



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍAS ALIMENTARIAS PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD



GUÍAS ALIMENTARIAS PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD

ELABORADO POR:

- Carmen Toyama Valladares Escobedo
- Mirko Luis Lázaro Serrano
- Ada Gisella Mauricio Córdova



Hoja de catalogación

MINISTERIO DE SALUD

Ministro

OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ

Viceministro de Salud Pública

GUSTAVO MARTIN ROSELL DE ALMEIDA

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

BERNARDO ELVIS OSTOS JARA

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Director General

LUIS ALBERTO HUAMANÍ PALOMINO

Instituto Nacional de Salud

Jefe Institucional

VÍCTOR JAVIER SUAREZ MORENO

Subjefe Institucional

PEDRO ANTONIO RIEGA LÓPEZ

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Director General

WALTER VILCHEZ DÁVILA

Directora Ejecutiva de Prevención del Riesgo y Daño Nutricional

PATRICIA VELARDE DELGADO



Resolución Ministerial

Lima, 26 de Noviembre del 2020



L. SUAREZ



P. MAZZETTI

Visto, el Expediente N° 19-120417-002, que contiene los Oficios N° 0180-2020-JEF-OPE/INS y N° 2646-2020-JEF-OPE/INS y las Notas Informativas N° 014-2020-CENAN/INS, N° 019-2020-DEPRYDAN-CENAN/INS y N° 081-2020-CENAN/INS, del Instituto Nacional de Salud; los Oficios N° 103-2020-DGIESP/MINSA y N° 3292-2019-DGIESP/MINSA, y los Informes N° 001-2020-UFANS-DGIESP/MINSA y N° 120-2019-DHB-EVN-DVICI-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; y, el Informe N° 927-2020-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



S. YANCOURT

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; siendo la protección de la salud de interés público, por tanto, responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



L. CUEVA

Que, el numeral V del Título Preliminar de la referida norma legal, modificado por la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, establece que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, y los de salud ambiental, así como los problemas de salud de la persona con discapacidad, del niño, del adolescente, de la madre y del adulto mayor en situación de abandono social;



C. CABEZAS

Que, el numeral 1 del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;



A. LUCCHETTI

Que, el artículo 4 del referido Decreto Legislativo contempla que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del citado Decreto Legislativo, modificado por Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la

adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otros, respectivamente;

Que, el literal c) del artículo 7 del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2003-SA, dispone como un objetivo funcional institucional del Instituto Nacional de Salud, ejecutar la vigilancia alimentaria y nutricional para la prevención y control de los riesgos y daños nutricionales en la población;

Que, el artículo 39 del precitado Reglamento establece que el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición es el órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, encargado de programar, ejecutar y evaluar las investigaciones y el desarrollo de tecnologías apropiadas en el ámbito de la alimentación y nutrición humana, precisando en su literal c), que dicho Centro Nacional está a cargo de realizar investigación en nutrición con la finalidad de mejorar la situación nutricional de la población;

Que, mediante los documentos del visto, el Instituto Nacional de Salud ha elaborado el Documento Técnico: Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad, cuya finalidad es contribuir a la mejora y el mantenimiento del estado de nutrición y salud de la población peruana menor de 2 años de edad, y a la promoción de una alimentación saludable;

Estando a lo propuesto por el Instituto Nacional de Salud; y, con la opinión favorable de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado del Jefe del Instituto Nacional de Salud, del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General y del Viceministro de Salud Pública; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;

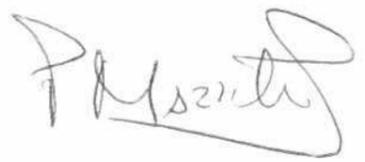
SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 010-MINSA/INS-V.01 "Lineamientos de Nutrición Infantil".

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud



EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO TÉCNICO

Carmen Toyama Valladares Escobedo
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Mirko Luis Lázaro Serrano
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Ada Gisella Mauricio Córdova
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

PARTICIPARON EN LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN TÉCNICA

Beatriz Quispe Quille
Equipo técnico de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable - Ministerio de Salud

Domitila Huamán Baltazar
Equipo técnico de la Etapa de Vida Niño - Ministerio de Salud

Hilary Creed-Kanashiro
Instituto de Investigación Nutricional (IIN)

María del Pilar Cereceda Bujaico
EAP de Nutrición - Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)

Walter Vilchez Dávila
Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV)

María Victoria Marull Espinoza
Carrera profesional de Nutrición
Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)

Diana Karim Angulo Valderrama
Sociedad Peruana de Pediatría

Roxana Carla Fernández Condori
Sociedad Peruana de Nutrición

María del Rosario Urcía Segura
Colegio de Nutricionistas del Perú

Magaly Roxana Herrera Tello
Colegio de Nutricionistas del Perú - Consejo Regional IV Lima

M. Michelle Jiménez
UNICEF

Nancy Gálvez Molina
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP

Antonio Castillo Carrera
Colegio de Nutricionistas del Perú

Lizette Ganoza Morón
Instituto de Investigación Nutricional (IIN)

Rossina Gabriela Pareja Torres
Instituto de Investigación Nutricional

PARTICIPARON EN LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN A NIVEL REDES DE LIMA y DIRIS DE LIMA

Gladis Liliana Gonzáles Rodríguez
Estrategia de Alimentación y Nutrición C.S. Laderas de Chillón DIRIS Lima Norte

Judith Ortega Sánchez
Equipo técnico de la etapa de vida Niño - DIRIS Lima Norte

Rosmery Mirella Vera Padilla
Equipo técnico de la Estrategia de Alimentación y Nutrición DIRIS Lima Norte

Karen Del Pilar Buleje Portocarrero
C.S. Tahuantinsuyo Bajo - DIRIS Lima Norte

Elida Sarai Rojas Jara
C.S. Enrique Martínez Altuna - DIRIS Lima Norte

Esther Molina Moscoso
Estrategia de Alimentación y Nutrición DIRIS Lima Norte

Leslie Melissa Heredia De La Cruz
Equipo técnico de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable - DIRIS Lima Centro

Amanda Irene Gonzáles Aparcana
Etapa de vida Niño - DIRIS Lima Centro

Pier Cuellar Huaranga
Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable - DIRIS Lima Este

Elena Rivera Oblitas
Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable - DIRIS Lima Sur

PARTICIPARON EN LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN A NIVEL DE LA DIRESA MADRE DE DIOS

Henry Armando Mejia Villegas
Nutricionista - PS Planchon

Maria Elena Gómez Ccahuantico
Nutricionista - CS Mazuco

Delcy López Gongora
Enfermera - CS Nuevo Milenio

Rocio Zavala Pacherez
Enfermera - PS La Joya

Carmen Rosa Mamani Ttito
Enfermera - CS Mazuko

Maritza Ochochoque Calcina
Nutricionista - CS Jorge Chávez

Yesenia Chipana Pacco
Nutricionista - CS Jorge Chavez

Gelin Nely Muñoz Maldonado
Enfermera - PS Boca Colorado

Maritza Yolanda Cárdenas Huamán
Enfermera - PS. El Triunfo

Eva Rosa Rodriguez Panihuara

Nutricionista - CS Nuevo Milenio

Brigitte Massiel Loaiza Torres
Nutricionista - CS Nuevo Milenio

Marschya Mary Torres Calizaya
Nutricionista - Hospital Santa Rosa

Pabel César Lazo Paucar
Nutricionista - CS San Martin De Porres

Milagros Katherine Quispe Aviles
Nutricionista - Hospital Valp Essalud

Rosalía Francisca Martínez Coaguila
Nutricionista - CS Nuevo Milenio

Anthony Pinedo Mera
Coordinador Estrategia De Alimentación Y Nutrición Diresa Madre De Dios

PARTICIPARON EN LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN A NIVEL DE LA GERESA AREQUIPA

Carla Claudia Delgado Valencia
Nutricionista - Microred Vitor

Gaudy Sujey Vásquez Aguilar
Nutricionista-Microred Ciudad De Dios

Zulema Gabina Quispe Rivas
Nutricionista - Microred Edificadores Misti

Mayori Andrea Azañero Anaya
Nutricionista- Microred Yanahuara Sachaca

Edely Elda Wiese Ortiz
Nutricionista - Microred Francisco Bolognesi

Silvia Veronica Arroyo Condorena
Nutricionista - Microred Cabanaconde

Gisella Casa Gonzales
Enfermera - Microred Francisco Bolognesi

Carol Ynes Amezquita Arce
Enfermera - Microred Buenos Aires

Dony Davey Chavez Mancilla
Enfermero - Microred Francisco Bolognesi

Teófilo Leandro Villagra Mamani
Enfermero - Microred El Pedregal

Sara Luz Quispe Flores
Enfermera - Red Arequipa Caylloma

María Del Pilar Quispe Ticona
Enfermera - Red Arequipa Caylloma

Milagros Vanessa Baldarrago Román
Enfermera - Red Arequipa Caylloma

PARTICIPARON EN LA REVISIÓN FINAL DEL DOCUMENTO:

Luis Robles Guerrero
Secretaría General Ministerio de Salud

Julie Mariaca Oblitas
UFANS Ministerio de Salud

Lily Sandoval Cervantes
UFANS Ministerio de Salud

Walter Vilchez Dávila
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Patricia Velarde Delgado
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Luis Angel Aguilar Esenarro
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

FOTOGRAFÍA

Gregory Eduardo Hinojosa Estrada

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Wendy Drouard

ASISTENCIA TÉCNICA OPS

Dra. Chessa Lutter, Asesora Regional de Salud del Niño y del Adolescente de OPS/OMS Washington

Si por algún acto involuntario en la presente lista se omitió a alguna persona o institución que contribuyó en la elaboración del documento, ofrecemos de antemano nuestras más sinceras disculpas.

ÍNDICE

Introducción	15
Aspectos generales	17
Finalidad	17
Objetivo.....	17
Ámbito de aplicación	17
Base legal	17
Responsabilidad	18
Contenido:	
Principios para la elaboración de las guías alimentarias para niñas y niños menores de dos años	19
Conceptos básicos.....	22
Recomendaciones para una alimentación saludable	
Temática A: menores de seis meses	28
Temática B: de seis a 23 meses de edad.....	48
ANEXO N° 1	
Lactarios Institucionales	66
ANEXO N° 2	
En el caso del bebé prematuro	68
ANEXO N° 3	
Relactación	70
ANEXO N° 4	
¿Cómo saber si la cantidad de leche que toma el bebé es adecuada?	72
ANEXO N° 5	
Necesidades nutricionales	74
Bibliografía	78

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica y el consenso internacional muestran que la adecuada nutrición en las etapas tempranas de la vida resulta esencial para un buen estado de salud y nutrición a través de todo el curso de vida de la persona.

En el caso de niñas y niños menores de dos años, la nutrición es de vital importancia no solo para promover un buen crecimiento físico y desarrollo neurológico sino también para establecer patrones de alimentación saludable que permitan prevenir la malnutrición en todas sus formas, sea desnutrición crónica o anemia, sobrepeso u obesidad; generando un entorno saludable que evite la aparición de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles desde temprana edad.

En el Perú si bien en los últimos años hemos obtenido logros importantes contra la desnutrición crónica infantil, existe todavía trabajo por hacer para reducir la problemática de anemia y el exceso de peso en los niños.

En ese sentido, las Guías Alimentarias para niñas y niños menores de dos años de edad tienen el propósito de establecer recomendaciones que promuevan un estilo de vida saludable desde las etapas tempranas de la vida, considerando los beneficios de dos grandes intervenciones en esta etapa : 1) la lactancia materna exclusiva y lactancia materna continuada como una intervención fundamental para la prevención de problemas de salud y nutrición y 2) el aporte de una alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, que no solo tiene la característica de centrarse en la calidad nutricional de los alimentos, que se brindan a las niñas y niños sino también ampliar el concepto a cómo darle de comer de manera interactiva, entendiendo que es una oportunidad para aprender a comer saludable, reconociendo sabores, texturas y que además permite el intercambio de amor y de transmitir lenguaje lo cual constituye parte importante del crecimiento físico y desarrollo emocional de la niña y el niño menor de dos años de edad.

El proceso de elaboración de las guías alimentarias para menores de dos años de edad ha comprendido la participación de representantes de entidades públicas, instituciones académicas, colegios profesionales, instituciones que realizan investigación en alimentación y nutrición, así como la asistencia técnica internacional, de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Nutrición (FAO).

Finalmente, tenemos la convicción que el presente documento contribuirá a las acciones de promoción de una alimentación saludable para la prevención de los problemas nutricionales teniendo como principios el desarrollo integral de la niña y el niño, un estilo de alimentación responsivo y una alimentación basada en alimentos naturales.



ASPECTOS GENERALES

GUÍAS ALIMENTARIAS PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD

FINALIDAD

Contribuir a la mejora y el mantenimiento del estado de nutrición y salud de la población peruana menor de 2 años de edad, y a la promoción de una alimentación saludable.

OBJETIVOS

- Establecer principios sobre alimentación saludable para niñas y niños menores de 2 años de edad.
- Establecer recomendaciones sobre alimentación saludable para la educación nutricional en niñas y niños menores de 2 años de edad.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico es de aplicación nacional, a nivel de todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud - DIRESAs, Gerencias Regionales de Salud - GERESAs o las que hagan sus veces en el ámbito regional), de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, privados; y, otros prestadores que brinden atenciones de salud al niño o niña en todo el país (en sus actividades de atención integral de la salud, de promoción de la salud, intramural o extramural), según corresponda. Puede servir de referencia para los sectores que forman parte de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021, en el marco de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 021-2013-MINAGRI.

BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias
- Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.

- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Decreto Supremo N° 021-2013-MINAGRI, que aprueba la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias
- Decreto Supremo N° 017-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 012-2018-SA, que aprueba el Manual de Advertencias Publicitarias en el marco de la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 017-2017-SA, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna."
- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna."
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

RESPONSABILIDADES

A NIVEL NACIONAL

El Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, en coordinación con la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias, es responsable de difundir el presente Documento Técnico hasta el nivel regional, así como, brindar la asistencia técnica y de desarrollar actividades para su implementación.

A NIVEL REGIONAL

Las Direcciones Integradas de Redes de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional son responsables de brindar la asistencia técnica y difundir el presente Documento Técnico en sus respectivas jurisdicciones

A NIVEL LOCAL

Las IPRES son responsables de aplicar el contenido del presente Documento Técnico, en lo que sea pertinente.



