

**REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY**

Ministerio de Salud Pública

Ministro

Dr. Jorge Basso

Sub Secretaria

Dra. Cristina Lustemberg

Director General de la Salud

Dr. Jorge Quian

Sub Directora General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Área Programática de Salud de la Niñez

Dra. Claudia Romero

**Coordinación Nacional de
Lactancia Materna**

Mag. Nut. Carolina de León Giordano

Área Programática de Nutrición

Mag. Nut. Ximena Moratorio

Material dirigido al equipo de salud

Equipo Técnico

COORDINACIÓN

Mag. Nut. Carolina de León Giordano
Mag. Nut. Ximena Moratorio
Dra. Claudia Romero

EQUIPO TÉCNICO

Dra. María Isabel Bove
Mag. Nut. Ximena Moratorio
Mag. Nut. Nadya Golovchenko
Mag. Nut. María José Paz
Dra. Rosario Satriano
Dra. Carolina Gontade

La revisión y actualización de la presente Norma se realizó con el apoyo de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF y el equipo técnico de RUANDI. Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil junto a los técnicos de las Áreas Programáticas de Salud de la Niñez y de Nutrición.


Dado que el proceso de revisión y actualización de los documentos referidos a la Norma Nacional de Lactancia Materna, Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses y Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses se inicia durante el año 2014, queremos agradecer a las autoridades anteriores: Responsable del Área Programática de Salud de la Niñez Dra. Anabella Santoro y la Coordinadora Nacional de Lactancia Materna en el período anterior, Dra. Mara Castro.

REVISADO Y CORREGIDO POR:

Dra. Claudia Romero, Asesora Responsable del Área Programática de Salud de la Niñez del MSP; **Dra. Mercedes Pérez**, Asistente Área Programática de Salud de la Niñez del MSP; **Dra. Gabriela Amaya**, Asistente Área Programática de Salud de la Niñez; **Mag. Ps. Nora d`Oliveira**, Adjunta al Despacho Ministerial del MSP; **Dra. Ana Visconti**, Responsable del Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva del MSP; **Dr. Rafael Aguirre**, Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva del MSP; **Dra. Susana Cabrera**, Responsable del Área Programática ITS-VIH/Sida del MSP; **Dra. Anabella Santoro**, Programa Uruguay Crece Contigo; **Dra. Catalina Pirez**, Clínica Pediátrica A – Facultad de Medicina – UDELAR; **Dra. Karina Machado**, Clínica Pediátrica A – Facultad de Medicina – UDELAR; **Dra. Adriana Iturralde**, Clínica Pediátrica C – Facultad de Medicina – UDELAR; **Mag. Nut. Florencia Cerruti**, Programa Uruguay Crece Contigo; **Mag. Nut. Florencia Koncke**, Programa Uruguay Crece Contigo; **Mag. Nut. Natalia Rey**, Programa de Nutrición del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo; **Lic. Nut. Carlos Larroque**, Red de Atención del Primer Nivel de Atención Metropolitana – ASSE; **Dra. Cristina Estefanelli**, Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría; **Dra. Rosario Satriano**, Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría; **Dra. Analhí Mogni**, Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría; **Dra. Alejandra Girón**, Departamento de Nutrición Básica de la

Escuela de Nutrición–UDELAR/Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas; **Dra. Jaqueline Lucas**, Escuela de Nutrición–UDELAR, **Mag. Nut. Isabel Pereyra**, Licenciatura de Nutrición– Universidad Católica del Uruguay; Escuela de Parteras–UDELAR; Cátedra de Odontopediatría– Facultad de Medicina –UDELAR; **Lic. Alicia Munyo**, Jefa de Servicio de Fonoaudiología del Centro Hospitalario Pereira Rossell; **Mag. Nut. Beatriz Agazzi**, Maestría en Nutrición – Universidad Católica del Uruguay; **Dra. Isabel Bove**, Asesora Sub Secretaria MSP, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Mag. Nut. María José Paz**; Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Mag. Nut. Nadya Golovchenko**, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Mag. Nut. Raquel Rodríguez**, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Mag. Nut. Luján Martínez**, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Lic. Nut. Laura Fazio**, Banco de Leche Humana del Centro Hospitalario Pereira Rosell; **Esther Castellí**, Banco de Leche Humana – Tacuarembó; **Lic. Nut. Alejandra Texeira**, Banco de Leche Humana – Salto; **Dra. María Stella Zapata Lima**, Banco de Leche Humana – Tacuarembó; **Dra. Lilian Carroscia**, Banco de Leche Humana del Centro Hospitalario Pereira Rosell; **Lic. Enf. Adriana Sánchez**, Centro de Recolección de Leche Humana – Banco de Previsión Social; **Lic. Nut. Mónica Blanco Echeverría**, Administración de Servicios de Salud del Estado; **Dra. Dhione Carrasco**, Administración de Servicios de Salud del Estado.

