Si mejoraran las acciones educativas de carácter nutricional en el estado nutricional de estos niños.

CONCLUSIONES

El análisis de la información presentada en cada uno de los capítulos de este proyecto me permite remitir las siguientes conclusiones:

- El esquema de alimentación de los cuidadores de los niños 1-10 años con PCI, tiene como base alimentos que contienen más grasas y carbohidratos, media en proteínas y pobre en fibra, esto se debe al escaso conocimiento de los cuidadores en que alimentos se pueden encontrar, está refleja el objetivo general de mi investigación.

- La frecuencia, el horario, y raciones, ellos tienen el horario y la frecuencia de las comidas muy bien definidas en los niños, ellos tienden a fallar un poco en las raciones que deben consumir, se refleja el primer objetivo específico.

- Los conocimientos de los cuidadores sobre las enfermedades gastrointestinales causadas por la PCI que padecen estos niños saben los signos y síntomas que tienen ellos, pero no conocen las medidas y cuidados para prevenir las complicaciones causadas por mal manejo alimentario con esto respondemos el segundo objetivo específico.

- Con respecto a la evaluación del estado nutricional, ellos tienen una desnutrición de severa a grave, por las diferentes sub- patologías que se dan a nivel gastrointestinal causada por parálisis cerebral infantil, refleja el tercer objetivo específico.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se plantean para el proyecto presente se especifican a continuación:

- Es indispensable que se mejoré el esquema de alimentación de los cuidadores de los niños 1-10 años que asisten al centro integral de Equinoterapia de la Prefectura del Guayas, con la socialización de una guía de alimentación saludable para cada una de sus patologías.

- Se reparará que ellos conozcan más sobre las raciones que deben consumir los niños de quienes cuidan y eso va a complementar de a poco suban de peso y tener un óptimo estado nutricional.
- Beneficiar a los cuidadores adquiriendo un mayor conocimiento con lo que son cada una de las sub-consecuencia causadas por PCI en el nivel gastrointestinal, así como que alimentos le debe de dar a ellos si presentan el niño algunas de ellas.
- Se recomienda hacer los padres de familia visitar al nutricionista 1 vez al mes para que le lleve un buen control del peso y un plan de alimentación adecuado para ellos.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Diseño de acciones educativas de carácter nutricional y alcance intercultural (Guía Nutricional para cuidadores con niños 1-10 años Parálisis Cerebral Infantil).

5.2 JUSTIFICACIÓN

Las acciones educativas de carácter nutricional y alcance intercultural están destinadas a orientar mejor los conocimientos de los cuidadores, para que los niños tengan una adecuada, satisfecha, balanceada y suficiente alimentación de acuerdo con sus patologías producidas por la parálisis cerebral infantil, también indicando recomendaciones de posturas adecuadas para su alimentación. Los resultados que se obtuvieron en el capítulo anterior nos indica que es necesario implementar acciones educativas a los cuidadores de estos niños para mejorar su calidad de vida.

5.3 FUNDAMENTACIÓN

5.3.1 Nutrición en pacientes con parálisis cerebral infantil.

Estos niños con este tipo de discapacidad neurológica tienen un alto riesgo de presentar problemas nutricionales. La desnutrición o malnutrición se presenta en estos pacientes entre el 40-90%. Son múltiples las causas de su desnutrición los que se encuentra la ingesta insuficiente (Trastorno de la deglución, reflujo gastroesofágico), el incremento de la pérdida (vómitos), el incremento de las necesidades calóricas (convulsiones e hipertensión) Figura 2. (Jiménez, Martín, & García, 2010).

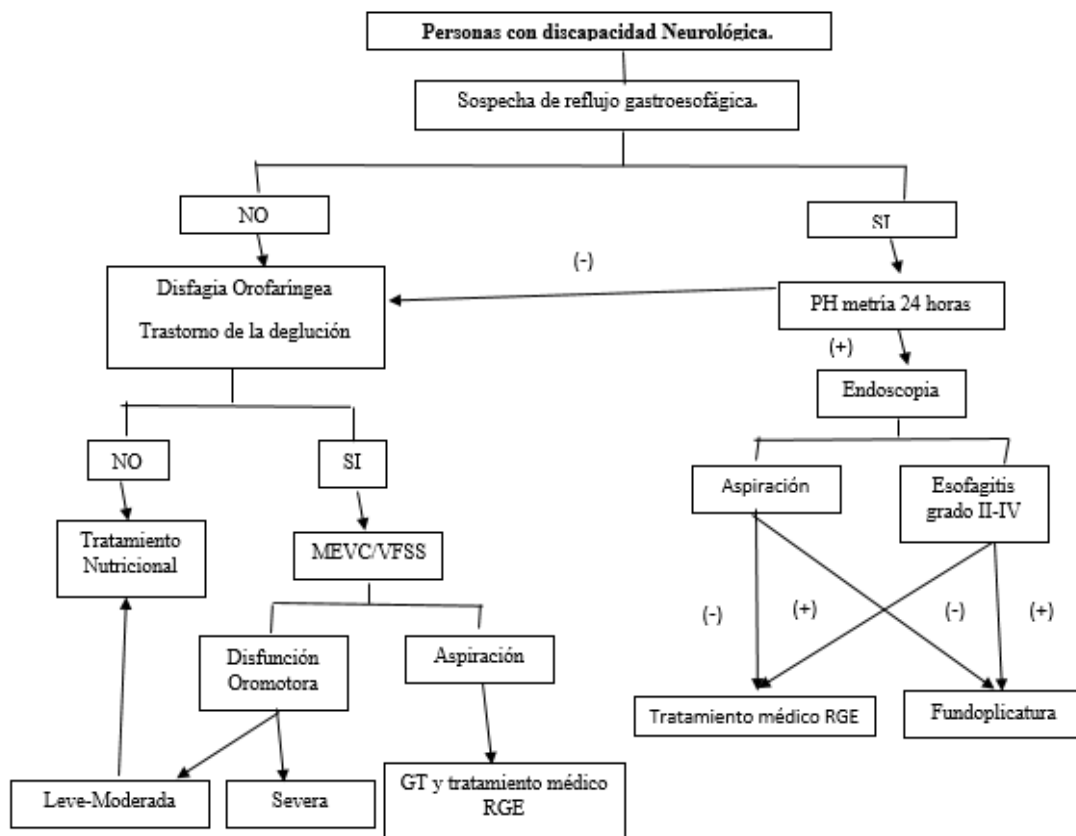


Figura 2. Algoritmo diagnóstico y terapéutico de los pacientes pediátricos discapacitados con trastornos nutricionales y alimentación. GT: Gastrostomía; MEVC: Test de volumen- viscosidad; RGE: Reflujo Gastroesofágico; VFSS: Video fluoroscopia. Autor: (Jiménez, Martín, & García, 2010).

5.3.1.1 DÉFICIT MICRONUTRIENTES

- Existe una baja necesidad calórica en estos pacientes puede condicionar baja ingesta de micronutrientes.
- Deficiencias de selenio, zinc, calcio, niacina AGE, vitamina C, D y E (15%-50%) (Rubio & Bolea, 2015).
- Según, E. Hillesund y col (2007), reportan bajos niveles de hierro, magnesio y vitamina D incluso en niños con suplementación.
- Se tiene en consideración la suplementación de micronutrientes si coexiste importante restricción calórica (Rubio & Bolea, 2015).

5.3.1.2 DETERIORO NEUROLÓGICO

- La desnutrición induce un daño adicional en el Sistema Nervioso Central.

- Daña a la división celular, mielinización y sinaptogénesis. El período de vulnerabilidad depende del grado de división celular.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo General

Implementar Guía de Alimentación saludable para cuidadores de niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil.

5.4.2 Objetivos Específicos

Capacitar a los cuidadores de los niños de 1-10 años con parálisis cerebral infantil del centro integral de equitación de la prefectura del Guayas.

Socializar la guía nutricional a los cuidadores de los niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil del centro integral de equitación de la prefectura del Guayas.

5.5 UBICACIÓN

Lugar: Centro Integral Equinoterapia de la Prefectura del Guayas. Dirección: Av. Samborondón.

Fecha: La aplicación de la guía es permanente y será evaluado cada dos meses.

Descripción: La guía de alimentación saludable para los cuidadores de los niños del centro integral de equitación de la prefectura del Guayas, está diseñada de manera sencilla y fácil de comprender a los cuidadores de los niños 1-10 años, se los evaluará cada dos meses.