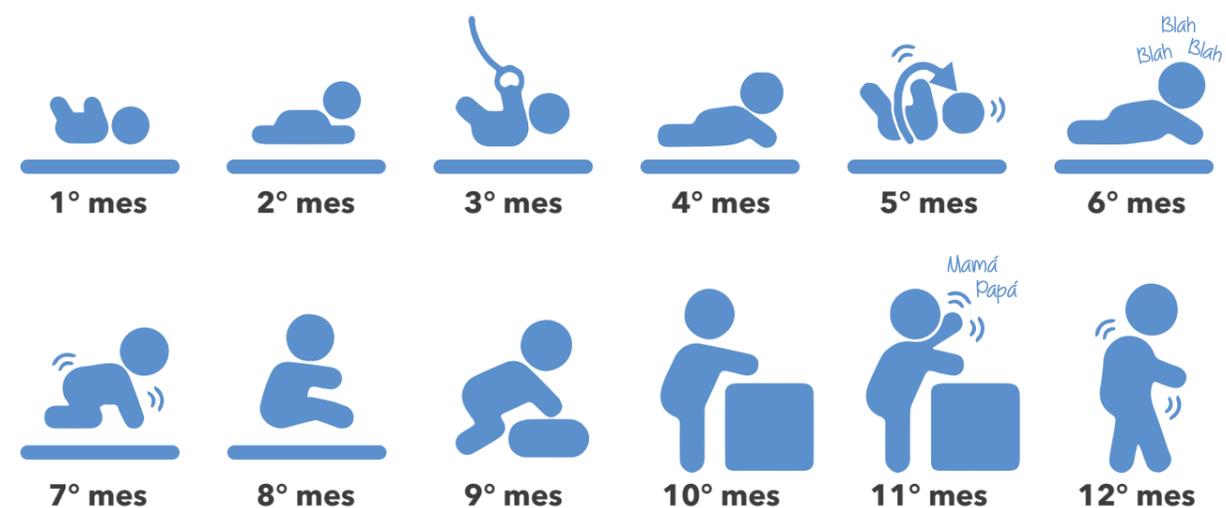
CONTENIDO

PRINCIPIOS PARA LAS GUÍAS ALIMENTARIAS PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Integralidad y desarrollo progresivo

El desarrollo de la niña o el niño durante los primeros años de vida representa un proceso particular con un ritmo propio de maduración, que los convierte en seres originales y únicos, debiendo abordarse en todas sus dimensiones y perspectivas, tanto en lo que a resultados y factores se refiere, así como a las intervenciones necesarias para ello. Es en este contexto, donde la alimentación se constituye en un factor determinante durante los 2 primeros años de vida, período que se caracteriza por ser de gran velocidad de crecimiento físico, desarrollo y maduración de sus diferentes órganos y sistemas, en especial del sistema nervioso central. Por estas razones, las necesidades nutricionales son elevadas, resaltando que el cerebro acapara entre el 70% y el 80% de la actividad metabólica corporal.

En ese sentido, es esencial promover una alimentación adecuada en la primera infancia, como una política pública del Estado Peruano, a fin de favorecer un crecimiento saludable y el desarrollo integral de las niñas y niños.



Alimentación responsiva

Los 2 primeros años de vida representan una ventana de oportunidad para que las niñas y niños pequeños en rápido desarrollo aprendan a aceptar y adquieran el gusto por alimentos naturales y establezcan patrones de alimentación saludable a largo plazo, que puedan prevenir el inicio de problemas nutricionales como la desnutrición, la anemia, obesidad, enfermedades crónicas y problemas de salud bucal.

Debido a que a esta edad las niñas y niños no tienen la capacidad de verbalizar sus necesidades alimentarias y psicoemocionales, los padres deben aprender a entender cómo se comunican a partir de diferentes conductas.

Mantener un principio de alimentación responsiva o perceptiva tiene como objetivo la interpretación adecuada de las señales de las niñas y niños y hace hincapié en el afecto positivo y en respuestas con altos niveles de calidez a través del reconocimiento verbal. Las conductas de alimentación de los padres desempeñan un papel clave en la formación de preferencias alimentarias entre los pequeños, debido a esto la alimentación responsiva, una dimensión clave de la crianza, es necesaria para desarrollar hábitos saludables desde la infancia.

Es decir, la alimentación responsiva involucra reciprocidad entre la niña o el niño y la persona que lo alimenta y se basa en el proceso de 3 pasos claves:

1

La niña o el niño muestra señales de hambre y saciedad a través de acciones motoras, expresiones faciales y vocalizaciones.

2

Los padres y/o cuidadores reconocen las señales y responden oportunamente de una manera que apoya emocionalmente a su niña o niño y es adecuada para sus necesidades y nivel de desarrollo.

3

La niña o el niño se acostumbra a una respuesta consistente a sus necesidades que comunica.



Alimentación basada en alimentos naturales o mínimamente procesados

Es necesario destacar la importancia del consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados que tomen en cuenta nuestra diversidad alimentaria, a fin que, desde etapas tempranas de la vida, la niña o el niño pueda reconocer sabores, olores y texturas de alimentos y preparaciones saludables.



Asimismo, se debe destacar la importancia de una alimentación que reduzca el uso y el consumo de alimentos procesados, así como que evite los alimentos ultra-procesados, en especial aquellos a los que se les ha agregado sal, azúcar, grasas saturadas y alguna sustancia como saborizante o sazón comercial, de modo que modifique desde temprana edad las preferencias alimentarias que deben desarrollar las niñas y niños para alimentarse saludablemente; y, de esta manera, prevenir problemas de sobrepeso u obesidad.



CONCEPTOS BÁSICOS

Alimentación

Es un conjunto de actos voluntarios llevado a cabo ante una necesidad fisiológica y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida; abarca elegir alimentos, cocinarlos y consumirlos. Los diversos modos de realizar estas acciones tienen relación con el ambiente, la oferta local y la cultura, que determinan, en gran parte, los hábitos alimentarios y los estilos de vida de las personas.

Alimentación complementaria

Proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna en forma gradual, como complemento y no como sustitución de esta, para cubrir sus requerimientos nutricionales. Este es un periodo que regularmente se inicia a los 6 meses de edad.

Alimentación saludable

Es aquella alimentación variada con alimentos preferentemente en estado natural o con procesamiento mínimo, que aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse saludable, permitiéndole tener una mejor calidad de vida en todas las edades. Una alimentación saludable también debe ser inocua¹.

Alimentos naturales

Son aquellos alimentos –plantas o animales– que se encuentran en su estado natural y que no han sido sometidos a modificaciones o transformaciones significativas hasta su preparación culinaria y consumo. Hay ciertos procesamientos básicos a los que se someten los alimentos naturales sin alterarlos, entre ellos: La limpieza, la remoción de partes no comestibles o no deseadas; entre esos procesos se encuentran: partido, selección, rebanado, deshuesado, picado, pelado, desollado, triturado, limpiado, desgrasado, descascarillado.

También los alimentos naturales pueden ser sometidos a procesamientos primarios que no modifican su condición de “naturales”, como son los procesos de secado, molienda, tostado, escaldado, pasteurización, enfriamiento, congelación, envasado al vacío, fermentación no alcohólica y otros procesos de conservación. Los alimentos mínimamente procesados también incluyen combinaciones de dos o más alimentos en estado natural o mínimamente procesados o de procesamiento primario. Los alimentos mínimamente procesados o de procesamiento primario no contienen ningún tipo de agregados tales como aditivos, saborizantes, edulcorantes e ingredientes de naturaleza sintética¹.

Alimentos procesados

Son aquellos elaborados de manera artesanal o industrial a partir de los alimentos en estado natural, y que en su elaboración se han añadido sal, azúcar u otra sustancia de uso culinario, con el propósito de hacerlos durables y más agradables al paladar. En su preparación se utilizan diferentes procedimientos, entre los cuales están la cocción, el secado o la fermentación no alcohólica, como el caso de panes, queso y yogur.

Otros ejemplos incluyen: Hortalizas tales como zanahorias, pepinos, arvejas, palmitos, cebollas y coliflor conservados en salmuera o encurtidos; concentrados o pastas de tomate (con sal o azúcar); frutas en almíbar y frutas confitadas; tocino, sardina y atún enlatados; carnes o pescados salados, ahumados o curados; jamones; quesos; panes y productos horneados (en general); mermeladas de frutas¹.

Alimentos ultra-procesados

Son formulaciones industriales fabricadas íntegra o mayormente con sustancias extraídas de alimentos (aceites, grasas, azúcar, almidón, proteínas), derivadas de constituyentes de alimentos (grasas hidrogenadas, almidón modificado) o sintetizadas en laboratorios a partir de materias orgánicas, como derivados de petróleo y carbón (colorantes, aromatizantes, resaltadores de sabor y diversos tipos de aditivos usados para dotar a los productos de propiedades sensoriales atractivas).

Por ejemplo: Snacks (bocaditos) dulces o salados envasados; galletas (dulces, saladas y rellenas); helados industriales con colorantes y saborizantes artificiales; margarinas, mantecas con grasas trans; caramelos y golosinas (en general); bebidas gaseosas, refrescos envasados, jugos y extractos endulzados; bizcochos y mezclas para bizcochos y barras de cereales; cereales endulzados para el desayuno; yogures y bebidas lácteas aromatizadas y azucaradas; sopas, fideos instantáneos, condimentos enlatados, envasados, deshidratados e instantáneos; pizza y platos de pasta listos para comer; hamburguesas, salchichas, jamones y otros embutidos; trozos de carne de ave y pescado empanizados o de tipo nuggets y otros productos procesados de preparación rápida¹.

Anemia

Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.³

Hierro

Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y en neurotransmisores, de allí que su deficiencia tenga consecuencias negativas en el desarrollo conductual, mental y motor, velocidad de conducción más lenta de los sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal .

Hierro hemínico (hierro hem)

Es el hierro que participa en la estructura del grupo hem o hierro unido a porfirina. Forma parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas, como citocromos, entre otras. Se encuentra únicamente en alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res, entre otros. Tiene una absorción de 10 - 30%³.

Hierro no Hemínico (hierro no hem)

Es el que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y tiene una absorción de hasta 10%, tales como habas, lentejas, arvejas, con mayor nivel de absorción, y las espinacas, acelgas, y hojas de color verde oscuro, con menor nivel de absorción.³

Lactancia materna exclusiva

Cuando la niña o niño consume solamente leche materna, directamente del pecho o extraída, sin agregar agua, jugos, té y otros líquidos o alimentos. Con excepción de sales de rehidratación oral, gotas o jarabes conteniendo vitaminas, suplementos minerales o medicamentos .

Lactancia materna continuada

Cuando la niña o el niño consume leche materna además de alimentos complementarios adecuados y apropiados para su edad, a partir de los 6 meses hasta los 2 años de edad².

Crianza perceptiva

Un estilo de crianza que está diseñada para fomentar el desarrollo de la autorregulación y promover el desarrollo cognitivo, social y emocional. La autorregulación incluye construcciones superpuestas que pueden afectar las conductas alimentarias, incluyendo el autocontrol, fuerza de voluntad, control conductual, demora de la gratificación, regulación emocional, función ejecutiva y control inhibitorio.

RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Estas recomendaciones se están clasificando en 2 grupos:

NIÑA O NIÑO MENOR DE 6 MESES



NIÑA O NIÑO DE 6 A 23 MESES





1

**RECOMENDACIONES DE
ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ DE
0 A 6 MESES**

TEMÁTICA A

RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 6 MESES*

RECOMENDACIÓN 1

Dale sólo leche materna durante los primeros 6 meses de edad a libre demanda, para que tu bebé crezca sano e inteligente.



BENEFICIOS PARA EL BEBÉ:

La evidencia es amplia al reconocer los múltiples beneficios que ofrece al bebé, le brinda todos los nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo, fortalece su sistema inmunológico, disminuye el riesgo de muerte súbita y morbilidad infantil por enfermedades infecciosas, y mejora el apego^{6,7,8,9}.

Lo protege de diferentes enfermedades, porque las inmunoglobulinas que brinda la leche materna cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo del bebé, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

Esa protección incluso dura más allá de la etapa de amamantamiento, proporcionando mejor salud e inteligencia hasta la vida adulta. Asimismo, está relacionada con una reducción de las probabilidades de prevalencia de sobrepeso u obesidad y de la incidencia de la diabetes mellitus tipo 2^{10,11}.

La leche materna tiene ácidos grasos poli-insaturados que son de gran importancia para el desarrollo del sistema nervioso del bebé, asociado con un incremento del cociente de inteligencia; esto se traduce en un mejor desempeño académico, mayores ingresos y productividad a largo plazo^{9,12}.

En países de ingresos bajos y medios, los niños que recibieron alimentos y líquidos aparte de la leche materna antes de cumplir 6 meses, tuvieron hasta 2.8 veces más probabilidades de morir que los bebés que fueron alimentados exclusivamente con leche materna, además el riesgo de morir fue 14 veces más alto para los niños que no fueron amamantados⁹.

* Al que denominaremos en adelante "el bebé".

La OMS refiere que "...la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes". Asimismo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomienda que "los bebés deben alimentarse exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida."

OTRAS CONSIDERACIONES:

La leche materna se define como un alimento; sin embargo, es un tejido vivo en el cuerpo, que brinda muchos más beneficios porque su contenido se adapta a las necesidades de cada bebé en cada etapa de su vida (Figura N° 1).

Figura N° 1
La leche materna en sus diferentes etapas



Fuente: Acompañando tu lactancia-Manual Operativo de Lactancia Materna Chile-Crece Contigo

La leche materna tiene toda el agua que el bebé necesita para estar bien hidratado. No es necesario darle otros líquidos, como agüitas, infusiones, mates u otros alimentos para saciar la sed del bebé, porque estos atentan contra una lactancia materna exitosa y contribuyen a incrementar el riesgo de enfermedades infecciosas, llegando incluso a suspender la lactancia antes de tiempo y teniendo como consecuencia la disminución de la producción láctea de la madre y la desnutrición del bebé².

El bebé tiene una habilidad natural para regular su apetito, por lo que es importante que la madre reconozca las señales tempranas de hambre (que se despierte, abra la boca o que busque el pecho) (ver Figura N° 2) y las señales de saciedad del bebé (ver la Figura N° 3).

Recuerda identificar algunas señales tempranas de hambre / saciedad a través de la voz, expresión facial y acciones que el bebé pudiera tener a fin de asegurar una adecuada lactancia materna.