Nota: La revisión y correcciones del presente documento fueron realizadas en diciembre de 2014 y se realizaron ajustes, consultas correcciones hasta el mes de noviembre de 2016.



Nota: Este texto se ocupa del análisis de la situación de niños y niñas. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

Listado de **Siglas** utilizadas en el documento

AMS Asamblea Mundial de la Salud

BLH Bancos de leche humana

BPA Buenas prácticas de alimentación

BPA Bisfenol - A

CRLH Centro de Recolección de Leche Humana

DIGESA Dirección General de Salud

ECNT Enfermedades crónicas no trasmisibles

IMC Índice de Masa Corporal

LH Leche humana

LHO Leche humana ordeñada

LM Lactancia Materna

LME Lactancia materna exclusiva

LMP Lactancia materna predominante

MS Ministerio de Salud

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

OSN Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

RN Recién nacido

RUBLH Red Uruguaya de Bancos de Leche Humana

SNIC Sistema Nacional Integrado de Cuidados

SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Asamblea Mundial de la Salud

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ULP Productos ultra procesados

TACC Trigo, Avena, Cebada, Centeno

NOTA: Este texto se ocupa del análisis de la situación de niños y niñas. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

Prólogo

Uno de los argumentos expresados por el Ministerio de Salud para definir los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), es la “reducción del grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo modificables, dados por sus entornos, fortaleciendo al mismo tiempo las capacidades para tomar decisiones y adoptar comportamientos saludables, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales adecuadas para su pleno desarrollo.” (OSN 2020) ⁶

El impacto de una alimentación complementaria saludable, segura, oportuna y perceptiva, iniciada en el entorno a los 6 meses de vida y junto a la lactancia materna en la salud y el desarrollo integral de la primera infancia ha sido más que demostrados.

Los eventos que ocurren durante los primeros 2 años de vida de niños y niñas, luego de su nacimiento, son el cimiento de sus varios de sus potenciales de crecimiento y desarrollo. Qué, cómo, cuándo, dónde y con quién desarrollan las primeras experiencias alimentarias son más que sustantivos para el bienestar a corto, mediano y largo plazo. Son múltiples las evidencias que demuestran que los hábitos alimentarios se forman durante la niñez y esta es una ventana de oportunidad para la prevención de las enfermedades crónicas de la vida adulta.

Dentro de los Objetivos Estratégicos expresados, se propone la protección y promoción de una alimentación saludable en todo el ciclo de vida, y en el inicio debemos poner nuestro mayor esfuerzo. Es donde encontraremos el mejor retorno.

La reducción de la prevalencia de anemia en los primeros dos años de vida, la disminución del sobrepeso y la obesidad en etapas tempranas y tardías, la reducción de la carga de morbimortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes asociadas y la mejora en el desarrollo infantil se juegan en los primeros 1000 días y más.

Orientar a los equipos de salud sobre el adecuado manejo de la alimentación complementaria, basada en la evidencia, trascender el paralelismo entre alimentación y nutrir, sino en una visión integrada de la experiencia de comer es uno de los objetivos de esta guía. Pero sobre todo alcanzar criterios unificados, consensuados y respaldados en las evidencias, son parte de las acciones necesarias para proteger la salud y el desarrollo óptimo e integral de los niños uruguayos menores de 2 años.

En este documento, han participado los actores y referentes involucrados en el ámbito de las políticas de salud, academia, organizaciones científicas y de la sociedad civil. Esperamos sumar más actores desde una mirada más integradora, para poder continuar en la protección de una de las prácticas alimentarias y por esto también culturales, que han demostrado tener impacto inigualable para la economía, el desarrollo y la salud pública de los países.

Dra. Cristina Lustemberg.

Sub Secretaria del Ministerio de Salud Pública.