5.6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

El director del centro integral de equitación de la prefectura del Guayas está presto a colaborar con organizar la coordinación con los cuidadores de los niños 1-10 años que asisten a este centro, aplicación de un cuestionario en forma de entrevista e historia clínica nutricional pediátricas, para hacer el diagnóstico nutricional pertinente que garantice con los objetivos planteados.

Los datos obtenidos en la investigación se evidenciaron

La propuesta consiste en dar una herramienta de conocimiento a los cuidadores para mejorar la calidad de alimentación y vida en los niños de 1-10 años de centro integral de la prefectura del Guayas.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

5.7.1 Actividades

- Buscar información de la guía de alimentación saludable para niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil.
- Elaboración de la guía de alimentación saludable para niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil.
- Socializar la guía de alimentación saludable para niños 1-10 años con parálisis cerebral infantil, a los cuidadores.

5.7.2 Recursos, Análisis Financiero

5.7.2.1 Recursos

5.7.2.1.1 Recursos Humanos

- Lcda. Nutricionista.
- Especialista en sistema.

5.7.2.1.2 Recursos Materiales

- Historia clínica Nutricional.
- Balanza.
- Cinta Métrica.
- Plicómetro.
- Cinta de Perímetro Cefálico.
- Carpetas.
- Pluma.
- Resma de hojas blancas.
- Computadora.
- Proyector.

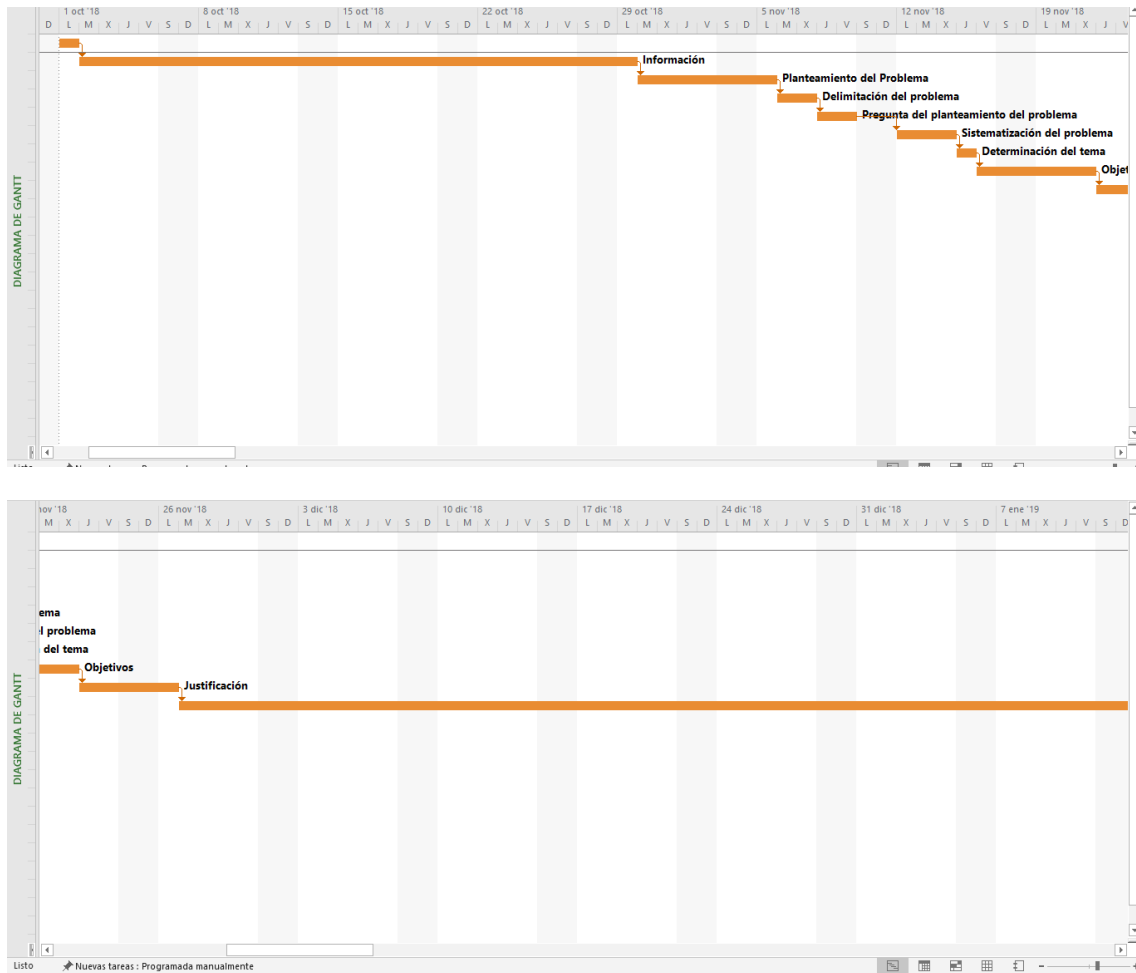
5.7.2.2 Análisis Financiero

Descripción	Cantidad	Honorarios	Valor Total
Lcda. Nutricionista	1	100.00	100.00
Materiales			
Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Balanza	1	10.00	10.00
Cinta métrica	2	0.25	0.50
Plicómetro	2	20.00	40.00
Cinta de perímetro cefálico	1	10.00	10.00
Resmas de hojas blanca	1	3.50	3.50
Pluma	50	0.15	7.50
Carpeta	50	0.20	10.00
Material didáctico para la capacitación	50	0.70	35.00
TOTAL			166.50

5.7.3 IMPACTO

La propuesta del presente trabajo implica brindar una educación básica a los cuidadores de los niños de 1-10 años que asisten al centro de integral de Equinoterapia de la prefectura del Guayas, sobre la alimentación de ellos para sus diferentes tipos de patologías gastrointestinales provocadas por la parálisis cerebral. Los niños podrán comer más sano, adecuadamente y mejorar poco su peso.

5.7.4 CRONOGRAMA



5.7.5 LINEAMIENTO PARA EVALUAR LA PROPUESTA

Se establece un mecanismo de evaluación que va a consistir en realizar cada mes valoraciones antropométricas, debido a las patologías consecuentes de la parálisis cerebral tener fichas de seguimiento, con informes de seguimiento en cada uno de estos meses. Todos estos lineamientos van a ser ejecutados por 12 meses.

Bibliografía

1. A. Fernández-Jaén, B. C.-P. (2002). La parálisis cerebral infantil desde la atención primaria. INSALUD, 1- 11.
2. Aníbal Del Águila, P. Á. (2004). Características nutricionales de niños con parálisis cerebral. ARIE Villa El Salvador, 2004. Anales de la Facultad de Medicina, 108-119.

3. Ayrala, A. L., & Brienza, M. A. (2014). Valoración nutricional de niños y adolescentes con parálisis cerebral.
4. Bautista Casasnovas, A., Castillejo de Villasante, G., Cenarro Guerrero, M., & Espín Jaime, B. (2015). Guía de Estreñimiento en el niño. Madrid, España.
5. Bethesda, R. P. (2017). Medline Plus. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000265.htm>
6. Cabezas Timbela, A. B. (Octubre de 2017). PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE. Ambato, Tungurahua, Ecuador.
7. Cañada, S. F. (2015). NUTRICIÓN EN EL NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES: ENFERMEDAD NEUROLÓGICA. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada., 1- 44.
8. Cherrez, A. E., & Ortega, C. S. (Agosto de 2018). APLICACIÓN DE LA ESCALA DE WOOD-DOWNES (MODIFICADA POR FERRÉS) EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ASOCIADAS A PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA EN LOS HOSPITALES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA Y VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA, FEBRERO - JULIO 2018. 30, 31. Cuenca, Azuay, Ecuador: Universidad de Cuenca.
9. Cristina Calzada Vázquez Vela, D. C. (Enero- Diciembre de 2014). Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. Revista Mexicana de ORTOPEDIA PEDIÁTRICA, 16(1), 6 -10.
10. Fernández-Jeán, A. (2002). Manejo clínico del paciente pediátrico: avances en patologías específicas. Agencia Gráfica, 1-2.
11. FRANCO, M. A., & ARROYO, N. D. (2016). Estudio de asociación de factores genéticos relacionados con PC (Parálisis Cerebral) en paciente en pacientes sin factores de riesgo neurológico. Bogotá, Colombia.
12. García-Contreras, A. A., Vásquez-Garibay, E. M., & Romero-Velarde, E. (31 de Enero de 2015). GASTO ENERGÉTICO EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y DESNUTRICIÓN MODERADA Y GRAVE DURANTE LA RECUPERACIÓN NUTRICIA. Nutrición Hospitalaria, 2062-2069.