Figura N° 2
Señales de hambre del bebé

Señales tempranas: **"Tengo hambre"**



Emocionado



Boca abierta



Girando la cabeza / buscando

Señales medias: **"Tengo mucha hambre"**



Aumenta el movimiento físico



Estirando



Mano a la boca

Señales tardías: **"Tranquilízame primero y luego dame de comer!"**



Movimientos corporales agitados



Llorando



Enrojecido

El llanto es una petición de ayuda, no un elemento de manipulación



Contacto con la piel



Abrazo



Caricias



Hablarle

Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

Figura N° 3
Señales de saciedad del bebé



Disminuye o detiene la succión



Aprieta los labios



Escupe el pezón



Voltea la cabeza



Se queda dormido cuando está lleno

Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

BENEFICIOS PARA LA MADRE:

Dar de lactar reduce el riesgo de hemorragia postparto, prolonga la amenorrea¹⁴, así como disminuye el riesgo del desarrollo de cáncer de mama y de ovario⁶, y de diabetes mellitus tipo 2.

RECOMENDACIÓN 2

Inicia el contacto piel a piel durante la primera hora de nacido, asegurando el inicio temprano de la lactancia materna y fortalecimiento del vínculo madre-niño



El suministro de leche materna al bebé durante la primera hora de vida se conoce como "inicio temprano de la lactancia materna"; así se asegura que reciba el calostro ("primera leche"), rico en factores de protección. Asimismo, el contacto directo de la piel de la madre con la del bebé poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusiva, así como la duración total de la misma.

El contacto entre la madre y el bebé dentro de la primera hora de nacido beneficia tanto a la madre como al recién nacido, siendo responsabilidad del personal de la salud que se cumpla, de acuerdo a la normativa vigente.

Las madres a las que se les practica una operación cesárea, también pueden amamantar inmediatamente después de la misma (durante la primera hora), si disponen de la ayuda de un personal de la salud para acomodarse al momento de amamantar a su bebé¹⁵. En el caso de madres primíparas o madres que no han tenido experiencia previa de contacto piel a piel, el personal de la salud debe apoyarlas para que el bebé haga un buen acoplamiento.

El alojamiento conjunto continuo, al que toda madre tiene derecho garantiza el contacto piel a piel durante la primera hora de nacido. En este momento entabla una relación de profunda intimidad que les permite conocerse mutuamente y debe de involucrar a la pareja o familiar de su confianza.



BENEFICIOS PARA LA MADRE:^{16,17}

Dar de lactar permite la liberación de hormonas que la calman y ayudan a su recuperación (la oxitocina y endorfinas, que producen bienestar y placer, así como la prolactina, que permite la producción de leche y tiene un efecto relajante).

Disminuye los niveles de depresión y ansiedad postparto (trastornos del estado de ánimo materno).

BENEFICIOS PARA EL BEBÉ:^{16,17}

Lo mantiene caliente.

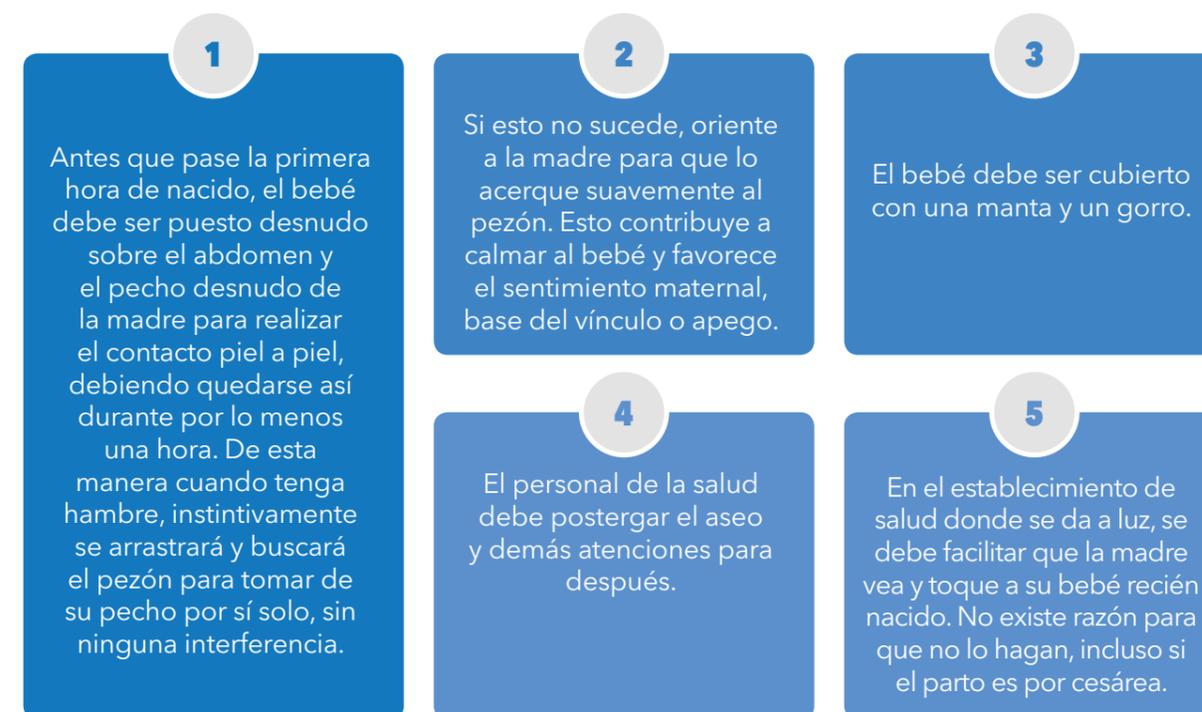
Mejora su estabilidad cardio respiratoria.

Llora menos.

Contribuye a que el calostro fluya con más facilidad, favoreciendo el tiempo de inicio de la lactancia y al éxito del amamantamiento.

Estimula el apego temprano a la madre y desarrolla una adecuada succión.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:



Todo personal de la salud debe continuar con la atención del recién nacido según lo establecido en la normativa vigente.

Recordar que la OMS recomienda que "el niño debe colocarse en contacto con la piel de su madre inmediatamente después del parto, durante al menos una hora, y debe alentarse a las madres, ofreciéndoles ayuda si es necesario, a reconocer las señales que indican que está preparado para comenzar a lactar".¹⁵

RECOMENDACIÓN 3

Asegura el consumo del calostro durante los primeros días para mejorar las defensas del bebé



La leche de los primeros días se llama calostro, se comienza a producir en el embarazo, hasta los 3 a 5 días posteriores al nacimiento. El calostro tiene una característica especial, es un líquido de color amarillento, espeso, rico en proteínas, vitamina A y sustancias que refuerzan las defensas que protegen al bebé contra las infecciones (ver Figura N° 4).

Se ha comprobado que recibir el calostro es como recibir la primera vacuna biológica para el bebé, porque protege la mucosa intestinal con inmunoglobulina A secretoria, impidiendo de este modo la implantación de gérmenes, además lo protege contra la neumonía, la diarrea y otras enfermedades. El calostro tiene un efecto laxante, al ayudar al bebé a eliminar el meconio (las deposiciones negruzcas en los primeros días de nacimiento), disminuyendo la presentación de ictericia «fisiológica»²⁰.

La producción del calostro se da normalmente en pequeñas cantidades y es lo único que el bebé necesita; por lo que, el personal de salud debe brindar seguridad a la madre de que la cantidad producida es suficiente y tiene el valor nutritivo que se ajusta a las necesidades del bebé. El consumo del calostro debe ser a partir de la primera hora de nacido, ya que esto garantiza el inicio adecuado de la lactancia materna. Es importante que el bebé no se duerma una vez iniciada la lactancia.

Considerando estos beneficios, la OMS señala que se debe asegurar el consumo del calostro (primera leche) por los factores de protección que brinda.

Figura N° 4
Características del calostro



Líquido de color amarillento espeso y se produce en pequeñas cantidades

Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

RECOMENDACIÓN 4

Utiliza una adecuada posición y técnica para el amamantamiento que contribuyan a una lactancia materna exitosa



Para una lactancia exitosa hay que asegurar una adecuada posición y técnica de amamantamiento, que faciliten la secreción de la leche y evite molestias en la madre. Este es un espacio de acercamiento entre la madre y el bebé, ya que le ofrece cariño, tranquilidad y consuelo, por eso no deben existir distractores para la madre (televisión, celular u otros).

TÉCNICA PARA EL AMAMANTAMIENTO²¹

1. Posición de la madre:

- Posición más cómoda, de acuerdo a la preferencia de la madre.

2. Posición del bebé:

- Con cabeza y cuerpo alineados.
- Cerca al cuerpo de la madre, para llevarlo hacia el pecho.
- Sostenido por la cabeza y hombros. En el recién nacido, todo el cuerpo.
- Frente al pecho de la madre, la nariz no debe ser obstruida por el pezón.

3. Agarre del bebé al pecho:

- Boca bien abierta.
- Labio superior e inferior volteado hacia afuera.
- Mentón del bebé toca el pecho, nariz cerca del pecho.
- Se observa más areola sobre el labio superior del bebé.
- La madre no siente dolor.

4. Succión del bebé al pecho para la transferencia de leche:

- Mamadas lentas y profundas, con pausas.
- Mejillas redondeadas cuando succiona.
- Se puede escuchar cuando deglute.
- El bebé suelta el pecho cuando termina.
- Madre nota que fluye/baja la leche, reflejo del efecto de la oxitocina.
- El bebé suelta el pecho cuando se satisface.

POSICIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO²¹

Para una adecuada técnica de amamantamiento, se recomienda que la madre adopte cualquiera de las posiciones y se sienta muy cómoda y relajada²².

Posición natural o biológica



La madre semi-acostada y el bebé echado decúbito ventral sobre ella. La madre se posiciona con la espalda reclinada, y el bebé boca abajo, con la cabeza situada entre los pechos descubiertos.

Posición clásica o cuna



Madre sentada y el bebé acunado, es la posición más común para amamantar. Se le acomoda en posición horizontal estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con los pies hacia el otro pecho.

Posición acostada



Es más cómoda después del parto y ayuda a descansar mientras amamanta.

- La madre y el bebé deben ubicarse recostados de lado, uno frente al otro, o el bebé debe estar acostado encima de la madre.
- La madre debe flexionar la pierna que esté arriba y, para mayor comodidad de esta, puede ayudarse con una almohada o frazada para sostener al bebé.
- La madre debe colocar los dedos debajo del seno y levantarlo hacia arriba, luego el bebé debe acercarse hacia la madre para que inicie a mamar.

Posición por debajo del brazo o sandía



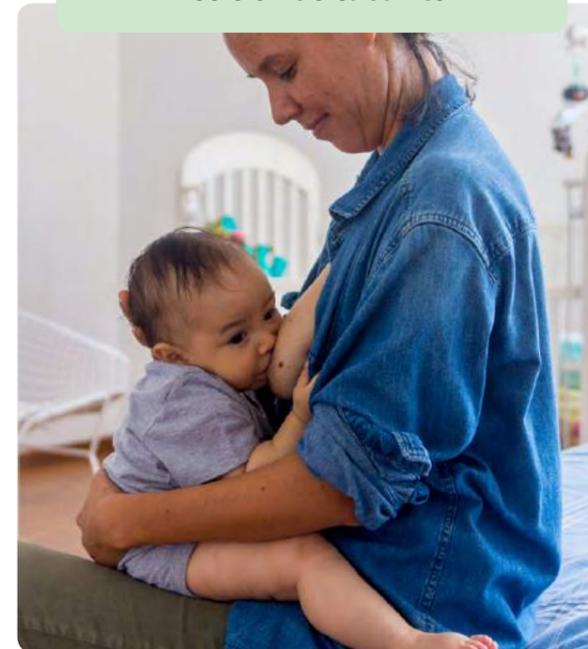
Esta posición es útil cuando hay gemelos, conductos lácteos bloqueados o dificultad en el agarre.

Posición alza con el brazo opuesto



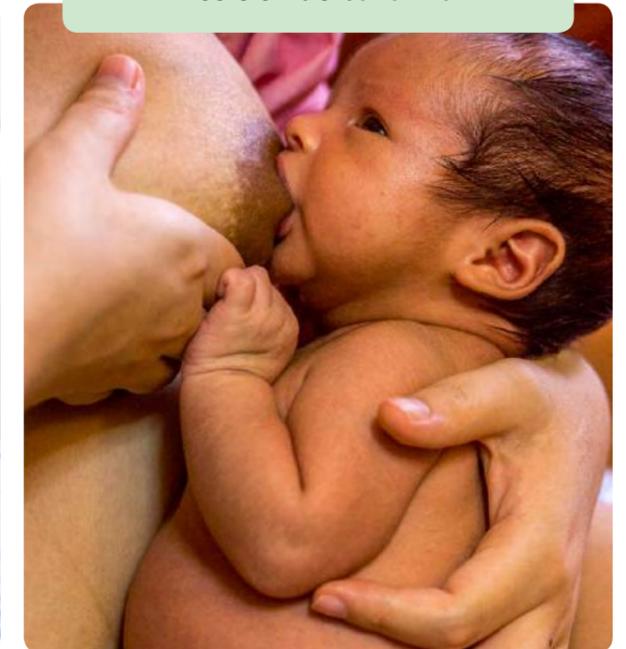
Esta posición es útil cuando los bebés son muy pequeños o se encuentran enfermos.

Posición de caballito



Se coloca al bebé frente a la madre montado en su pierna, con una mano coger la cabecita del bebé y con la otra mano coger el cuerpo. Esta es una buena posición para dar de mamar a bebés hipo/hipertónicos, bebés que vomitan mucho cada vez que maman o con paladar hendido.

Posición de bailarina



Se coloca la mano apoyando la mama y a la vez sosteniendo el mentón y la mandíbula del bebé mientras da de mamar. Esta es una buena posición para el bebé con hipotonía muscular y/o Síndrome de Down.

Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

RECOMENDACIÓN 5

Utiliza las técnicas correctas de extracción, conservación, almacenamiento y administración de leche materna al bebé



Aun cuando la madre tenga que separarse de su bebé puede continuar con la lactancia materna. Ver anexo N° 1

Existen diferentes motivos por los que una madre puede extraerse la leche, algunos de ellos son:

- Alimentación de un recién nacido prematuro. Ver anexo N° 2
- Separación de la madre y el bebé (por trabajo fuera del hogar, viajes, enfermedad, hospitalización, entre otras).
- Aliviar la congestión mamaria debido a pezones planos o invertidos.
- Alimentación de los bebés a término que tienen dificultades para mamar.

Para ello, la madre debe conocer sobre la correcta extracción y conservación de la leche materna, lo cual no es un proceso fácil, por lo que necesita ser paciente y aprender la técnica de extracción. En tal sentido, debe acercarse al establecimiento de salud más cercano y buscar la atención de un personal de la salud capacitado.