ÍNDICE

Listado de siglas utilizadas en el documento	pág. 4
Prólogo	pág. 7
Glosario de términos	pág. 12
Introducción	pág. 15
El derecho del niño a recibir una alimentación adecuada	pág. 17
Construcción de hábitos alimentarios saludables: desde el inicio y para toda la vida	pág. 21
Lactancia exclusiva hasta los 6 meses.	pág. 27
Incorporar alimentos complementarios a la leche materna a los 6 meses.	pág. 31
Empezar con alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia.	pág. 35
Desde el inicio ofrecer variedad de alimentos.	pág. 41
Varias comidas al día para cubrir las necesidades en esta etapa de la vida	pág. 45
Progresar en la consistencia desde purés-semisólidos hacia sólidos.	pág. 49
Grasa y aceites ricos en Omega 3.	pág. 53
Verduras y frutas variadas y de distintos colores cada día.	pág. 57
No sólo qué come, sino cómo, cuándo y dónde.	pág. 61
Adecuada higiene, almacenamiento y conservación de los alimentos.	pág. 65
Cuando el niño enferma, ofrecer pecho, agua y comidas más frecuentes.	pág. 69
Consejería sobre alimentación infantil a las familias.	pág. 75
Referencias	pág. 81
Bibliografía complementaria	pág. 84



Índice de tablas

TABLA Nº 1	Recomendaciones para el aporte de energía, calcio, hierro y zinc a partir de los alimentos complementarios en niños entre 6 y 24 meses. _____	pág. 34
TABLA Nº 2	Alimentos según aporte de hierro y biodisponibilidad. _____	pág. 38
TABLA Nº 3	Número de comidas según edad del niño. _____	pág. 47
TABLA Nº 4	Características de la alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses _____	pág. 72

Glosario de términos

- 1. Lactantes:** Niños menores de 12 meses de edad.^{1,2}
- 2. Niños pequeños:** Niños desde los 12 a los 36 meses de edad.³
- 3. Alimentación Complementaria:** Proceso que se inicia cuando la LM no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales y energéticos del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos además de la LM.⁵
- 4. Lactancia materna exclusiva (LME):** Cuando la niña/o recibe solamente leche materna, directamente del pecho u ordeñada, o leche humana de otra fuente sin ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, con excepción de sales de rehidratación oral, gotas o jarabes conteniendo vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.
- 5. Lactancia materna predominante (LMP):** Cuando la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna. El niño recibe además otros líquidos (agua y bebidas a base de agua, té, infusiones, jugos o caldo de frutas), sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).
- 6. Lactancia Materna (LM):** Cuando la niña/o recibe leche materna (directamente u ordeñada), independientemente de recibir o no otros alimentos.
- 7. Lactancia materna complementada:** Cuando la niña/o recibe, además de leche materna, cualquier alimento sólido o semi-sólido con la finalidad de complementarla, y no de sustituirla. En esta categoría los niños pueden recibir, además de leche materna otro tipo de leche, pero esta no es considerada un alimento complementario.
- 8. Lactancia materna mixta o parcial:** Cuando la niña/o recibe leche materna y otros tipos de leche (preparados para lactante, leche de vaca u otro animal diluida o no).
- 9. Sucedáneo de la leche materna:** todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.⁴
- 10. Preparado para lactantes:** Es el producto basado en leche de vaca u otros animales y/o de otros componentes comestibles de origen animal (incluido el pescado) o vegetal, que se considere adecuado para la alimentación de los lactantes, estando destinado a ser usado cuando sea necesario como sustitutivo de la leche humana en la satisfacción de las necesidades nutricionales de dichos lactantes. Podrán presentarse en forma líquida o polvo.¹
- 11. Preparado a base de leche de vaca:** Es la fórmula para lactantes en la que más del 90% de la proteína del alimento deriva de la leche de vaca.¹