13. Graterol, R. (Marzo de 2011). Wordpress. Obtenido de Wordpress: <https://jofillop.files.wordpress.com/2011/03/metodos-de-investigacion.pdf>
14. Jiménez, D. G., Martín, J. D., & García, C. B. (16 de Septiembre de 2010). Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral. Asociación Española de Pediatría., 1-6.
15. JOSÉ LUIS BACCO R, F. A. (2014). TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y DEGLUCIÓN EN NIÑOS Y JÓVENES. Revista Médica, 1-13.
16. Judith R. Vila, I. O. (24 de Agosto de 2016). CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL. Rev Perù Med Exp Salud Pública, 719-724.
17. L, D. C. (2010). Encelopatía Crónica no evolutiva. Procedimiento, Universidad Aquino de Bolivia, Facultad de Ciencias de la Salud, La Paz.
18. Laura Godoy Sánchez, J. F. (2019). Evaluación del estado nutricional en niños con parálisis cerebral infantil. Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu, 2-7.
19. Luciano, S., Rodríguez Marco, M. P., & Valfré, M. A. (2017). Estado nutricional, ingesta alimentaria y factores vinculados a la alimentación de los niños, niñas y adolescentes con Parálisis Cerebral de Córdoba. Córdoba, Argentina.
20. Madrigal, A. (2010). LA PARÁLISIS CEREBRAL. 80. Andalucía, España.
21. Massuh, S. (2018). Historia Clínica Nutricional Pediátrica. (U. E.-E. Minembwe, Ed.)
22. Mearin, F., & Balboa, A. (2016). Estreñimiento. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos, 1.
23. Muñoz, A. M. (2004). La parálisis cerebral. Observatorio de la Discapacidad, 1-80.
24. NIETO, J. E., & YANACALLO, M. Á. (Agosto de 2015). FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIHABILIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA DE LA PROVINCIA DE NAPO EN LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL AÑO, 2014. 1-114. Quito, Pichincha, Ecuador.
25. Oller, I. L. (2013). Parálisis Cerebral y alimentación. 1- 41. Universidad de Almería.
26. Pediatric, N. (2015). Nutrición y desarrollo en niños con deterioro neurológico. Evidencia clínica en Parálisis Cerebral. 1- 24.

27. Pedreira, P. A., Pulido, I., & Andrés, D. G. (2015). Seguimiento en Atención Primaria del niño con parálisis cerebral. *Pediatría Integral*, 1 - 10.
28. Peña, D. D., & Duerto, D. O. (Junio de 2014). Estado nutricional en niños con parálisis cerebral infantil. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 39(6), 1-5.
29. R, J. L., & C, F. A. (30 de Junio de 2016). Trastornos de la alimentación y deglución en niños con parálisis cerebral: condiciones clínicas acompañantes. *Rehabilitación Integral*, 25- 32.
30. Rojas, C. J., & Bezón, C. G. (2016). Disfagia. En C. G. Bezón, *Tratado de Geriatría para residentes* (págs. 549-553).
31. Rubio, S. C., & Bolea, M. J. (30 de Abril de 2015). CÓMO AFECTA LA DISFAGIA A PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL. *Logopedia* (073), 1 - 9.
32. Sampieri, D. R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
33. Sebastianelli, L. A. (Diciembre de 2010). Postura y Alimentación caso único de niña con parálisis cerebral infantil.
34. Segovia, E. I. (Mayo de 2017). Tratamiento nutricional para pacientes pediátricos con parálisis cerebral, 1-144. Mendoza, Argentina: Universidad Juan Agustín Maza.
35. Velarde, L. M. (2015). TÉCNICAS DE REEDUCACION POSTURAL EN EL TRATAMIENTO DE. *Revista Boliviana*, 21- 30.

ANEXOS

a) Autorización del lugar de estudio de la investigación.



b) Análisis de la validación del instrumento

RESULTADOS DE VALIDACIÓN					
VALIDACIÓN DE ENCUESTA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
ESPECIALISTA 1	90	90	90	90	90
ESPECIALISTA 2	100	100	100	100	100
ESPECIALISTA 3	100	100	100	100	100
PhD 1	90	90	90	90	90
PhD 2	100	100	100	100	100
TOTAL POR OBJETIVOS	480	480	480	480	480
TOTAL	96	96	96	96	96

PERTINENCIA	96
-------------	----

VALIDEZ	96
CONFIABILIDAD	96

c) Instrumento.



Universidad Estatal de Milagro

Unidad de Educación continua y Post grado

Maestría en Salud Pública

Encuesta de Alimentación de los cuidadores a niños con Parálisis Cerebral Infantil

El propósito de esta encuesta es determinar el conocimiento sobre la alimentación que reciben los niños con Parálisis Cerebral Infantil por parte de sus cuidadores.

Esta encuesta se realizará previa la autorización de los cuidadores de los menores de edad mediante la firma de un consentimiento informado, las respuestas conservaran privacidad protegiendo el nombre de la persona entrevistada

Historia Clínica:

Fecha:

MARQUE LA O LAS RESPUESTAS

1.- ¿CUÁNDO SE ENTERÓ USTED QUE SU HIJO/A TIENE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL?

a) 6- 12 meses de edad

b) 12- 24 meses de edad

c) Mas 24 meses de edad

2.- ¿SI SU NIÑO DESAYUNA EN LA MAÑANA EN QUE HORARIO LO HACE?

a) 6:00-7:00

b) 7:00-8:00

c) 8:00-9:00

d) NO DESAYUNA

3.- ¿SI SU NIÑO COME LA COLACIÓN DE MEDIA MAÑANA EN QUE HORARIO LO HACE?

a) 10:00- 11:00

b) 10:30-11:30

c) NO COME LA COLACIÓN DE MEDIA MAÑANA

4.- ¿SI SU NIÑO ALMUERZA EN QUE HORARIO LO HACE?

a) 12:00-13:00

b) 13:00-14:00

c) NO ALMUERZA

5.- ¿SI SU NIÑO COME LA COLACIÓN DE MEDIA TARDE EN QUE HORARIO LO HACE?

a) 15:00-16:00

b) 16:00-17:00

c) NO COME COLACIÓN DE MEDIA TARDE

6.- ¿SI SU NIÑO MERIENDA EN QUE HORARIO LO HACE?

a) 18:00-19:00

b) 19:00- 20:00

c) NO MERIENDA

7.- SI SU NIÑO CENA QUE HORARIO LO HACE?

a) 20:00- 21:00

b) 21:00-22:00

c) NO CENA

8.- ¿RECONOCE USTED ALGUNAS DE ESTAS COMPLICACIONES GASTRICAS PRESENTES EN SU PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL?

a) REFLUJO GASTROESOFAGICO

b) DISFAGIA (DIFICULTAD PARA TRAGAR)

c) NÁUSEAS /VOMITOS POST ALIMENTO

d) ESTREÑIMIENTO

e) DOLORES MUSCULARES

f) NO PRESENTA COMPLICACIONES GASTRICAS

9.- ¿SABE USTED CUALES DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS SON CARBOHIDRATOS?

a) ARROZ

b) AGUCATE

c) PAPA

d) MANGO

e) FIDEO

10.- ¿SABE USTED CUALES DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS SON PROTEÍNAS?

a) ARROZ

b) POLLO

c) AGUCATE

d) CARNE

d) MANGO

e) PESCADO

11.- ¿SU NIÑO TOLERA ESTAS FRUTAS CUANDO LA COME?

- a) MANZANA
- b) PERA
- c) GUINEO
- d) UVAS
- e) NARANJA

12.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA AL DÍA DEFECA EL NIÑO/A?

- a) 1 VEZ AL DÍA
- b) 2 VECES AL DÍA
- c) 3 VECES AL DÍA
- d) PASANDO 1 DÍA

13.- ¿PERCIBE USTED SI SU NIÑO/A TIENE ARDOR EN LA GARGANTA CADA VEZ QUE COME?