1. MEDIDAS DE HIGIENE EN LA EXTRACCIÓN:

- Es indispensable que en el lavado de manos se use agua y jabón, antes de la extracción de la leche.
- Secarse las manos con una toalla limpia.
- Utilizar un recipiente con tapa, frasco de vidrio de boca ancha y resistente al calor, lavado con agua caliente.

2. PREPARACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN:

- La madre debe hacerlo cómodamente sentada en un ambiente tranquilo y privado.
- La madre no debe estar inquieta, con estrés y/o con algún tipo de dolor.
- Si lo desea, puede estar acompañada con un familiar o alguien de su confianza.
- Invitar a la madre a mirar a su bebé. De no estar presente, puede tener una foto o una prenda de vestir del bebé, ello ayuda al reflejo de la oxitocina.

3. MÉTODOS PARA EXTRAER LA LECHE:

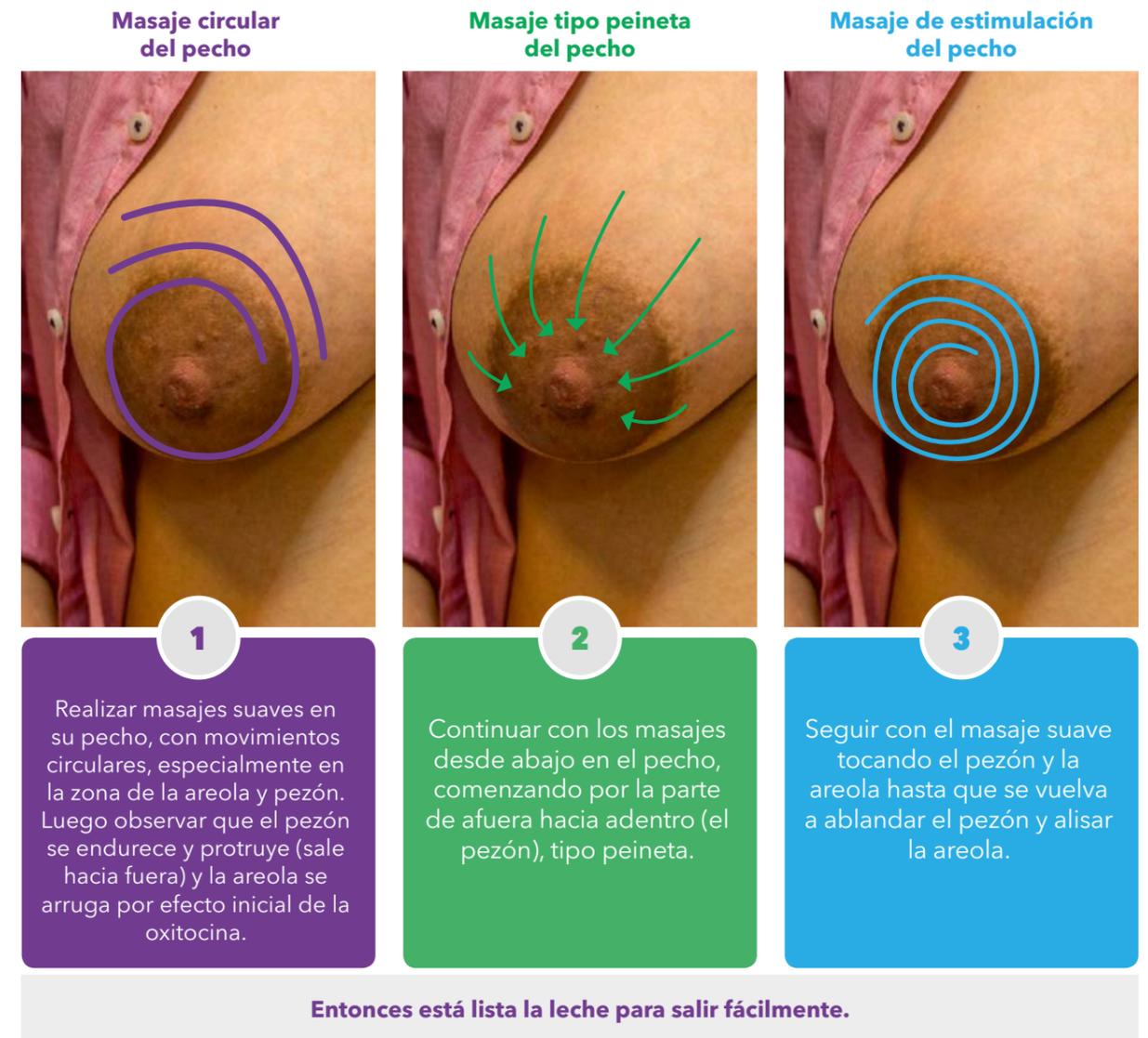
La extracción manual es la forma más sencilla, práctica, útil y con menor riesgo de contaminación.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL

Al realizar la extracción, el reflejo de eyección se demora más en ocurrir que cuando el bebé toma el pecho; por lo que, es normal que se demore en salir la leche de forma inicial. La extracción manual, por parte de la madre, dura aproximadamente entre 15 y 20 minutos, y se realiza de la siguiente manera:

1. Masaje de preparación del pecho

Figura N° 6



Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

2. Secuencia de extracción manual de la leche

Figura N° 7



Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

3. Técnica de extracción con pezoneras o bombas eléctricas (Ver Figura N° 8)

Es una alternativa de extracción de la leche materna y tiene un costo. La evidencia muestra que la extracción se hace en más corto tiempo, porque puede hacerse con ambos pechos y puede extraerse un mayor volumen. Es aconsejable para re-lactar al bebé.²³ Ver anexo N° 3

Figura N° 8
Extracción con bomba eléctrica



4. Conservación de la leche materna

La leche materna extraída se puede conservar a temperatura ambiente, en refrigeración y/o congeladora. La evidencia muestra que conserva su composición nutricional, su actividad bactericida y su efecto antioxidante dentro de las 48 de horas de refrigerada^{18,24}; pero si excede las 48 horas es preferible que sea congelada para que conserve su composición nutricional y la actividad bactericida²⁵. A continuación, se muestra en el Cuadro N° 1 la temperatura y el tiempo de conservación de la leche materna extraída.

Cuadro N° 1:
Conservación de la leche madura extraída para alimentar al bebé²⁶

Temperaturas	Tiempo de conservación
Temperatura ambiente (16-29° C)*	3 - 4 horas óptimo 6-8 horas aceptable en condiciones muy limpias**
Refrigerada (4° C) Debe almacenarse en la refrigeradora en la parte del fondo, no en la puerta.	4 días óptimo 5-8 días aceptable en condiciones muy limpias**
Congelador (-18° C) Localizado con una puerta separada (refrigerador con dos puertas).	6 meses óptimo 12 meses aceptable

*Las temperaturas más altas están asociadas con el aumento más rápido de bacterias en la leche almacenada. Para temperatura ambiente entre 27°C y 32°C, un tiempo de 3 a 4 horas puede ser un límite razonable.

** Eglash, A., Simon, L., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2017). ABM clinical protocol# 8: human milk storage information for home use for full-term infants, Revised 2017. Breastfeeding Medicine, 12(7), 390-395.

¿Cómo descongelar y entibiar la leche extraída?

- Se recomienda descongelar de forma gradual, bajando la leche del congelador al refrigerador, la noche anterior.
- Una vez descongelada la leche, moverla suavemente con movimientos circulares para distribuir el calor uniformemente.
- La madre debe saber que la leche descongelada debe ser consumida antes de 24 horas y que no se puede volver a congelar.
- Si la madre necesita completar una medida puede agregar leche extraída en el momento (también es posible antes de congelar).
- Se debe entibiar la leche hasta alcanzar una temperatura similar a la corporal, colocándola en un envase con agua tibia.
- No se somete al fuego porque afecta a las sustancias probióticas y algunas células vivas.
- Nunca usar el horno microondas porque puede destruir los nutrientes en la leche materna y crear puntos calientes que pueden quemar la boca de un bebé.

5. Administración de la leche materna

Debe administrarse de la siguiente manera:

- Con la cucharita o el vaso, colocando al bebé en posición semi-sentado.
- Tener en cuenta que un bebé de 4 meses empuja hacia afuera lo que toca con la lengua, por ello la persona que lo alimenta debe evitar tocar la lengua con la cucharita o el vaso.
- La leche entibiada no debe volverse a refrigerar y debe eliminarse la leche que no tomó.

Figura N° 9
Forma de administración de leche materna



Con cucharita

Con vaso

Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

Es importante tener en cuenta el tamaño del estómago de un recién nacido. A medida que transcurren los días su capacidad gástrica va en aumento, tal como refiere el siguiente gráfico desde el día 1 hasta el día 30:

Figura N° 10
Tamaño del estómago de un recién nacido



Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

¿Qué cantidad de leche necesita el bebé?

- En la edad de 0 a 6 meses, la lactancia materna exclusiva es a **libre demanda** (según lo requiera el bebé), sin horarios ni medición de la cantidad. Ver anexo N°4.
- Cada bebé tiene su patrón de lactancia y regula la cantidad que necesita para alimentarse. Por ello, es importante poder identificar las señales tempranas de hambre que indiquen que quiere lactar (Ver Figura N° 2).



RECOMENDACIÓN 6

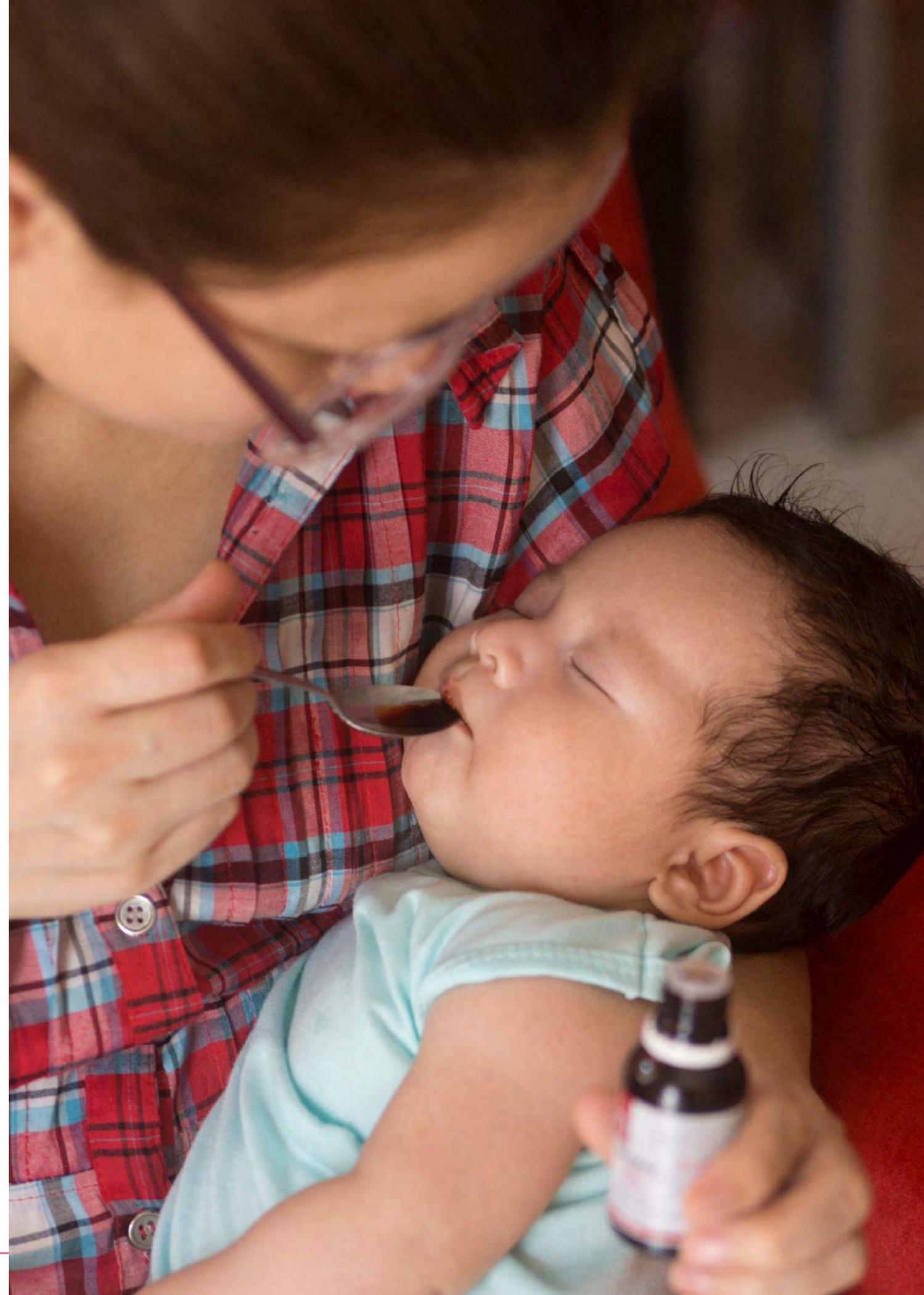
Suplementa con hierro a tu bebé a partir de los 4 meses de edad



El hierro es un mineral de suma importancia durante esta etapa. Su deficiencia está asociada a resultados negativos en el desarrollo cognitivo, conductual, motor y de resistencia a las enfermedades en el bebé.

Debido al rápido crecimiento físico y desarrollo neurológico, las necesidades nutricionales del bebé se ven incrementadas, por lo que es necesario realizar la suplementación preventiva con hierro, a fin de prevenir la anemia, debido a que sus reservas se van agotando conforme van creciendo.

Todos los bebés de 4 meses de edad deben recibir, de acuerdo a la normatividad vigente³, los suplementos de hierro en gotas (Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico), a fin de cubrir sus necesidades de hierro.





2

**RECOMENDACIONES DE
ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA
Y EL NIÑO DE 6 A 23 MESES**

TEMÁTICA B

RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO DE 6 A 23 MESES*

RECOMENDACIÓN 1

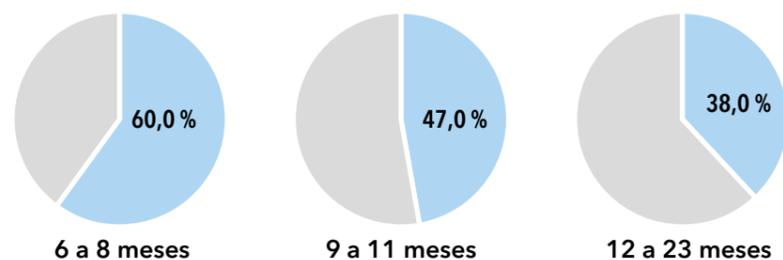
A partir de los 6 meses de edad continúa con la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más²⁷



Una vez cumplidos los 6 meses, se recomienda mantener la lactancia materna todo el tiempo que la madre y el niño lo deseen, porque la leche materna no pierde sus propiedades con el paso del tiempo. Por el contrario, continúa brindando un aporte importante de energía, tal como se observa en la Figura N°11.