12. **Preparado a base de soya:** Es el alimento que no contiene leche de vaca, elaborado con proteína aislada de soya o harina de soya, con diversos agregados.¹
13. **Preparado de indicación especial:** Es el alimento elaborado para satisfacer necesidades nutricionales o alimentarias propias de algunos grupos de lactantes que padecen trastornos o enfermedades diversas.¹
14. **Productos Ultra procesados:** Formulados en su mayor parte o totalmente a partir de sustancias derivadas de alimentos u otras fuentes orgánicas. Por lo común, contienen pocos alimentos enteros, o ninguno. Vienen empaquetados o envasados; son duraderos, prácticos, de marca, accesibles, con un sabor agradable o extremadamente agradable, y a menudo causan hábito. Algunos ingredientes se derivan directamente de alimentos, como aceites, grasas, almidones y azúcares, y otros se obtienen mediante el procesamiento ulterior de componentes alimentarios, o se sintetizan a partir de otras fuentes orgánicas. En su mayoría están diseñados para consumirse solos o combinados como snacks, o para sustituir los platos y comidas recién preparados a base de alimentos sin procesar o mínimamente procesados. Los procesos incluyen la hidrogenación, hidrolización, extrusión, moldeado, modificación de la forma. Muchos de los productos ultraprocesados poseen un alto contenido de calorías, azúcar, sal y grasas de mala calidad.⁷⁵
15. **Gluten:** Es el producto proteico resultante de la separación de la mayor parte de los compuestos solubles de la harina de trigo, excepto las proteínas. Se obtiene por lavado con agua potable de una masa obtenida por humidificación se la sémola o harina de trigo blanco o integral y secado posterior.
16. **Hierro Hemínico:** Es el que está presente en las carnes, rojas y blancas, vísceras como el hígado, riñón, corazón. Representa un 10% del hierro total de la dieta, provee una gran parte del hierro absorbido ya que su absorción es más eficaz que el hierro no hemínico (25% en promedio) debido a que no es tan afectado por otros factores dietéticos como el hierro no hemínico.³⁵
17. **Hierro No Hemínico:** Se encuentra en los alimentos de origen vegetal y algunos alimentos de origen animal como leche y huevos. Es el más abundante en la dieta, presenta una biodisponibilidad muy variable (1% al 20%), esto se debe a que otros nutrientes pueden interferir (aumentar o disminuir) en gran medida la deficiencia con la cual es utilizado.³⁵



Introducción

La alimentación complementaria es el proceso durante el cual se incorporan nuevos alimentos y líquidos junto a la leche materna. Inicia a los 6 meses cuando la lactancia exclusiva se vuelve limitada para satisfacer los requerimientos nutricionales del niño.¹