- a) SI
- b) NO

14.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED LE DA DE COMER AL NIÑO/A?

- a) Cada 1 hora
- b) Cada 2 hora
- c) Cada 3 hora
- d) Cada 4 hora

15.- ¿CUÁNTAS VECES VOMITA EL NIÑO/A AL DÍA?

- a) CADA VEZ QUE TERMINA SU COMIDA
- b) 1 VEZ AL DÍA
- c) 2 VECES AL DÍA
- d) MAS 3 VECES AL DÍA
- e) NUNCA

d) Consentimiento Informado del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. U. O.	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARQUE	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
FECHA	HORA	TIPO DE ATENCIÓN			SALA	CAMA
		AMBULATORIA		HOSPITALIZACIÓN		
NOMBRE DEL DIAGNOSTICO (CODIFICACION CIE-10):						
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO:						
¿EN QUE CONSISTE?						
¿CÓMO SE REALIZA?						
GRAFICO DE LA INTERVENCIÓN (INCLUYA UN GRAFICO PREVIAMENTE SELECCIONADO QUE FACILITE LA COMPRESIÓN AL PACIENTE)						
DURACION ESTIMADA:						
BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN:						
RIESGOS FRECUENTES (POCOS GRAVES):						
RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):						
DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (EDAD, ESTADO DE SALUD, CREENCIAS, VALORES, ETC):						
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:						
DESCRIPCION AL MANEJO POSTERIOR AL TRATAMIENTO:						
CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:						

ONEAS - HCU-form.ES4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO FECHA: _____ HORA: _____

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consentiré que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre del profesional que realiza el procedimiento Cédula de ciudadanía Firma, sello del profesional de la salud que realizará el procedimiento

SI EL PACIENTE NO ESTÁ EN CAPACIDAD PARA FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante legal

Parentesco: _____

NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO FECHA: _____

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre del profesional que realiza el procedimiento Cédula de ciudadanía Firma, sello del profesional de la salud que realizará el procedimiento

SI EL PACIENTE NO ESTÁ EN CAPACIDAD PARA FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante legal

Parentesco: _____

SI EL PACIENTE NO ACEPTA EL PROCEDIMIENTO SUGERIDO POR EL PROFESIONAL Y SE NEGGA A FIRMAR ESTE ACÓPITE:

Nombre completo del testigo Cédula de ciudadanía Firma del testigo

REVOGATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha: _____ y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: _____

Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella, según el caso

SI EL PACIENTE NO ESTÁ EN CAPACIDAD PARA FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante legal

e) Historia Clínica Nutricional Pediátrica.

HISTORIA NUTRICIONAL PEDIÁTRICA					
					FECHA
INSTITUCION					
HISTORIA CLINICA					
INFORMACION GENERAL					
NOMBRE Y APELLIDOS					
FECHA NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO		
EDAD		GENERO			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE O MADRE					
TELEFONO		DIRECCION		MAIL	
OCUPACION DEL PADRE O MADRE					
MOTIVO DE CONSULTA:					
ANTECEDENTES NEONATALES Y PATOLOGICOS:					
edad gestacional		tipo de parto:			
peso al nacer		talla al nacer			
complicaciones neonatales		Alergias		SI	NO
cuál?		cuál?			
Enfermedades		Hospitalizaciones		SI	NO
SI	NO	# hospitalización		duración	
cuál?		motivo hospitalización			
Vacunación		Complete		incompleta	
ANTECEDENTES FAMILIARES:					
Alergias	obesidad	Diabetes	HTA	ECV	CA
APETITO			HÁBITO INTESTINAL		
SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
DENTICIÓN			MASTICCIÓN		

talla/edad					
Peso/talla					
IMC/edad					

DIAGNOSTICO MÉDICO:					
MEDICAMENTOS:					
INFORMACION SOCIO ECONOMICA DE LA FAMILIA Y PACIENTE:					
Con quien vive		Cuidador			
Hermanos		lugar ocupa el niño			
Ocupación padre		ocupación madre			
Ingresos familiares		Ingresos destino alimentación			
tipo de vivienda:		Arriendo		propia	
COMPLEMENTO NUTRICIONALES					
tiempo		SI	NO	cuál?	
		Preparación			
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES					
tiempo		SI	NO	cuál?	
		Preparación			
VALORACION ANTROPOMETRICA:					
Peso actual		talla/longitud actual			
Medición	Valor actual	percentil	medición	valor actual	percentil
IMC			pliegue tricipital		
perimetro cefálico			pliegue subescapular		
perimetro torácico			pliegue biceps		
perimetro braquial			pliegue supraalaco		
INDICADORES					
Indicador	percentil actual	P50	%adecuación	interpretación	
peso/edad					

PRUEBAS BIOQUIMICAS /APOYO DIAGNOSTICO					
Fecha/paraclinico	valor actual	referencia	valor	interpretación	
EXAMEN FISICO					
masa magra					
masa grasa					
signos deficiencia micronutrientes					
ANTECEDENTES ALIMENTARIOS					
lactancia materna		SI	NO	porque?	
lactancia materna exclusiva/tiempo					
lactancia materna mixta/ tiempo					
formula lactea					
alimentación complementaria		SI	NO	edad inicio	
alimentos:					
edad de inicio de:		LECHE VACA		HUEVO	
lugar donde consume los alimentos		PESCADO		CITRICOS	
quien prepara los alimentos?					
quien suministra los alimentos?					
alergias alimentarias					

intolerancias alimentarias					
alimentos preferidos					
alimentos rechazados					
ANAMNESIS ALIMENTARIA					
Recordatorio de 24 horas					
hora/lugar/tiempo de comida	alimentos y preparación			cantidad ingerida	
ANALISIS CUANTITATIVO DE NUTRIENTES					
Aporte	Energia	proteina	CHO	grasa	
total					
por Kg					
FRECUENCIA DE CONSUMO					
Alimento	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Nunca
cereales , raices					
tuberculos					
platanos y productos					
verduras y leguminosas verdes					
frutas					
carnes y huevo					
leguminosas					
lacteos					
grasas					

nutriente	aporte	gramos	calorias	NVET	
proteinas					
grasas					
carbohidratos					
MENU MODELO					
hora/tiempo/de comida	alimentos y preparación		medidas caseras		
COMPLEMENTO/SUPLEMENTO					
RECOMENDACIONES					

azucars y dulces				
gaseosas				
comidas rápidas, snacks				
beneficiarios plan alimentario	SI	NO	Cuál?	
HABITOS SALUDABLES				
colegio	grado		Horario	
actividad física			Intensidad	
deporte			Intensidad	
horas dedicadas a ver tv, computación u otros				
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL				
TRATAMIENTO NUTRICIONAL				
Objetivos				
PRESCRIPCION DIETARIA				
Fórmula Alimentaria				

ACTIVIDAD FISICA	
CONSULTA CONTROL	
Fecha	tipo control
N.D.	

(Massuh, 2018).

f) Fórmulas para el diagnóstico del estado nutricional.

Percentil P/E

Fórmula: $\text{Peso Actual} = \text{Resultado} \times 100 = \text{Resultado}$.

Peso de P50

Fórmula: $100\% - \text{Resultado de la primera fórmula} = \text{Resultado}$.

Percentil P/T

Fórmula: $\text{Talla Actual} = \text{Resultado} \times 100 = \text{Resultado}$.

Talla de P50

Fórmula: $100\% - \text{Resultado de la primera fórmula} = \text{Resultado}$.

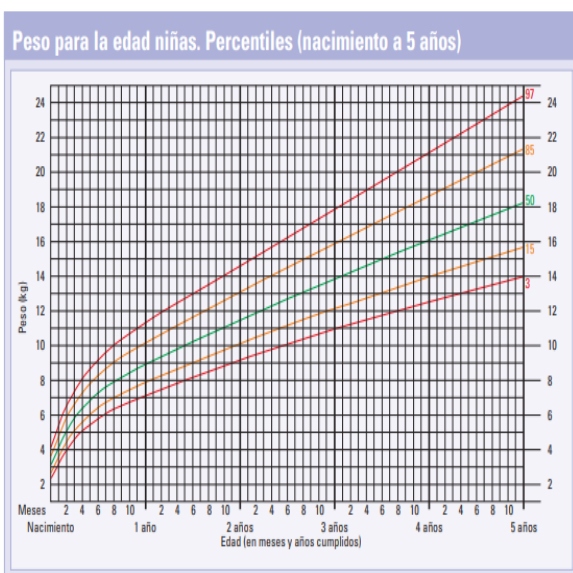
Percentil IMC

Fórmula: $IMC \text{ Actual} = \text{Resultado} \times 100 = \text{Resultado}$.