Figura N° 11

Porcentaje de energía que aporta la leche materna en niños de 6 a 23 meses de diferentes edades



Fuente: Adaptado de Romero-Velarde et col (2016). Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 73(5), 338-356.

A partir del primer año de lactancia, la cantidad de grasa -en la composición de la leche-aumenta con respecto a los primeros meses, resultando un alimento completo y nutritivo para el niño y de mayor calidad que la leche de fórmula o de vaca.

Se ha visto que un niño mayor de un año que lacta obtiene aproximadamente 38% de sus necesidades calóricas y proteicas diarias a través de la leche materna (a veces más, sobre todo durante períodos de enfermedad), además de una cantidad muy importante de vitaminas y minerales.

* Al que denominaremos en adelante "los niños", en general.



Por otro lado, los niños mayores que continúan lactando siguen disfrutando de los beneficios inmunológicos de la leche materna, con una menor incidencia de infecciones para su edad que los niños que no son amamantados. Las ventajas de mantener más tiempo la lactancia materna no sólo se observan a corto plazo, sino años después del destete.

La lactancia materna tiene efectos protectores contra enfermedades infecciosas, enfermedades respiratorias y otras. Diversos estudios nos muestran que la lactancia disminuyó la gravedad de la diarrea, así como la reducción del riesgo de hospitalización y mortalidad debido a infección respiratoria; además de los beneficios económicos para los países, como el ahorro potencial en los costos de tratamiento de la atención médica, de la reducción de incidencia de diarrea y neumonía^{28,29}, adicionalmente se ha constatado una menor incidencia de ciertos tipos de cáncer (como la leucemia infantil), de enfermedades metabólicas y autoinmunes (como la diabetes tipo 1).

Existe un mayor desarrollo intelectual a mayor tiempo y exclusividad de la lactancia materna, efecto que permanece durante años y que incluso puede llevar a alcanzar un mayor nivel de estudios y de ingresos económicos en la vida adulta. La duración de la lactancia materna también está implicada en un mejor desarrollo emocional y psicosocial del niño.

Por último, se han descrito numerosas ventajas para la madre que amamanta. A más tiempo total de lactancia, menor riesgo de diabetes tipo 2, cáncer de mama, cáncer de ovario, hipertensión e infarto de miocardio.

RECOMENDACIÓN 2

Inicia la alimentación complementaria (alimentos diferentes a la leche materna) a partir de los 6 meses de edad



Hasta aproximadamente los 6 meses de edad, la leche materna, así como los depósitos de nutrientes, como el hierro, por ejemplo, logran cubrir las necesidades de energía y nutrientes del niño.³⁰

Sin embargo, a partir de los 6 meses debido al rápido crecimiento físico y desarrollo neurológico, las necesidades nutricionales son elevadas, por lo que necesitan empezar a consumir alimentos complementarios en pequeñas cantidades que permitan cubrir las brechas nutricionales, principalmente de energía y hierro.

Figura N° 12

Porcentaje de energía que aporta la leche materna en niños de 6 a 23 meses de diferentes edades

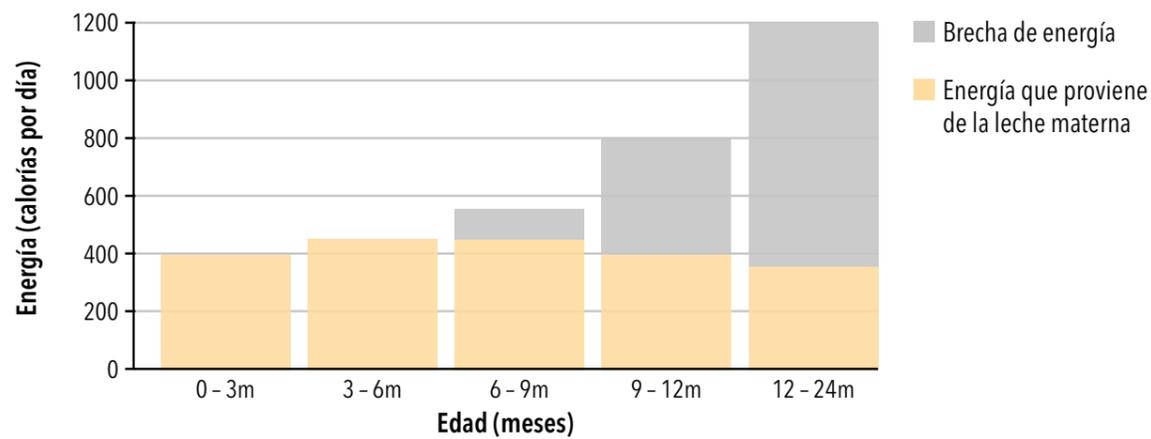
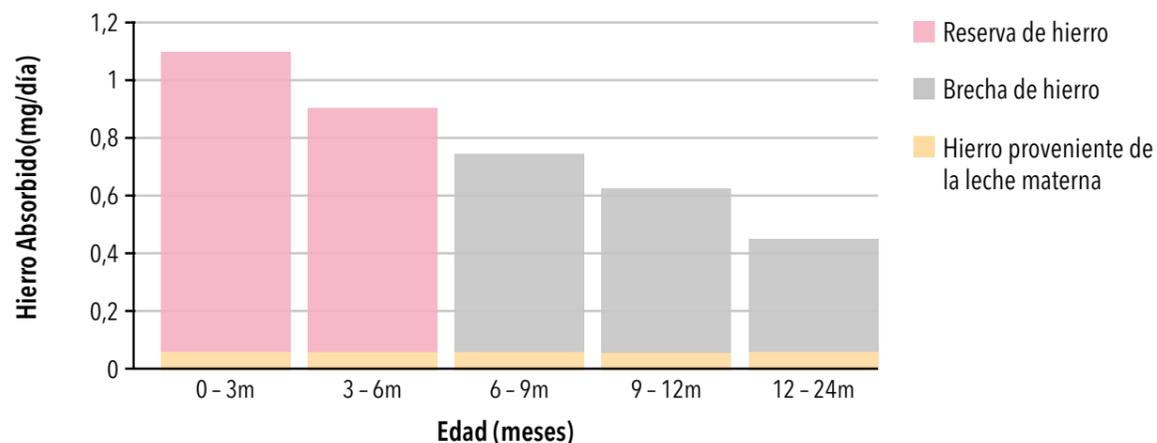


Figura N° 12

Brecha de hierro en niños menores de 24 meses



Fuente: Complementary Feeding. Family foods for breastfed children. WHO 2000

Se debe recordar que a esta edad los niños aún no tienen la suficiente maduración fisiológica (nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune). por lo que resulta necesario adaptar gradualmente la cantidad y consistencia de los alimentos para cubrir estas brechas; por ello, los alimentos complementarios o preparaciones a ser consumidos deben tener una alta densidad y contenido adecuado de nutrientes.³¹

El niño adquiere ciertas habilidades psicomotoras que le permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos; por lo general, estos hitos del desarrollo se manifiestan al sexto mes:

- Se sienta sin apoyo y tiene buen control de movimiento de cabeza y cuello.
- Mastica y usa la lengua para mover la comida hacia atrás de la boca para tragar.
- Ha desaparecido el reflejo de extrusión.
- Trae manos y juguetes hacia la boca para explorar.
- Manifiesta deseo por comida.
- Muestra entusiasmo por participar en la comida de la familia.
- Trata de poner comida en su boca.

El no brindar oportunamente la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, trae problemas como la desnutrición crónica y la anemia, lo cual afecta el crecimiento físico, el desarrollo neurológico y su sistema inmunológico. Asimismo, la pobre nutrición en esta etapa de la vida tiene consecuencias a largo plazo en el desempeño intelectual y la salud en general de adolescentes y adultos, afectando sus oportunidades de vida y habilidades para el trabajo.³²

La introducción de alimentos complementarios permite que el niño esté expuesto a una variedad de texturas y consistencias, contribuyendo al desarrollo de sus habilidades motoras como la masticación. También es importante en esta etapa prestar atención a las señales de hambre y saciedad que el niño presente conforme crezca. Ver detalle en el Cuadro N° 2.

Cuadro N° 2

Señales de hambre y saciedad en el niño de 6 a 23 meses de edad

Edad	Señales de hambre	Señales de saciedad
6 a 8 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Acerca la cabeza a la cuchara o intenta llevar la comida a la boca. • Señala la comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Come más lento. • Empuja la comida hacia afuera.
9 a 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Quiere alcanzar la comida. • Expresa deseo por comida específica con palabras o sonidos. • Indica la comida. • Se emociona cuando ve comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cierra la boca o escupe la comida. • Sacude la cabeza para indicar que no quiere más.
12 a 23 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Combina frases con gestos como "quiero eso" y señala los alimentos. • Puede llevar a los padres a la cocina y señalar la comida o bebida que "quiere". 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza palabra como "acabé", "ya, no más". • Juega con la comida o la lanza cuando está lleno.

Fuente: Adaptado de Butte et al. (2004) y WIC (2009)

RECOMENDACIÓN 3

Modifica gradualmente la consistencia de la alimentación de acuerdo a la edad del Niño



La OMS indica que, a partir de los 6 meses de edad, los niños pueden comer alimentos bajo la forma de papillas o purés y alimentos semisólidos. Estas preparaciones son necesarias al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de mordisquear (movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo) o masticar (uso de los dientes).

Cabe indicar que existe un periodo de ventana crítica de tiempo para introducir alimentos sólidos “grumosos”; si estos no se introducen antes de los 10 meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro.

Por lo tanto, es vital exponer al niño a alimentos con diferentes texturas y consistencia apropiada para poder hacer una transición adecuada a los alimentos sólidos, por ejemplo, pasar inicialmente desde un puré suave (aplastado) a preparaciones grumosas/trituradas, luego a alimentos sólidos blandos picados hasta comer el mismo tipo de alimentos que consume el resto de la familia.³⁴

Se recomienda que la consistencia gradual de las preparaciones sea la siguiente:

Figura N° 14



Fuente: Banco de fotos Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-Instituto Nacional de Salud

Las habilidades motoras son usualmente aprendidas entre los 6 a 12 meses, periodo en el cual la lengua aprende a mover alimentos sólidos en la boca para luego ser deglutidos. Esta habilidad depende de la experiencia de la textura del alimento en la boca, quizá más que de la edad en particular.



Se recomienda que la densidad energética de los alimentos complementarios sea de al menos 0.8 kcal/gramo hasta un máximo de 1.2 kcal/gramo, por ejemplo, preparaciones como purés, papillas o segundos. Ver detalles en el Cuadro N° 3.

Finalmente, debemos recordar que las preparaciones líquidas no contienen la suficiente cantidad de nutrientes debido a que su mayor contenido está constituido por agua y, por lo tanto, no concentran un buen contenido nutricional en una pequeña cantidad.

Cuadro N° 3
Alimentos a ser introducidos en los niños de 6 a 23 meses

Alimentos		Edad (meses)		
Grupo	Subgrupo	6 a 8	9 a 11	12 a 23
Cereales, tubérculos y menestras	Cereales *	Aplastados	Según la preparación de casa	Según la preparación de casa
	Tubérculos y raíces	Aplastados / puré	Picados en pequeños trozos	En trozos pequeños
	Menestras	Aplastados / puré	Combinados con cereales	Según la preparación de casa
Frutas	Frutas	En Papilla	Picadas en pequeños trozos	En trozos pequeños
Verduras	Verduras	Aplastadas / puré	Picadas en pequeños trozos	En trozos pequeños
Lácteos y derivados	Leche entera	No ofrecer		Hervida o pasteurizada
	Quesos	Desmenuzado	Picados en pequeños trozos	En trozos pequeños
	Yogur natural	Sin adición de azúcar		
Carnes, pescado y huevos	Carnes rojas, de aves, vísceras rojas, sangrecita.	Triturados o molidos o desmenuzado	Picados en pequeños trozos	En trozos pequeños
	Pescado	Desmenuzado	Picados en pequeños trozos	En trozos pequeños
	Huevos (aves)	Aplastado **	Picados	En trozos pequeños
Azúcar	No agregar azúcar, panela, miel, ni alimentos y bebidas con azúcares añadidos			
Grasas	Aceites	Usar aceite vegetal y mantequilla		
	Oleaginosas (almendras, maní, nueces) ***	Machacados o molidos		

* Se refiere a cereales naturales o mínimamente procesados

**Inicie con la yema y luego ofrecerlo completo

*** Se recomienda dar machacados o molidos en niños pequeños a fin de prevenir riesgo de broncoaspiración o introducción en fosas nasales u oído.

Fuente: Adaptado de Guías Alimentarias para mujeres gestantes, madres en período de lactancia, niños y niñas menores de dos años para Colombia.

RECOMENDACIÓN 4

Incrementa la cantidad de alimentos que se ofrece al niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad.



La evidencia sugiere que los niños regulan la cantidad de energía que ingieren de acuerdo a la densidad de las preparaciones y a la frecuencia de la alimentación. Así aquellos niños que consumen menos comidas durante el día a menudo consumen porciones más grandes; mientras que niños que comen con mayor frecuencia tienden a consumir porciones más pequeñas³⁵.

La cantidad de alimentos ofrecidos debe estar basada en la alimentación responsiva o perceptiva, asegurando que la densidad energética y la frecuencia de las comidas sean las adecuadas para cubrir las necesidades del niño. Además, un factor a tener en cuenta para estimar la cantidad de alimentos (sólidos y/o líquidos) a ofrecer por tiempo de comida es la capacidad gástrica del niño aproximadamente 30 g/kg de peso corporal.

Es importante no ser muy prescriptivo en cuanto a las cantidades de alimentos que deben ser consumidos, pues las necesidades de cada niño varían debido a las diferencias en la ingesta de leche materna y la variabilidad de la tasa de crecimiento. Más aún, los niños en proceso de recuperación de enfermedades o que viven en ambientes donde el desgaste de energía es mayor pueden requerir de más energía que la aportada por las cantidades promedio descritas.