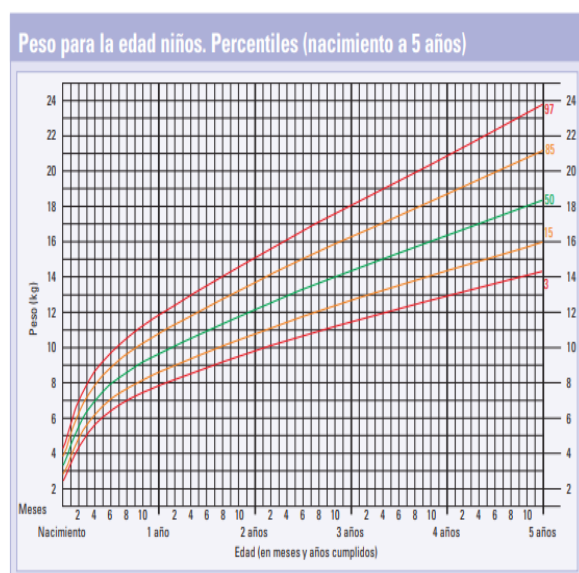
IMC de P50

Fórmula: $100\% - \text{Resultado de la primera fórmula} = \text{Resultado}$.

g) Tablas de curvas de crecimiento de peso/edad, talla/edad, IMC de niños y niñas

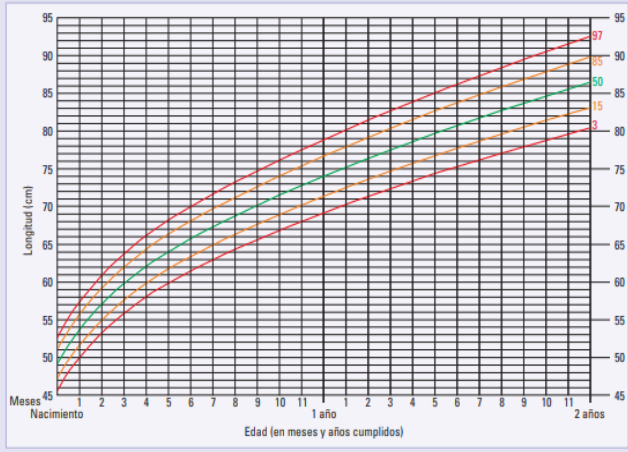


Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



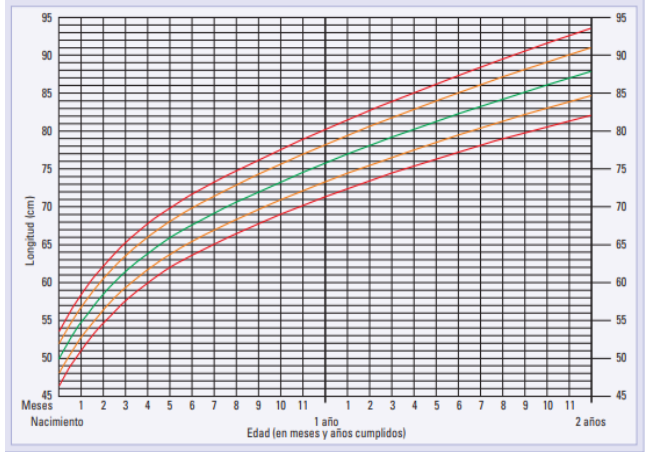
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Longitud para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



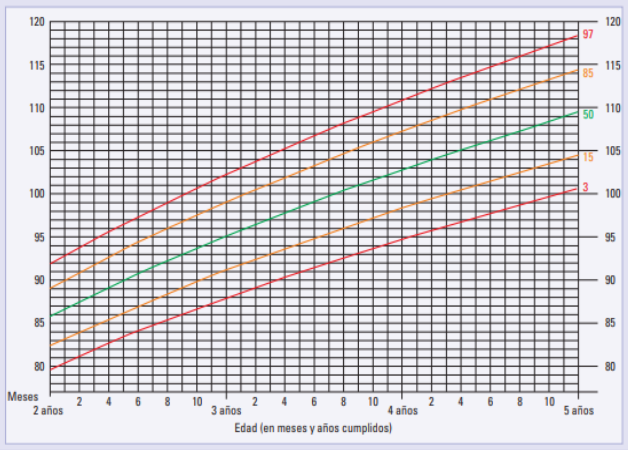
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Longitud para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)



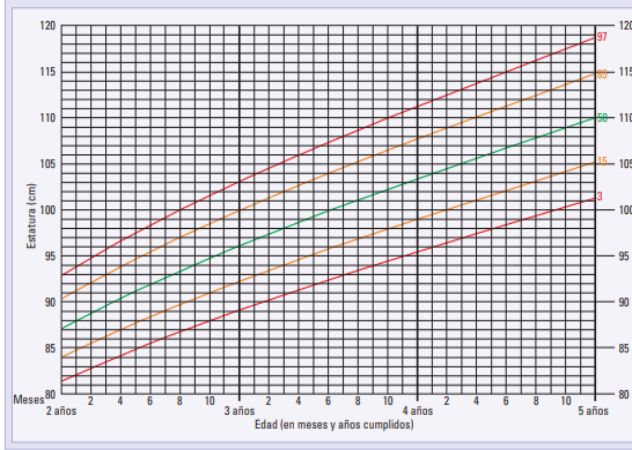
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estatura para la edad niñas. Percentiles (2-5 años)



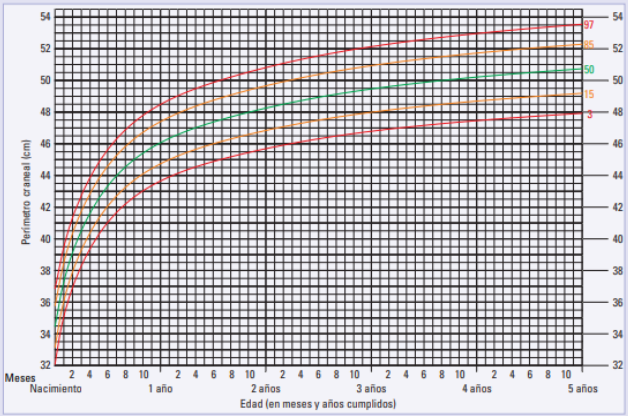
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estatura para la edad niños. Percentiles (2 a 5 años)



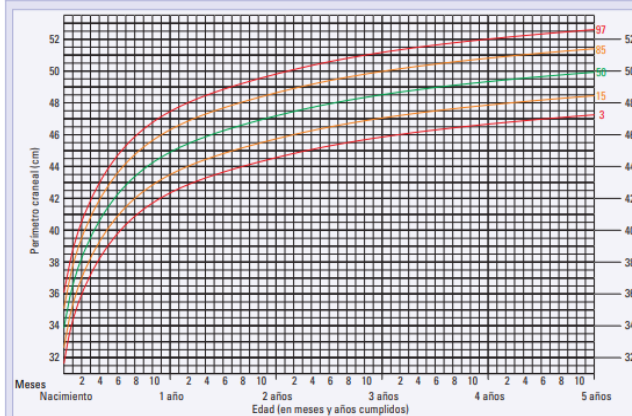
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Perímetro craneal para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)



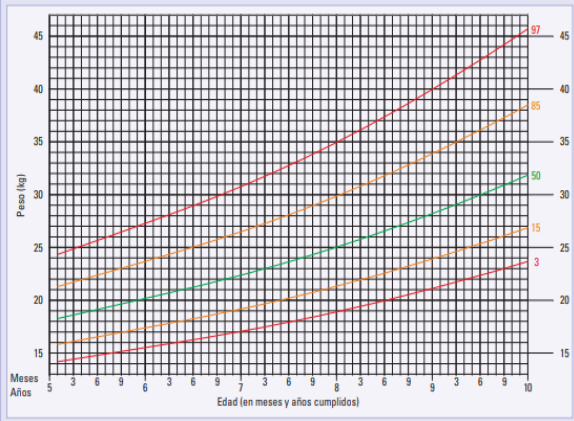
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Perímetro craneal para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)

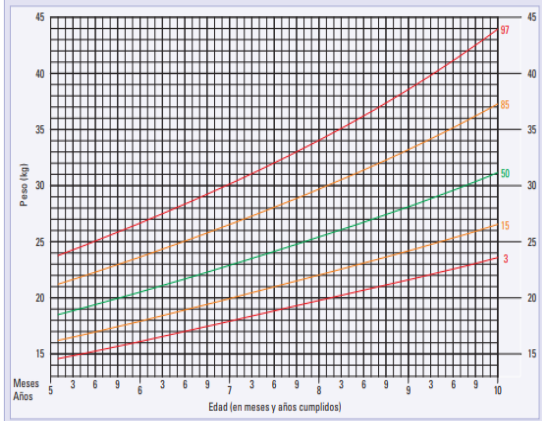


Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

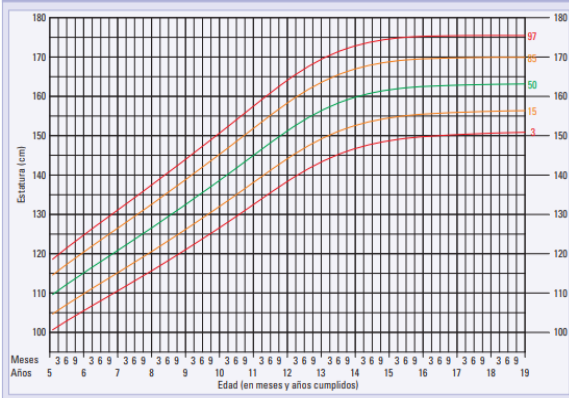
Peso para la edad niñas. Percentiles (5-10 años)



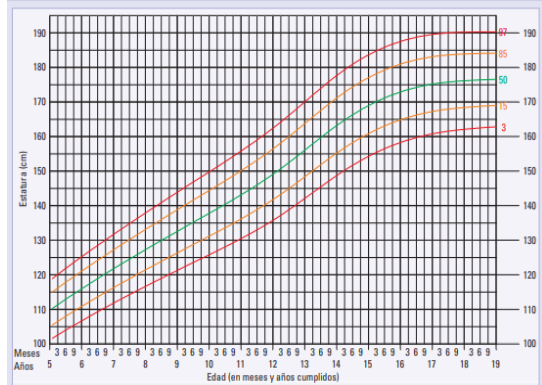
Peso para la edad niños. Percentiles (5-10 años)



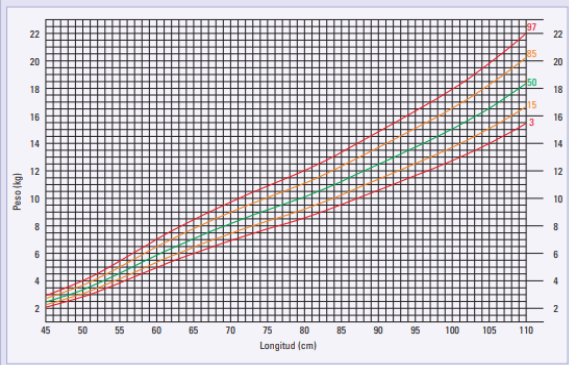
Estatura para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)



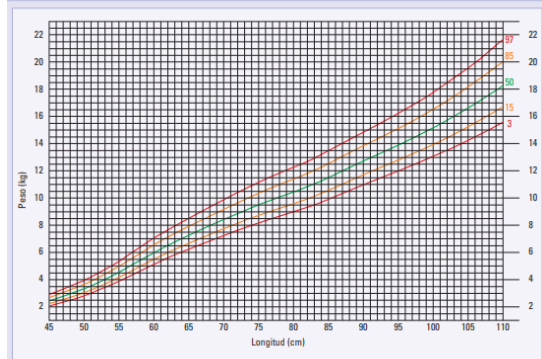
Estatura para la edad niños. Percentiles (5-19 años)



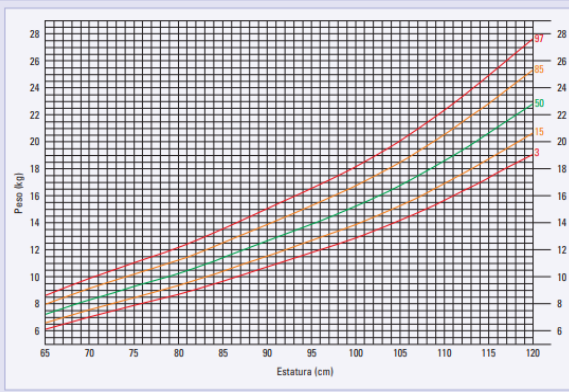
Peso para la longitud niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



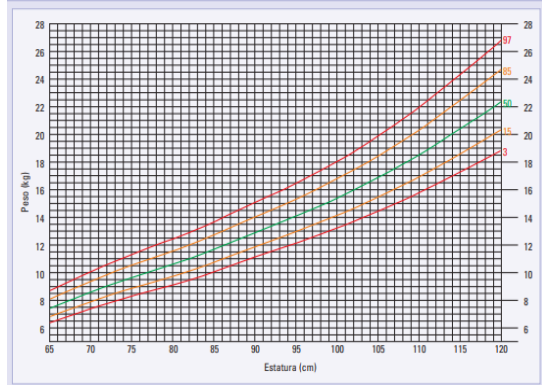
Peso para la longitud niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)



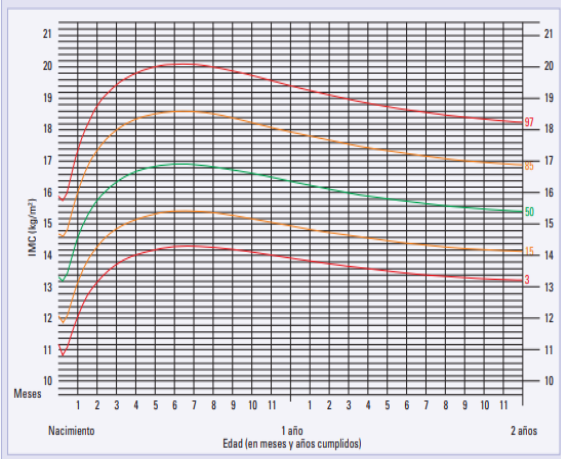
Peso para la estatura niñas. Percentiles (2-5 años)



Peso para la estatura niños. Percentiles (2-5 años)

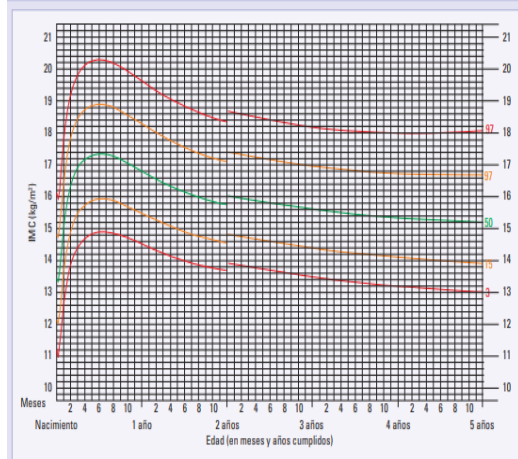


IMC para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



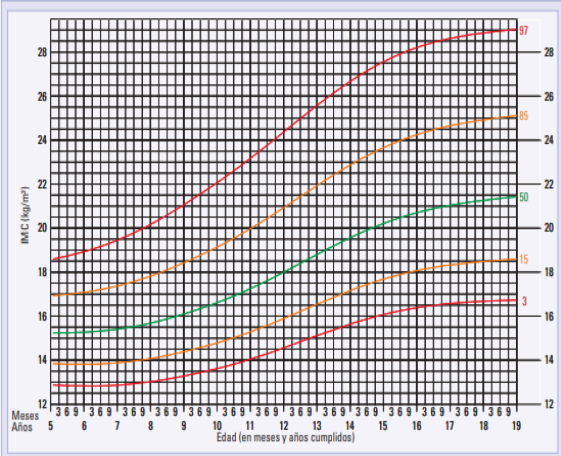
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

IMC para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)



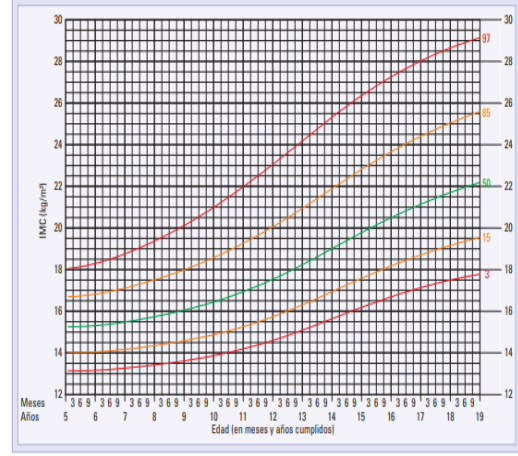
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

IMC para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)

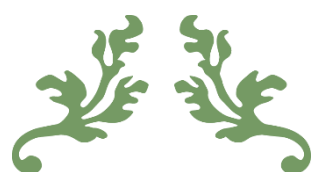


Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

IMC para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN
SALUDABLE PARA
CUIDADORES CON NIÑOS EN
PARÁLISIS CEREBRAL
INFANTIL.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN
SALUDABLE PARA
CUIDADORES CON NIÑOS EN
PARÁLISIS CEREBRAL
INFANTIL.