Recuerde comenzar a los 6 meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño mientras se mantiene la lactancia materna, según la referencia del detalle siguiente:

Figura N° 15



½ plato mediano*
(3 a 5 cucharadas)



¾ plato mediano*
(5 a 7 cucharadas)



1 plato mediano*
(7 a 10 cucharadas)

*Un plato mediano es de 19 cm de diámetro

Fuente: Banco de fotos de Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-Instituto Nacional de Salud

Así también, el consumo de las comidas puede tomar como referencia la siguiente frecuencia durante el día:

Cuadro N° 4
Frecuencia de las comidas diarias

EDAD	N° DE COMIDAS	LACTANCIA MATERNA
6 meses	2 comidas diarias	A libre demanda
7 a 8 meses	3 comidas diarias	
9 a 11 meses	3 comidas diarias más 1 refrigerio*	
12 a 23 meses	3 comidas principales más 2 refrigerios*	

*Los refrigerios son preparaciones fáciles de hacer, como por ejemplo mazamoras o papillas; o alimentos como: papa, camote, frutas, pan u otros.

Fuente: Documento Técnico Sesiones Demostrativas INS/CENAN. 2012.

RECOMENDACIÓN 5

Incluye diariamente alimentos de origen animal como bazo, sangrecita, hígado, carnes, pescado y huevo.



La importancia de incluir fuentes de origen animal en la alimentación complementaria tiene su fundamento en que el consumo de carne, hígado, cerdo y aves de corral están asociados con el buen crecimiento, el desarrollo psicomotor y el buen estado de hierro en la infancia, además de no producir aumento excesivo de adiposidad

A pesar de la clara preferencia de las madres de brindar preparaciones sin alimentos de origen animal, la aceptabilidad de la carne e hígado en los niños que inician la alimentación complementaria ha sido confirmada en múltiples pruebas.

Cualquier corte de carne entera magra o desgrasada es adecuado, incluso los más económicos. Es importante retirar la grasa visible y la piel del pollo antes de la cocción. Las carnes deben ofrecerse bien cocidas: a la plancha, hervida, al horno o a la parrilla, desmenuzada con un tenedor o rallada, nunca licuada ni procesada.

El consumo de huevos ofrece una fuente de proteínas excepcional, así como de ácidos grasos y una amplia gama de vitaminas, minerales y compuestos bioactivos (luteína y zeaxantina) que podrían tener un impacto positivo en la prevención del retraso del crecimiento, siendo además una opción disponible a nivel local y más asequible a las poblaciones de escasos recursos.



RECOMENDACIÓN 6

Evita el uso de azúcar o sal en las preparaciones, así como el consumo de alimentos ultra procesados



No se recomienda agregar sal ni azúcares a las preparaciones de los niños durante esta etapa de aprendizaje de texturas y sabores. Los refrescos en polvo, jugos o néctares con azúcar, las bebidas gaseosas y en general cualquier bebida azucarada o con edulcorantes artificiales no son recomendados, ni necesarios, además que pueden desplazar a alimentos o preparaciones con valor nutricional y causar mayor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad, caries dentales, entre otros.

Tampoco son recomendados el uso de edulcorantes artificiales (sacarina, aspartame, sucralosa, estevia u otro) en forma directa ni en preparaciones, o productos comerciales "light" o "diet" u otro semejante. Es necesario precisar que actualmente se desconoce el impacto que tienen los edulcorantes bajos en calorías o no calóricos en el crecimiento y patrones de alimentación de los niños y las consecuencias a largo plazo.

Cabe indicar que se debe evitar dar la miel de abeja natural (no procesada) ya que puede contener esporas de *Clostridium botulinum*, lo cual, sumado al déficit de ácido gástrico del niño pequeño, facilitaría el desarrollo de botulismo.⁴¹

Respecto a la preferencia por el sabor salado, esta es formada y modulada por la experiencia en el consumo de alimentos durante el primer año de vida. El consumo temprano de sal en niños a partir de los 6 meses de edad puede modificar los patrones alimentarios cuando estos comiencen a consumir alimentos de la mesa familiar.⁴²

Los niños amamantados con leche materna obtienen la cantidad suficiente de sal (sodio), motivo por el cual no es necesario añadir sal a las preparaciones, además que sus riñones son inmaduros todavía para manejar las sobrecargas de sal. Asimismo, se debe evitar agregar sal al agua de cocción de la comida del niño o utilizar sazonadores comerciales de caldos, salsas o cremas o embutidos ya que son alimentos o productos ultra procesados con alto contenido de sodio.^{43,44}

Finalmente, los padres o cuidadores deben revisar cuidadosamente las etiquetas cuando seleccionen alimentos comerciales para niños pequeños ya que pueden contener cantidades excesivas de sodio y azúcar.⁴⁵



EVITAR SU CONSUMO EXCESIVO



RECOMENDACIÓN 7

Utiliza en la alimentación de tu niño alimentos como los huevos, pescados y frutas cítricas desde el inicio de la alimentación complementaria



La evidencia reciente muestra que la dieta materna durante el embarazo y la lactancia no se asocian con el desarrollo de alergias alimentarias en los niños, así también muestra que no existe razón para retrasar la introducción de alimentos alergénicos más allá de los 12 meses de edad cuando la mayoría de los niños están listos para empezar con los alimentos complementarios. Evidencia adicional sugiere que exponerlos durante el primer año de vida a alimentos alergénicos comunes, puede realmente disminuir el riesgo de desarrollo posterior de alergias a esos alimentos.^{46, 47, 48}

Así, el huevo es un alimento de alto valor nutricional. La evidencia reciente muestra que el consumo temprano del huevo contribuye a mejorar el crecimiento físico del niño, evitando de esta manera la desnutrición crónica.⁴⁹

El pescado puede incorporarse entre los 6-7 meses, dando de preferencia pescados como la anchoveta, bonito, jurel y caballa, los que tienen un alto contenido de ácidos grasos, como el DHA que ayuda en el desarrollo neurológico.

No se necesita evitar los alimentos ácidos, como por ejemplo la naranja, mandarina, tomate y otros en las comidas del niño; estos pueden causar irritación alrededor de la boca debido al contenido de ácido del alimento y no a una reacción alérgica provocada por consumir el mismo.⁵⁰

Finalmente, la Academia Americana de Pediatría recomienda que se incorpore un alimento a la vez, cada 3 a 5 días. Este proceso da la oportunidad de identificar si algún alimento puede causar una reacción alérgica.

RECOMENDACIÓN 8

Incorpora leche, queso o yogur en la alimentación del niño a partir de los 12 meses de edad



En el caso de niños de 6 meses hasta los 12 meses de edad que continúan siendo amantados con leche materna, no es recomendable el consumo de leche entera (vaca, cabra, oveja), leche tratada a ultra temperatura y leche evaporada, debido a que su consumo elevado desplaza a los alimentos sólidos, entre ellos los alimentos ricos en hierro, generando un menor aporte de hierro en la dieta del niño. La leche se incorpora a partir del primer año de edad.

Asimismo, es aceptable a partir de los 6 meses incorporar pequeñas volúmenes o cantidades de derivados lácteos, como yogur natural o quesos.^{51, 52}

En aquellos niños que no continúan con la lactancia materna, la leche y los productos lácteos como el queso y el yogur natural ofrecen un aporte importante de nutrientes como calcio y proteína.



RECOMENDACIÓN 9

Continúa con la suplementación de hierro, además de la alimentación complementaria para evitar la anemia



A los 6 meses de edad se debe continuar con la suplementación preventiva de hierro con micronutrientes u otra presentación, como gotas o jarabe de Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico, de acuerdo a la normativa vigente.³

Los niños a esta edad deben empezar a consumir alimentos sólidos que sean ricos en hierro junto con la suplementación, ya que en ese momento la leche materna no proporciona suficiente cantidad de este nutriente.



RECOMENDACIÓN 10

Promueve el consumo diario de frutas y verduras disponibles en tu localidad



Las frutas y verduras son alimentos naturales que nos aportan vitaminas, minerales y fibra, cuyo consumo es necesario promover como parte de un estilo de vida saludable, desde el inicio de la alimentación complementaria.

Se debe ofrecer una variedad de frutas y verduras de diferentes colores y sabores; si acostumbramos al paladar a sabores ácidos, como algunas frutas, o amargos, como algunas verduras, su consumo es mayor a lo largo de la vida. Además, la exposición precoz a diferentes sabores podría disminuir el riesgo de rechazo a probar nuevos alimentos. Una ingesta poco frecuente de frutas y verduras durante esta etapa está asociada a un menor consumo de estos alimentos durante la niñez.⁵³ Siempre es importante tener en cuenta que los niños todavía pueden adquirir el gusto por las verduras, incluso si están expuestos a ellas en edades más avanzadas. Sin embargo, cuanto más tiempo pase para que un niño esté expuesto a los vegetales, más difícil es para el niño adquirir el gusto.

Los estudios sugieren que los niños nacidos de madres que consumieron frutas y verduras durante el embarazo y el período de lactancia son más propensos a aprender a adquirir el gusto por estos alimentos⁵⁴; y que, a los niños se les debe ofrecer varias veces las frutas y las verduras para que adquieran el gusto por ellas. Asimismo, ofrecer a los niños una variedad de verduras, en vez de ofrecerles la misma verdura una y otra vez, ha demostrado que aumenta la aceptación de más verduras y conduce a cantidades mayores de verdura consumida⁵⁵. Todo esto le da al niño las experiencias sensoriales necesarias para que le sigan gustando los alimentos nutritivos, permite influir en el niño de manera positiva y ofrece oportunidades para que los padres modelen conductas saludables.



Se debe indicar que el consumo temprano de jugos de frutas puede ser detonante de mayor ingestión de bebidas azucaradas en años posteriores, incrementando el riesgo de sobrepeso y obesidad. Por ello, se debe animar a los niños a comer fruta completa, entera o triturada, según la edad, ya que es más adecuado que el jugo o zumo, por su contenido en fibra y por su mayor poder saciante⁵⁶.

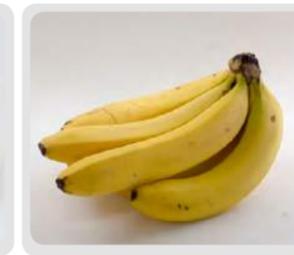
Figura N° 16
Frutas y verduras de color variado



Manzana



Naranja



Plátano



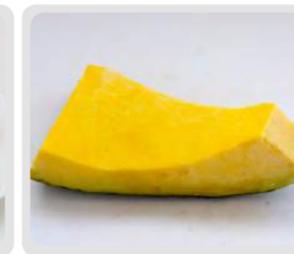
Pera



Tomate



Zanahoria



Zapallo



Espinaca

RECOMENDACIÓN 11

Durante la enfermedad, fracciona las comidas del niño ofreciéndole con mayor frecuencia para mantener la ingesta adecuada de nutrientes.



Las enfermedades infecciosas son muy frecuentes en esta etapa, siendo este un periodo de mayor riesgo de desnutrición; en algunos casos las enfermedades tienen a la fiebre como síntoma principal, esto hace que el niño se muestre irritable, sin apetito y pierda energía, lo cual lo pone en mayor riesgo de desnutrición.⁵⁷

Cabe indicar que durante esta etapa la leche materna es especialmente importante porque alimenta y previene la deshidratación, por ese motivo, se debe continuar con la lactancia materna e incrementar la frecuencia de consumo de alimentos (preparaciones blandas, como puré y/o mazamorra) en cantidades pequeñas. Si el niño vomita después de recibir los alimentos, es conveniente interrumpir temporalmente la alimentación, hidratarlo con leche materna, agua y/o sales de rehidratación oral, y, de acuerdo a la tolerancia, reiniciar la alimentación con pequeñas cantidades y mayor frecuencia, a fin de garantizar una adecuada ingesta de nutrientes.

Si en caso hubiera perdido peso, es importante ofrecer comidas adicionales hasta por 2 semanas después de los procesos infecciosos para ayudar a su recuperación.

RECOMENDACIÓN 12

Incorpora a tu niño a la mesa familiar y disfruta de su compañía



Las conductas de alimentación de los padres desempeñan un papel clave en la formación de preferencias alimentarias entre los niños. Por eso, la alimentación responsiva o perceptiva es una dimensión clave de la crianza y, a su vez, es necesaria para desarrollar hábitos saludables desde el inicio de la alimentación complementaria⁵⁸.

A partir de los 12 meses de edad, seguir un horario todos los días le ayuda al niño a aprender cuándo y qué esperar comer durante el día. En la medida de lo posible, debe asegurarse que las comidas del niño sean parte de las comidas de su familia. Los niños pequeños aprenden a comer alimentos sólidos y a socializar durante las comidas familiares.⁵⁹



Por ese motivo, la incorporación del niño a la mesa familiar debe seguir las siguientes consideraciones:

1

Asegúrese de que el ambiente de alimentación sea agradable con pocas distracciones (por ejemplo, sin televisión ni otras pantallas).

2

Asegúrese que el niño esté sentado cómodamente, idealmente frente a otros.

3

Deje que su hijo se alimente con utensilios apropiados para su edad, por eso debe tener su propia cuchara, vaso y plato.

4

Asegúrese que el alimento sea saludable, sabroso y apropiado para el desarrollo, y que se ofrezca en un horario adecuado (cuando el niño tenga hambre).

5

Coma con su niño y deje que sea parte de las comidas familiares, ofrezca alimentos despacio y con paciencia y motive al niño animándolo a comer.

6

Hable con su niño durante las comidas y responda a sus peticiones verbales y no verbales (señales de hambre y saciedad del niño).

7

Asegúrese que sus expectativas como padres y/o cuidadores, y las de su niño se comuniquen con claridad y consistencia.

8

Responda a las necesidades de alimentación del niño de una manera pronta, emocionalmente positiva (no responder negativamente cuando no quiera comer) y apropiada para el desarrollo.⁶⁰



RECOMENDACIÓN 13

Ofrece agua segura a partir de los 6 meses de edad.^{61, 62}



Los niños pequeños necesitan agua segura para mantenerse hidratados. El agua segura nos garantiza que esta sea libre de microorganismos nocivos y sustancias que causan problemas de salud. El consumo de agua segura a edades tempranas en niños pequeños permite que este se acostumbre a su consumo, disfrute de su sabor y desarrolle hábitos saludables. El agua segura debe reemplazar el consumo de bebidas azucaradas y/o jugos que contengan azúcar (incluidos los jugos o zumos de fruta).

Las conductas que los padres muestren tienen un gran impacto en la construcción de los hábitos saludables de los niños pequeños. Al ver a un adulto bebiendo agua segura, es probable que el niño imite la acción y la consuma también.