Lcda. Yaira Doylet Rivas.
Nutrición, Dietética y Estética.



Autor:

Lcda. Yaira Doylet Rivas.

Coordinadora:

Lcda. Yaira Doylet Rivas.

Diseño e ilustración:

Lcda. Yaira Doylet Rivas.



ÍNDICE.

Introducción.	66
Parálisis Cerebral Infantil.	67
Control de Salud.	68
Aspectos o Referencias Alimentarias.	69
Grupo de Alimentos.	70
ESTRATEGIAS NUTRICIONALES.	80
Porcentaje de energía provenientes de los Macronutrientes.	80
Planificación de una alimentación saludable en Parálisis Cerebral Infantil.	81

Introducción.

Alimentación saludable es importante para aquellas personas que sufren de Parálisis Cerebral Infantil, para su buen estado de salud, permitiéndole tener un organismo saludable, su estado anímico mejorando, y seguir desarrollando sus actividades físicas adecuadamente.

Es fundamental que ustedes como cuidadores aprendan a tener un estilo de vida saludable, para que su vida sea proactiva y en un ambiente sano.

Parálisis Cerebral Infantil.

¿Qué es parálisis cerebral infantil?

Es todo un grupo de síntomas y signos NO progresivos, pero SÍ cambiantes, secundario a lesiones y/o anomalías del cerebro, en cualquiera de las etapas de su desarrollo.

¿Cuál es la causa de la parálisis cerebral infantil?

Puede ser de múltiples causas, pero ninguna específica.

Prenatales.

Perinatal.

Entre otros.

¿Qué es disfagia?

Necesidad de más tiempo y esfuerzo para mover los alimentos o líquidos desde la boca hasta el estómago. La dificultad para deglutir que también puede estar asociada con el dolor. En algunos casos, puede que no sea capaz de tragar nada.

¿Qué es estreñimiento?

Personas que tienen tres o menos evacuaciones en una semana. Las heces pueden ser duras y secas. Algunas veces la evacuación es dolorosa.

¿Qué es Reflujo Gastroesofágico?

Es una afección en la cual los contenidos estomacales vuelven hacia atrás desde el estómago hacia el esófago (el conducto que va desde la boca hasta el estómago).

Control de Salud.

El control de salud es importante en personas que padezcan de Parálisis Cerebral Infantil, para detectar problemas en gastro intestinal, es necesario realizar una visita al médico o al subcentro de salud más cercano, al menos cada una vez al mes. Los adultos con esta enfermedad hay que seguir una rutina muy elementaría.

Aspectos o Referencias Alimentarias.

- **Toda la gente que los rodea debe tener paciencia con su apetito.**
- **Debe de comer alimentos frescos, preparados al instante y cada 3 horas.**
- **Tener una postura semisentada, para comer.**
- **Sus utensilios de comer, debe de estar con total asepsia.**
- **Las porciones que se les debe de dar son pequeñas.**
- **Sus alimentos deben ser de fácil digestión, darles en forma de crema, raspaditas (frutas), troceados pequeños.**

Grupo de Alimentos.

Carbohidratos en Disfagia.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
<p>Panes: Mezclas de pan comercial preparado, migas de pan humedecidos, panes que tienen una delgada capa de miel a través de todo el espesor del producto.</p> <p>Cereales: Cocidos con poca textura como harina de avena.</p> <p>Nota: Pequeñas cantidades de leche o crema pueden ser mezcladas en los cereales cocidos para humedecerlo.</p>	<p>Panes: Todos los demás tipos de panes, rollos, galletas, barquillos tostadas francesas, panecillos, etc.</p> <p>Cereales: Todo tipo de cereales cocidos, secos o ásperos que pueden contener lino semillas o nueces. Avena.</p>
<p>Puré de verduras sin trozos, pulpa o semillas.</p> <p>Pasta o salsa de tomate sin semillas.</p> <p>Jugo de tomate o verduras (puede ser necesario espesar a una consistencia apropiada si no se permiten líquidos delgados o finos).</p> <p>Nota: Jugos de tomate o de verdura.</p>	<p>Otros tipos de verduras que no estén en forma de puré.</p> <p>Salsa de tomate con semillas y jugo de tomate.</p>
<p>Puré de frutas o puré de bananas frescas.</p> <p>Jugos de frutas sin pulpa, semillas o trozos (puede ser necesario espesar a una consistencia apropiada sino se permiten líquidos delgados o finos).</p> <p>Nota:</p> <p>Jugos de fruta sin espesar.</p>	<p>Frutas enteras (frescas, congeladas, enlatadas o secas).</p>
<p>Leche, jugos, café, té, soda, gaseosas, suplementos nutricionales.</p> <p>Nota: Cualquier bebida suave y homogénea sin grumos, trozos o pulpa.</p> <p>Es posible que las bebidas necesiten ser espesadas a una consistencia prescrita.</p>	<p>Cualquier bebida con trozos, semillas, pulpa, etc.</p>