La cantidad que se debe ofrecer a niños a partir de 6 meses son pequeños sorbos; y, en niños de 1 año hasta los 2 años, es de 150-240 ml (5-8 onzas)⁶¹.



ANEXOS



ANEXO Nº 1

LACTARIOS INSTITUCIONALES

Los centros de trabajo del sector público y del sector privado, donde laboren veinte (20) o más mujeres en edad fértil (entre los 15 a 49 años de edad) deben contar con un lactario, el cual, es un ambiente apropiadamente implementado para la extracción y conservación adecuada de la leche materna durante el horario de trabajo, que reúne las condiciones mínimas que garantizan su funcionamiento óptimo como son: Privacidad, comodidad e higiene; así como el respecto a la dignidad y la salud integral de las mujeres beneficiarias, y la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo integral del niño lactante, hasta los 2 primeros años de vida.

Los lactarios deben tener las siguientes características mínimas:

ÁREA

Es el espacio físico para habilitar el servicio, el cual debe tener un mínimo de 10 metros cuadrados.

PRIVACIDAD

Al ser el lactario un ambiente de uso exclusivo para la extracción y conservación de la leche materna, deberá contar en su interior con elementos que permitan brindar la privacidad necesaria, tales como cortinas o persianas, biombos, separadores de ambientes, entre otros.

COMODIDAD

Debe contarse con elementos mínimos tales como: mesas, sillas y/o sillones con abrazaderas, dispensadores de papel toalla, dispensadores de jabón líquido, depósitos con tapa para desechos, entre otros elementos, que brinden bienestar y comodidad a las usuarias para la extracción y conservación de la leche materna.

REFRIGERADORA

El servicio de lactario deberá contar con una refrigeradora o frío bar en buen estado de conservación y funcionamiento para la conservación exclusiva de la leche materna.

ACCESIBILIDAD

El servicio de lactario deberá implementarse teniendo en cuenta las medidas de accesibilidad para toda madre, incluidas aquellas con discapacidad, conforme a la normativa vigente, en un lugar de fácil y rápido acceso para las usuarias, de preferencia en el primer o segundo piso de la institución; en caso se disponga de ascensor, podrá ubicarse en pisos superiores.

LAVABO O DISPENSADOR DE AGUA POTABLE

Todo lactario debe contar con un lavabo propio, o dispensador de agua potable y demás utensilios de aseo que permitan el lavado de manos, a fin de garantizar la higiene durante el proceso de extracción de la leche materna.

Las acciones para un funcionamiento óptimo del servicio de lactario son:

- Promoción, información y/o capacitación sobre los beneficios de la lactancia materna, implementando estrategias para dar sostenibilidad al servicio.
- Promoción del servicio de lactario.
- Elaboración de directivas internas o reglamentos internos para regular la implementación, mantenimiento, uso y acceso al servicio de lactario.
- Implementación de un registro de usuarias del servicio de lactario y registro de asistencia.
- Instalación de letreros de señalización de la ubicación del lactario.
- Instalación del letrero de identificación de las áreas del lactario.
- Higiene permanente de las áreas ocupada por el servicio de lactario en cada turno de trabajo.

ANEXO Nº 2

EN EL CASO DEL BEBÉ PREMATURO

Si no puede amamantar directamente del pecho o si las succiones son inadecuadas, se recomienda:

- Extraer leche en forma precoz (primera hora postparto) y frecuente, de 8-10 veces al día.
- Fomentar el contacto piel a piel y el método canguro.

Si tiene reflejo de deglución, pero no puede acoplarse al pecho, se recomienda:

- Alimentar a través de vasito o sonda al dedo.

Si tiene reflejo de deglución y puede acoplarse al pecho, pero el incremento de peso es insuficiente:

- Alimentar a través de sonda al pecho.
- Seguimiento frecuente.

MÉTODO CANGURO

El contacto piel a piel a través del 'cuidado canguro' consiste en colocar al bebé desnudo (sólo con un pañal y, si es necesario, un gorro), en contacto ventro ventral con la mamá, sentada o de pie, o boca abajo, si la mamá está echada; siempre debajo de la ropa de la madre, entre sus pechos. El bebé recibe amor, calor y lactancia.

Puede realizarse en recién nacidos de cualquier edad gestacional o peso, pero se aplica especialmente en prematuros, aún enfermos, pero estables como para tolerarlo. Puede iniciarse por periodos no menores de una hora e ir aumentándose el tiempo hasta llegar a ser permanente.

El bebé no debe ser bañado hasta salir del cuidado canguro. La madre debe dormir semi-sentada para evitar el reflujo y la bronco-aspiración del bebé. Puede hacerlo el padre del bebé u otro familiar, por algunos periodos.

El cuidado canguro ayuda a regular la temperatura, la respiración, la frecuencia cardiaca, la oxigenación y la glicemia del bebé, disminuye el riesgo de infecciones, aumenta la producción de leche y prolonga la lactancia materna, mejora la ganancia de peso, reduce la estancia hospitalaria, ayuda en el desarrollo del vínculo afectivo con la madre y aumenta la confianza de la madre en el cuidado de su hijo. El bebé llora menos y duerme mejor. Se reporta también un mejor desarrollo psico-motor.



ANEXO Nº 3 RELACTACIÓN

LA RELACTACIÓN ES UNA OPORTUNIDAD DE AMAMANTAR, QUE BENEFICIA A LA MADRE Y AL NIÑO

Es una técnica que permite retomar la lactancia. Una mujer puede volver a producir leche, después de un periodo de interrupción de la lactancia materna; a esta medida salvavidas se llama relactación.

Se aconseja aplicar la relactación en los siguientes casos:

- Cuando hubo que separar al hijo de la madre.
- Enfermedad perinatal grave que imposibilitó mantener la lactancia o darla en períodos frecuentes.
- Madres que al enterarse de las ventajas de la lactancia materna desean volver a producir leche.

Para el proceso de relactación, es necesario tener una sonda delgada y un frasco para poner la leche que se está suministrando:

- Tenga la leche extraída en un frasco en cantidad suficiente según el requerimiento del bebé.
- Fije con cinta adhesiva una sonda nasogástrica delgada lo más cerca del pezón de manera que el bebé se alimente y, a su vez, estimule al pezón al succionarlo.
- El otro extremo de la sonda está dentro del frasco que contiene la leche.
- Regule el flujo de la leche de la sonda cuando succione el bebé (doblando la sonda).
- El bebé debe lactar cada 2 horas.
- Reducir progresivamente la leche extraída en el frasco (primero en cantidad y después en frecuencia) hasta que la madre recupere la producción de la leche que el bebé necesita.
- La producción de la leche materna se recupera progresivamente, por lo que, la madre requiere paciencia y el apoyo del personal de la salud capacitado en consejería y en lactancia materna.



Fuente: Banco de fotos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- Instituto Nacional de Salud

La relactación permite mejorar el estado nutricional del bebé y la relación psicoafectiva con la madre. Para lograr el éxito de la relactación, se necesita información y acompañamiento continuo por un personal de la salud capacitado en consejería y en lactancia materna, tanto para las madres y todo su entorno (esposo, familia). El destete precoz puede elevar el índice de morbilidad infantil.

La OMS refiere que es fundamental la sensibilización a las futuras madres y a su entorno familiar de que este proceso no es siempre sencillo, haciéndoles saber que su apoyo y motivación es muy necesario para el éxito de ella.

ANEXO Nº 4

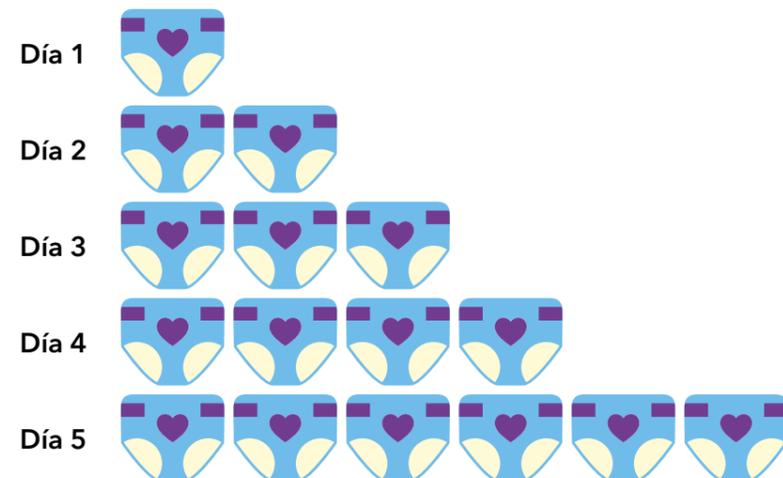
¿CÓMO SABER SI LA CANTIDAD DE LECHE QUE TOMA EL BEBÉ ES ADECUADA?

La lactancia materna exclusiva debe ser otorgada a libre demanda. Se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Amamanta al menos 8 - 12 veces en 24 horas durante el primer mes de vida.
- La deglución se escucha de forma rítmica mientras toma pecho.
- Los pechos se encuentran más blandos después de amamantar.
- La posición y el acople son cómodos, sin dolor.
- En general, el bebé se ve tranquilo después de mamar.
- La cantidad de pañales. La orina que produce un bebé bien hidratado debe oler muy poco y ser de color amarillo claro. Si la orina es de color amarillo oscuro y tiene un olor fuerte o si no hay orina puede ser debido a que el bebé no recibe leche suficiente. En los 3 primeros días de vida, el pañal puede contener cristales de urea, que son una mancha de color anaranjado en el pañal (ver imagen).

Imagen Nº 1

Cantidad mínima de pañales mojados con orina



EN LAS DEPOSICIONES:

- Meconio (día 1 a 3): Es de color negro, marrón o verde oscuro y de consistencia viscosa. Se forma en el intestino antes de nacer.
- Transición (día 3 a 4): Las heces son de color verde grisáceo y no son tan viscosas como el meconio. Indican que el bebé está digiriendo la leche.
- Maduras: Son de color amarillo-doradas, son blandas con grumos o hebras. Se espera sean 2 o más en 24 horas pero normalmente hacen una después de cada toma.
- Después del mes de vida: Es normal que los bebés amamantados de forma exclusiva no presenten deposiciones en varios días. Si sus deposiciones son de aspecto normal y el bebé aumenta bien de peso, no es motivo de preocupación.



Meconio
de 1 a 3 días



Transición
3 a 4to o 5to día



Amarillas
A partir del 5to día

Fuente: Acompañando tu lactancia-Manual Operativo de Lactancia Materna Chile-Crece Contigo

ANEXO N° 5

NECESIDADES NUTRICIONALES

REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA

Los requerimientos de energía se estimaron sobre la base de la propuesta establecida por la Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization/United Nations University - FAO/WHO/UNU 2001, para ello se tomó como referencia los datos de peso y talla de la OMS para la población de niñas y niños menores de 2 años, ya que estos datos reflejan un adecuado crecimiento físico en este grupo de edad.

Tabla N° 1

Requerimientos de energía para niñas y niños menores de 2 años

	EADAES	Mediana del peso (kg)* URBANA	Mediana del peso (kg)* RURAL	REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA (kcal)**		
				Urbana (72,3%)	Rural (27,7%)	Nacional (100%)
VARONES	0 m	3,3	3,3	369	369	369
	1 m	4,5	4,5	445	445	445
	2 m	5,6	5,6	503	503	503
	3 m	6,4	6,4	492	492	492
	4 m	7,0	7,0	545	545	545
	5 m	7,5	7,5	581	581	581
	6 m	7,9	7,9	618	618	618
	7 m	8,3	8,3	651	651	651
	8 m	8,6	8,6	679	679	679
	9 m	8,9	8,9	712	712	712
	10 m	9,1	9,1	731	731	731
	11 m	9,4	9,4	754	754	754
MUJERES	1 año	10,9	10,9	982	982	982
	2 años	13,3	13,3	1120	1120	1120
	0 m	3,2	3,2	324	324	324
	1 m	4,2	4,2	400	400	400
	2 m	5,2	5,2	460	460	460
	3 m	5,9	5,9	460	460	460
	4 m	6,4	6,4	503	503	503
	5 m	6,9	6,9	534	534	534
	6 m	7,3	7,3	567	567	567
	7 m	7,7	7,7	596	596	596
	8 m	7,9	7,9	618	618	618
	9 m	8,2	8,2	646	646	646
10 m	8,5	8,5	667	667	667	
11 m	8,7	8,7	689	689	689	
1 año	10,2	10,2	897	897	897	
2 años	12,8	12,8	1035	1035	1035	

Fuente: Food and Agriculture Organization of the United Nations. World Health Organization. United Nations University. Human Energy Requirements. Food and Nutrition Technical Report Series. Report of a Joint FAO/WHO/UNU. Expert Consultation. Rome: FAO/WHO/UNU; 17 - 24 October 2001.

RECOMENDACIONES DE MICRONUTRIENTES (VITAMINAS Y MINERALES)

Las recomendaciones de micronutrientes (vitaminas y minerales) para la población peruana tienen como referencia internacional la última revisión de la Dietary Reference Intakes (DRI) de la Food and Nutrition Board (FNB) de la National Academy of Medicine (NAM) para la población norteamericana (que consta de varios volúmenes publicados desde 1997 hasta 2004), de la cual se consideraron para nuestra población valores referenciales para 14 vitaminas y 13 minerales, exceptuándose el hierro y el zinc.

En el caso del hierro y zinc, se toma como referencia lo establecido por la FAO/WHO-Human Vitamins and Mineral Requirements 2001, debido a que la característica de la alimentación en nuestra población y para América Latina es eminentemente mixta, por lo tanto, los valores recomendados para el consumo de estos minerales deben establecerse de acuerdo a la biodisponibilidad en la dieta (alta, moderada y baja).

Tabla N° 2

Recomendaciones de vitaminas y minerales para niñas y niños menores de 2 años

EADAES	VITAMINAS LIPOSOLUBLES				VITAMINAS HIDROSOLUBLES										
	VIT. A	VIT. D	VIT. E	VIT. K	VIT. C	VIT. B1 Tiamina	VIT. B2 Riboflavina	VIT. B3 Niacina	VIT. B5 Ac. Pantoténico	VIT. B6 Piridoxina	VIT. B9 Ac. Fólico	VIT. B12 Cobalamina	BIOTINA	COLINA	
	(ug/día) ¹	(ug/día) ²	(ug/día) ³	(ug/día) ¹	(mg/día) ³	(mg/día) ⁴	(mg/día) ⁵	(mg/día) ⁴	(mg/día) ⁴	(mg/día) ⁴	(mg/día) ⁴	(mg/día) ¹	(ug/día) ⁴	(mg/día) ⁵	
VARONES Y MUJERES	0 m	400*	10*	4*	2,0*	40*	0,2*	0,3*	2*	1,7*	0,1	65*	0,4*	5*	125*
	1 m	400*	10*	4*	2,0*	40*	0,2*	0,3*	2*	1,7*	0,1	65*	0,4*	5*	125*
	2 m	400*	10*	4*	2,0*	40*	0,2*	0,3*	2*	1,7*	0,1	65*	0,4*	5*	125*
	3 m	400*	10*	4*	2,0*	40*	0,2*	0,3*	2*	1,7*	0,1	65*	0,4*	5*	125*
	4 m	400*	10*	4*	2,0*	40*	0,2*	0,3*	2*	1,7*	0,1	65*	0,4*	5*	125*
	5 m	400*	10*	4*	2,0*	40*	0,2*	0,3*	2*	1,7*	0,1	65*	0,4*	5*	125*
	6 m	400*	10*	4*	2,0*	40*	0,2*	0,3*	2*	1,7*	0,1	65*	0,4*	5*	125*
	7 m	500*	10*	5*	2,5*	50*	0,3*	0,4*	4*	1,8*	0,3	80*	0,5*	6*	150*
	8 m	500*	10*	5*	2,5*	50*	0,3*	0,4*	4*	1,8*	0,3	80*	0,5*	6*	150*
	9 m	500*	10*	5*	2,5*	50*	0,3*	0,4*	4*	1,8*	0,3	80*	0,5*	6*	150*
	10 m	500*	10*	5*	2,5*	50*	0,3*	0,4*	4*	1,8*	0,3	80*	0,5*	6*	150*
	11 m	500*	10*	5*	2,5*	50*	0,3*	0,4*	4*	1,8*	0,3	80*	0,5*	6*	150*
1 año	300	15	6	30*	15	0,5	0,5	6	2*	0,5	150	0,9	8*	200*	
2 años	300	15	6	30*	15	0,5	0,5	6	2*	0,5	150	0,9	8*	200*	

Tabla N° 2

Recomendaciones de vitaminas y minerales para niñas y niños menores de 2 años

EDADES	HIERRO a (mg/día) ¹			ZINC (mg/día) ¹			
	% Dietético de Hierro Biodisponible			% Dietético de Zinc Biodisponible			
	15% (Alta)	10% (Moderada)	5% (Baja)	15% (Alta)	10% (Moderada)	5% (Baja)	
VARONES Y MUJERES	0 meses	b	b	b	1,1c	2,8 d	6,6 e
	1 mes	b	b	b	1,1c	2,8 d	6,6 e
	2 meses	b	b	b	1,1c	2,8 d	6,6 e
	3 meses	b	b	b	1,1c	2,8 d	6,6 e
	4 meses	b	b	b	1,1c	2,8 d	6,6 e
	5 meses	b	b	b	1,1c	2,8 d	6,6 e
	6 meses	b	b	b	1,1c	2,8 d	6,6 e
	7 meses	6,2	9,3	18,6	0,8 c / 2,5 f	4,1	8,4
	8 meses	6,2	9,3	18,6	0,8 c / 2,5 f	4,1	8,4
	9 meses	6,2	9,3	18,6	0,8 c / 2,5 f	4,1	8,4
	10 meses	6,2	9,3	18,6	0,8 c / 2,5 f	4,1	8,4
	11 meses	6,2	9,3	18,6	0,8 c / 2,5 f	4,1	8,4
	1 año	3,9	5,8	11,6	2,4	4,1	8,3
	2 años	3,9	5,8	11,6	2,4	4,1	8,3

EDADES	YODO	CALCIO	FLÚOR	FÓSFORO	POTASIO	SODIO	
	(ug/día) ²	(mg/día) ⁵	(mg/día) ³	(mg/día) ³	(g/día) ⁴	(g/día) ⁴	
VARONES Y MUJERES	0 meses	110*	200*	0,01*	100*	0,4*	0,11*
	1 mes	110*	200*	0,01*	100*	0,4*	0,11*
	2 meses	110*	200*	0,01*	100*	0,4*	0,11*
	3 meses	110*	200*	0,01*	100*	0,4*	0,11*
	4 meses	110*	200*	0,01*	100*	0,4*	0,11*
	5 meses	110*	200*	0,01*	100*	0,4*	0,11*
	6 meses	110*	260*	0,01*	100*	0,4*	0,11*
	7 meses	130*	260*	0,5*	275*	0,9*	0,37*
	8 meses	130*	260*	0,5*	275*	0,9*	0,37*
	9 meses	130*	260*	0,5*	275*	0,9*	0,37*
	10 meses	130*	260*	0,5*	275*	0,9*	0,37*
	11 meses	130*	260*	0,5*	275*	0,9*	0,37*
	1 año	90	700	0,7*	460	2*	0.8*
	2 años	90	700	0,7*	460	2*	0.8*

Fuente: Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride (1997). Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline (1998). Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids (2000). Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc (2000). Estos informes pueden encontrarse en www.nap.edu. The National Academies of Sciences.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Instituto Nacional de Salud. (2019). Guías alimentarias para la población peruana. Lima: Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud.
- 2 Organización Mundial de la Salud. (2020). Alimentación complementaria. [online] Recuperado de: https://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/ [Acceso 15 Ene 2018].
- 3 Minsa. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. RM N° 250-2017-MINSA
- 4 Organización Mundial de la Salud (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud.
- 5 Hauck, F. R., Thompson, J. M., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 127(2010)
- 6 Fewtrell, M.S., et al., Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? *Am J Clin Nutr*, 2007. 85(2): p. 635S-638S.
- 7 Kramer, M.S. and Ritsuko, K. Optimal duration of exclusive breastfeeding. (2012): CD003517-CD003517.
- 8 American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Complementary feeding. In: Kleinman RE, Greer F, eds. *Pediatric nutrition*. 7th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2013.
- 9 Health, Canada. "Nutrition for healthy term infants: recommendations from birth to six months." *Canadian journal of dietetic practice and research: a publication of Dietitians of Canada= Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique: une publication des Diététistes du Canada* 73.4 (2012): 204
- 10 Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J. & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- 11 Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica*, 104, 14-19.
- 12 Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M, en nombre del panel de expertos de RWJF HER sobre mejores prácticas para promover una nutrición saludable, patrones de alimentación y condiciones de peso en niñas y niños menores de dos años. Pautas de alimentación para niñas y niños menores de dos años: Un enfoque de crianza perceptiva. Durham, NC: Healthy Eating Research, 2017. Disponible en <http://healthyeatingresearch.org>.
- 13 UNICEF, World Health Organization and World Bank (2016). Joint Child Malnutrition Estimates - Levels and Trends, 2016 edition.
- 14 Chowdhury, Ranadip, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 104 (2015): 96-113.
- 15 Organización Mundial de la Salud. Inicio temprano de la lactancia materna. http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/
- 16 Rivara, G., et al., Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna postparto y sobre la aceptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Rev. Perú Pediatr*, 2007. 60(3): p. 140-149.
- 17 Bosnjak, A.P. and J. Grguric, [Long-term health effects of breastfeeding]. *Lijec Vjesn*, 2007. 129(8-9): p. 293-8
- 18 Zimecki, M. and J. Artym, [Therapeutic properties of proteins and peptides from colostrum and milk]. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*, 2005. 59: p. 309-23.
- 19 UNICEF, OMS, Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York: UNICEF, 2018. p.8-9.
- 20 Thapa, B.R., Health factors in colostrum. *Indian J Pediatr*, 2005. 72(7): p. 579-81.
- 21 Minsa. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. RM N° 462-2015-MINSA
- 22 Gartner, L.M., Breastfeeding and jaundice. *J Perinatol*, 2001. 21 Suppl 1: p. S25-9; discussion S35-9.
- 23 UNICEF, Lactancia Materna, en Módulo virtual. ¿Lactancia, cómo? <http://www.unicef.cl/lactancia/index.html>.
- 24 Marquis, G.S., et al., Postpartum consequences of an overlap of breastfeeding and pregnancy: reduced breast milk intake and growth during early infancy. *Pediatrics*, 2002. 109(4): p. e56.
- 25 Becker, G.E., F.M. McCormick, and M.J. Renfrew, Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008(4): p. CD006170.
- 26 Eglash, A., Simon, L., Academy of Breastfeeding Medicine. (2017). ABM Clinical Protocol # 8: Human milk storage information for home use for full-term infants, Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395.
- 27 Asociación Española de Pediatría- Comité de Lactancia Materna. 2015

- 28 OMS. Relactación: revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente. 1998. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68952/WHO_CHS_CAH_98.14_spa.pdf;jsessionid=E7B4C0E10515698FDF2E0E07CB29CC3B?sequence=1.
- 29 World Health Organization. Short-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review on the Benefits of Breastfeeding on Diarrhea and Pneumonia Mortality. Geneva, Switzerland: WHO; 2013. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95585/9789241506120_eng.pdf?sequence=1
- 30 Kathy Cowbrough RD RPHNutr Complementary feeding for infants 6 to 12 months Journal of Family Health Care 2010 Vol 20 No 1
- 31 Paediatric Food-Based Dietary Guidelines for South Africa: Complementary feeding: a critical window of opportunity from six months onwards S Afr J Clin Nutr 2013;26(3)(Supplement):S129-S140
- 32 Moorcroft K, Marshall J, Mc Cormick , Felicia M. Association between timing of introducing solid foods and obesity in infancy and childhood: A systematic review mcn_284 3..26. Maternal and Child Nutrition (2011), 7, pp. 3-26
- 33 A. Marduel Boulanger A, M. Vernet. Introduction of new food textures during complementary feeding: Observations in France. Archives de Pédiatrie Volume 25, Issue 1, January 2018, Pages 6-12
- 34 Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003
- 35 Benelam, H. Gibson-Moore and S. Stanner. Healthy eating for 1-3 years-old: A food-based guide 2015. British Nutrition Foundation
- 36 Prell C, Koletzko B: Breastfeeding and complementary feeding—recommendations on infant nutrition. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 435-44. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0435
- 37 Tang M, Kreb N. High protein intake from meat as complementary food increases growth but not adiposity in breastfed infants: a randomized trial. Am J Clin Nutr 2014;100:1322-8.
- 38 Hambidge K. M, Krebs N, Sheng X et al. NIH. Evaluation of meat as a first complementary food for breastfed infants: impact on iron intake y growth. Nutr Rev. 2011 November ; 69(0 1)
- 39 Guía alimentaria del menor de dos años de Uruguay.2015
- 40 Lutter CK, Iannotti LL, Stewart CP.The potential of a simple egg to improve maternal and child-nutrition.Matern Child Nutr. 2018;14(S3):e12678.<https://doi.org/10.1111/mcn.12678>
- 41 Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MA, Montijo- Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León J, Cervantes-Bustamante R et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex. 2017;38(3):182-201.
- 42 Julie A Mennella Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health. Am J Clin Nutr 2014;99(suppl):704S-11S
- 43 Marta Gómez Fernández-Vegue. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. 2018.
- 44 Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MA, Montijo- Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León J, Cervantes-Bustamante R et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex.2017;38(3):182-201.
- 45 Mary E. Cogswell, Janelle P. Gunn, Keming Yuan, Sohyun Park and Robert Merritt. United States Sodium and Sugar in Complementary Infant and Toddler Foods Sold in the United States. Pediatrics 2015;135;416
- 46 Silva D, Geromi M, Halken S, et al. Primary pre-vention of food allergy in children and adults: systematic review. Allergy. 2014;69(5):581-589.
- 47 Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongracic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional inter-ventions. J Allergy Clin Immunol Pract. 2013;1(1):29-36.
- 48 Lodge CJ, Allen KJ, Lowe AJ, Dharmage SC. Over-iew of evidence in prevention and aetiology of food allergy: a review of systematic reviews. Int J Environ Res Public Health. 2013;10(11):5781-5806.
- 49 Lora L. Iannotti, PhD, a Chessa K. Lutter, PhD, b Christine P. Stewart, PhD, et al Eggs in Early Complementary Feeding and Child Growth: A Randomized Controlled Trial. PEDIATRICS Volume 140, number 1, July 2017:e20163459
- 50 American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Primary Prevention of Allergic Disease Through Nutritional In-terventions. Parent Prevention Guidelines. "Preventing allergies: what you should know about your baby's nutrition." 2015.
- 51 Frank R. Greer and Nancy F. Krebs. Pediatrics 2006;117;578 Adolescents Optimizing Bone Health and Calcium Intakes of Infants, Children, and adolescent
- 52 Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 46:99-110 # 2008 by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition
- 53 Kirsten A. Grimm, Sonia A. Kim, Amy L. Yaroch and Kelley S. Scanlon. Fruit and Vegetable Intake During Infancy and Early Childhood. Pediatrics 2014;134;S63
- 54 Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. Pediatrics. 1994;93(2):271-277.
- 55 Mennella JA, Reiter AR, Daniels LM. Vegetable and Fruit Acceptance during Infancy: Impact of Ontogeny, Genetics, and Early Experiences. Adv Nutr. 2016;7(1):211S-219S.
- 56 Zamorano, M. M., Abad, M. E. M., Hernández, A. H., Herrera, C. Q., Puerta, E. V., Tacoronte, C. S., & San Antonio, C. O. (2018). Nueva recomendación de la Academia Americana de Pediatría: No dar zumo de fruta a los niños menores de un año. Revista de las Sociedades Canarias de Pediatría, 60.
- 57 AIEPI. Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia. OPS .2010

- 58 Daniels LA, Magarey A, Battistutta D, et al. The NOUR-ISH randomised control trial: positive feeding practices and food preferences in early childhood - a primary prevention program for childhood obesity. BMC Public Health. 2009; 9:387.
- 59 Landry SH, Smith KE, Swank PR. Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and in-dependent problem-solving skills. Dev Psychol. 2006;42(4):627-642.
- 60 Rafael Pérez-Escamilla, Sofia Segura-Pérez, Megan Lott, Guías de alimentación para niñas y niños menores de dos años: Un enfoque de crianza perceptiva. 2017
- 61 PAHO/WHO. Best practices for feeding your child from 0 to 5 years of age. 2018
- 62 Fundación Robert Wood Johnson Healthy Beverage. Consumption in Early Childhood. Recommendations from Key National Health and Nutrition Organizations. 2019

ISBN:



ESCANÉAME



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

Jr. Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú

Teléfonos: (051-1) 748-0000 / 748-1111

Página web: www.ins.gob.pe