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Carbohidratos en Reflujo gastroesofágico.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
Leche desnatada y sin fibra añadida. Yogurt natural o de frutas, cuajada, natilla, flan.	Quesos grasos y fermentados (roquefort, oveja, cabra, etc.), Queso Ahumado. Leche entera. Nata. Crema de leche. Limitar su consumo en aquellas personas con sobrepeso. Nota: Se deben evitar las formas integrales y, si hay sobrepeso se recomienda tomar sus formas descremadas.
Verduras frescas: Acelgas, espinacas, apio, calabaza y calabacín. Hortalizas frescas: Lechuga, canónigos, berros, endibias, zanahoria y remolacha. Legumbres secas y/o frescas: Lentejas, garbanzos, habas, judías secas, judías verdes, guisantes, soja, alubias, etc.	VERDURAS CRUDAS: Se deben evitar sobre todo aquellas con elevado contenido en fibra, ya que son irritantes físicos. Debemos eliminar: nabos, brécol, berenjenas, rábanos, repollo, coliflor, col. HORTALIZAS CRUDAS EN ENSALADA. Se deben evitar sobre todo aquellas con elevado contenido en fibra, ya que son importantes irritantes físicos. Debemos eliminar: tomates, espárragos, puerros, pimientos, cebollas, ajos, pepinos, etc. Patatas fritas. Legumbres sin pasar.
Fruta dulce: Naranja dulce, caqui, uvas, mango maduro, higos, plátano, melón, la mayoría de las frutas tropicales, etc. Fruta semiácida: albaricoques, mango verde, cerezas, ciruelas, nectarinas, uvas, peras, manzanas, melocotones. Frutas secas: ciruelas, pasas. Frutos secos: cacahuetes, avellanas, nueces y almendras. Nota: Se puede tomar fruta dulce cocida o asada y sin piel. Se debe limitar el consumo de higos, uvas y plátanos, en el caso de personas con sobrepeso. Se pueden tomar compotas, mermeladas, gelatinas y zumos naturales, elaborados a base de fruta dulce. Se puede tomar dulce de membrillo. Se pueden consumir las frutas secas sin problemas.	Fruta cruda, fruta dura y poco madura. Zumos de fruta ácida. Debemos eliminar: pomelo, naranja, limones, piña, mandarinas, kiwi, fresas. Frutos secos grasos y salados.
Cereales no integrales: Avena, centeno, trigo, maíz, etc., no hay limitación en su consumo. Pueden tomarse Papillas: Harinas, maicenas, sémolas, copos de avena, crema de arroz. Arroz. Puede tomarse como ingrediente de sopas, en ensaladas, arroz en blanco. Pan. Puede tomarse pan tostado, pan del día anterior.	Cereales integrales. Pan fresco y pan integral.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Carbohidratos en Estreñimiento.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
Leche entera, semi o desnatada dependiendo de las necesidades individuales de cada persona, pero en especial, se recomienda consumir con mayor frecuencia yogures y otros derivados lácteos poco grasos.	Leche condensada, crema de chocolate, lácteos con nata o enriquecidos con nata.
Legumbres: Lentejas, garbanzos, alubias, habas, guisantes. Se recomienda combinar solo con patata o arroz y verduras. Verduras y hortalizas: Todas salvo las flatulentas, preferiblemente una ración diaria en crudo (ensalada).	Legumbres: Aquellas que se cocinan con ingredientes grasos de origen animal (chorizo, morcilla, tocino, etc.). Verduras: Evitar las flatulentas como alcachofas, col, coliflor, brócoli, coles de Bruselas, pimiento, pepino, rábanos y rabanetas, cebolla, puerros y ajos según tolerancia; la zanahoria (por su carácter astringente, sólo temporalmente) y los purés pasados por el chino o el pasapurés, ya que de esta forma se pierde la fibra.
Prácticamente todas; frescas, secas y cocidas, con piel y bien lavadas, salvo las indicadas en "alimentos limitados".	Fruta en almíbar y frutas confitadas, frutas astringentes como membrillo, pomelo, plátano, manzana rallada, limón.
Cereales: Patata (fécula), pastas alimenticias y en cuanto a otros cereales, preferir los integrales (pan, cereales y galletas integrales), a los refinados y limitar el arroz (astringente) a 1/la-respuesta-medica veces por semana, o mejor aún, combinarlo con legumbres y verduras (arroz con guisantes, paella de verduras, etc.).	Pan fresco recién horneado tipo baguette y pasta poco cocida (fermentan en el estómago y crean molestias), galletas rellenas o bañadas con soluciones azucaradas o chocolate.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Proteínas en Disfagia.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
Purés de carnes.	Carnes enteras o molidas, pescados o pollo.
Purés de huevos o soufflés suaves.	Evite el puré de lentejas o legumbres.
Tofú ablandada y mezclada con agua.	Huevos fritos, revueltos, suaves o cosidos.
Humus u otras legumbres en puré para untar.	Queso o requesón.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Proteínas en Reflujo Gastroesofágico.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
<p>Aves sin piel: Pollo y pavo. Se puede consumir dos veces a la semana.</p> <p>Caza menor: Perdiz, codorniz, etc. Se puede consumir dos veces a la semana.</p> <p>Conejo. Se puede consumir dos veces a la semana.</p> <p>Ternera. Tomar ocasionalmente una vez cada 7- 10 días.</p> <p>Buey. Tomar ocasionalmente una vez cada 7- 10 días.</p> <p>Cordero. Tomar ocasionalmente una vez cada 7- 10 días.</p> <p>Pescados blancos: Merluza, rodaballo, mero, abadejo, gallo, lenguado, y la acedía. Se pueden consumir sin limitación.</p> <p>Pescados azules (grasos): salmón, sardina, bonito del norte, atún, caballa, boquerón, palometa y el jurel.</p> <p>Pescados semigrasos: trucha, salmonete, dorada, lubina y el pez espada.</p>	<p>Hamburguesas y salchichas. Se deben eliminar totalmente de la dieta.</p> <p>Cerdo, jabalí y sus derivados: chorizo, salchichón, tocino, bacón, etc. Se deben eliminar de la dieta.</p> <p>Venado. Se deben eliminar totalmente de la dieta.</p> <p>Ganso y pato. Se deben eliminar totalmente de la dieta.</p> <p>Vísceras y despojos: Hígado, molleja sesos, riñones, lengua, etc. Se deben eliminar totalmente de la dieta.</p> <p>Pescados en conserva: Sardinas, atún, mejillones, etc., en aceite de oliva. Se deben eliminar totalmente de la dieta.</p> <p>Salazones y ahumados. Se deben eliminar totalmente de la dieta.</p> <p>Huevas de pescado: caviar. Se deben eliminar de la dieta.</p> <p>Nota: Los mariscos se deben de eliminar cuando aparezcan los síntomas. Mariscos: Langostinos, gambas, almejas, cigalas, langosta.</p> <p>Pescados ahumados y en salazón.</p>



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Proteínas en Estreñimiento.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
Todos, con la frecuencia que marcan las recomendaciones de alimentación equilibrada.	Carnes grasas, productos de charcutería y vísceras, pescados en conserva, salazón o ahumados.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Grasas en Disfagia.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
Mantequilla, margarina, salsas, coladas, crema agria, mayonesa, aderezos para ensalada, queso crema, y crema batida. Salsas sin grumos como salsa de crema, salsa blanca.	Todas las grasas con aditivos cursos o gruesos.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Grasas en Reflujo Gastroesofágico.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
Aceite de oliva y, preferible aceite extra virgen.	Evitar cocinar con productos como: mantequillas, margarinas y tocino.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Grasas en Estreñimiento.

Alimentos Permitidos.	Alimentos No Permitidos.
Aceite de oliva y semillas (girasol, maíz, soja), mantequilla, margarinas vegetales, mejor en crudo y frutos secos.	Nata, manteca, tocino y sebos.



GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA CUIDADORES CON NIÑOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

Y PARA UNA ALIMENTACION SALUDABLE... Recuerda siempre incluir frutas y vegetales a diario de distintos colores.



ESTRATEGIAS NUTRICIONALES.

Las estrategias nutricionales se las utiliza con la finalidad de incentivar al paciente a lograr una ingesta calórica adecuada para su temprana recuperación.

En caso de no tener apetito

- Fraccionar las comidas y comer porciones pequeñas.
- Variar el color de las comidas
- Comer acompañado de familiares o amigos
- Consumir comida en temperaturas al ambiente

Para prevenir nauseas y vomitos

- Tomar la medicación 1 hora antes de las comidas
- Masticar despacio
- Evitar tomar líquidos durante las comidas

En caso de no tolerar carnes rojas

- Usar sustitutos de origen animal como: pollo, pescado o huevo
- Usar sustitutos de origen vegetal en menestras: garbanzo, lenteja y frejol.

Porcentaje de energía provenientes de los Macronutrientes.

Macronutrientes.	Porcentajes.
Carbohidratos.	45-65%
Proteínas.	15-30%
Grasas.	25-35%

Planificación de una alimentación saludable en Parálisis Cerebral Infantil.

Horario de comidas.	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5	Opción 6	Opción 7
Desayuno Saludable	Leche de formula.	Leche de formula.	Leche de formula.	Leche de formula.	Leche de formula.	Leche de formula.	Leche de formula.
Colación (media mañana) Saludable.	Trocitos de durazno.	Jugo de naranja. 2 galletas María.	Papilla de manzana.	Papilla de verdura.	Trocitos de manzana. Con yogurt.	Trocitos de melón granola.	Ensalada de fruta.
Almuerzo Saludable.	1 soperita pequeña de sopa de queso.	Arroz con ensalada de tomate y pollo a la plancha.	1 soperita de sopa de pollo con 1 porción de arroz.	Ensalada de verdura (majada) con carne a la plancha (hilachita).	1 soperita pequeña de crema loco de la verdura.	1 porción de ensalada de aguacate y atún.	1 soperita pequeña de crema de albaca.

Colación (media tarde) Saludable.	½ tz Granola yogurt	de con	Trocitos Sandia kiwi.	de con	1 vaso jugo de mora y 4 galleta de coco.	1 vaso de agua de coco con trocitos de manzana.	Un puñado de nueces con trocitos de frutilla.	de con	1 vaso de leche de avena, un pan pequeño.	1 porción de tortilla de (majadita). yuca
Merienda Saludable.	Leche formula.	de	Leche formula.	de	Leche de formula.	Leche de formula.	de	Leche formula.	de	Leche de formula.

h) Fotos (Evidencia de trabajo realizado).



ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS CON PARÁLISIS INFANTIL

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE
INTERNET

1%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ www.theibfr.com

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 20 words

Excluir bibliografía

Activo