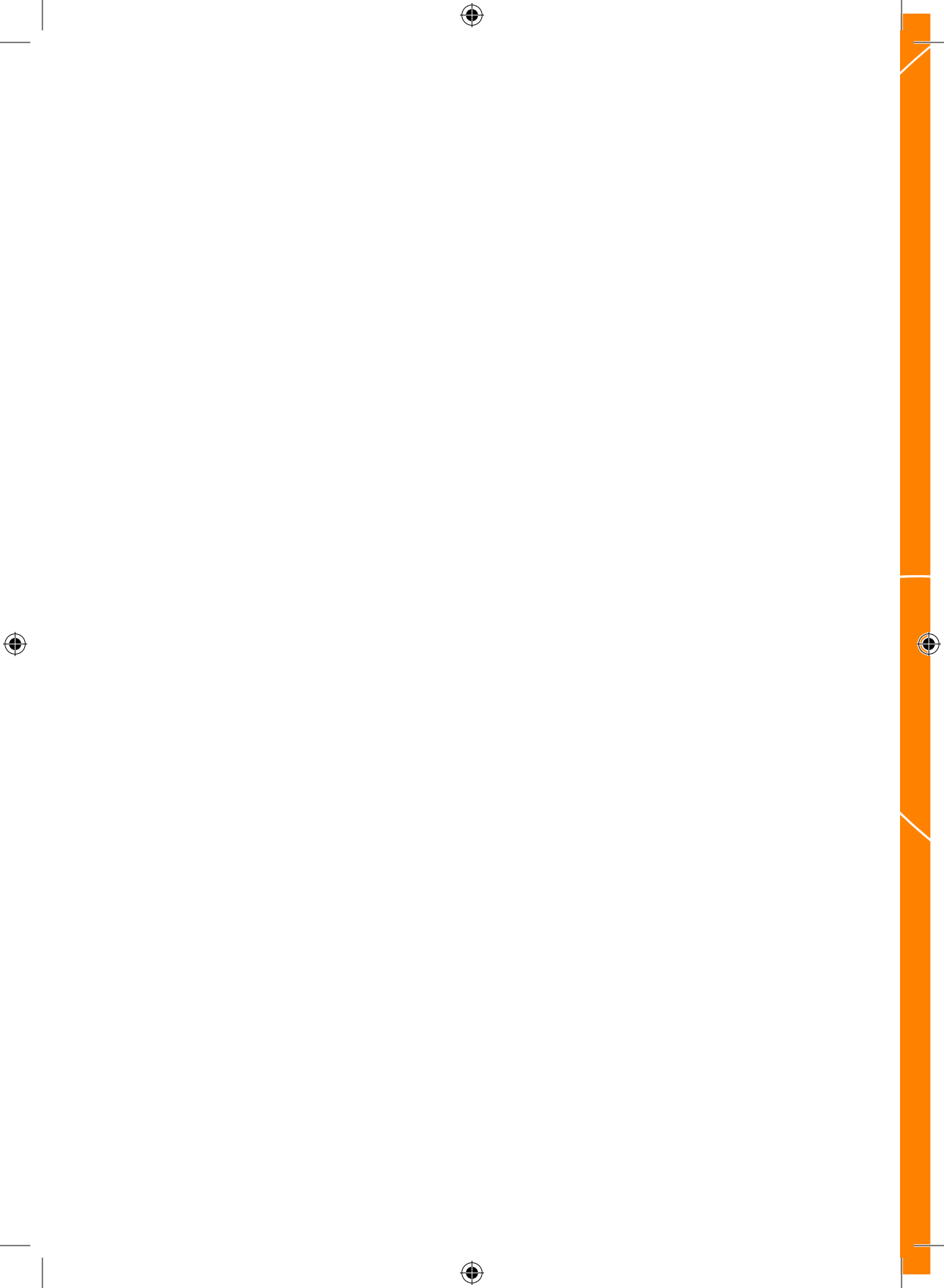
Los primeros 24 meses de vida son considerados una “ventana de oportunidad” para la promoción de un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud tanto durante la infancia, como en la edad adulta 2-3. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, complementada luego con alimentos adecuados, inocuos, incluidos en el momento oportuno, son prácticas esenciales para que el niño logre expresar su máximo potencial genético de crecimiento.^{4,8} Esta etapa, es a la vez, un período crítico para establecer hábitos alimentarios saludables que contribuyan a disminuir la tendencia creciente de obesidad y enfermedades crónicas.

Esta Guía de Alimentación Complementaria para niños entre 6 y 24 meses de edad fue elaborada considerando los problemas nutricionales más relevantes en este grupo etario en la actualidad. El sobrepeso y la obesidad (9,5%), la anemia (31,5%) y el retraso de crecimiento (10,9 %), continúan siendo problemas de alta prevalencia en los niños menores de 24 meses de nuestro país. Si bien las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria han mejorado en los últimos años, debemos continuar realizando esfuerzos sostenidos para alcanzar que se extiendan a un mayor número de niños.


En relación a la calidad de la alimentación complementaria se destaca como una característica a jerarquizar que el 71 % de los niños entre 6 y 23 meses, no cubre las necesidades de hierro y un 30% no alcanza las de zinc, a través de las fuentes alimentarias. A su vez, el aporte de energía diario promedio excede al requerimiento.⁹

Para mejorar las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño, es fundamental que las familias reciban una consejería integral, es decir, que tenga en cuenta los aspectos técnicos y además la contención necesaria para poder entender y adaptar las indicaciones a sus realidades de la vida cotidiana. En este sentido el equipo de salud desempeña un rol clave.

Este material tiene como objetivo establecer las bases para el manejo de la introducción de alimentos complementarios, sustentadas en la evidencia científica actual, respetando la cultura alimentaria local y que proteja el derecho de todos los niños a recibir una alimentación adecuada desde el inicio de su vida.



El derecho del niño a recibir una alimentación adecuada

The background is a solid orange color. It features a large white circle in the upper left quadrant. Below it, three overlapping white circles are arranged in a pattern that resembles a stylized plant or a logo. The circles overlap in the center and towards the bottom. There are four small black registration marks (crosshairs) located at the top center, bottom center, left center, and right center of the page.



Uruguay ha adherido y ratificado el derecho humano a la alimentación adecuada en los tratados internacionales y de forma implícita en la Constitución de la República y en múltiples leyes y artículos.

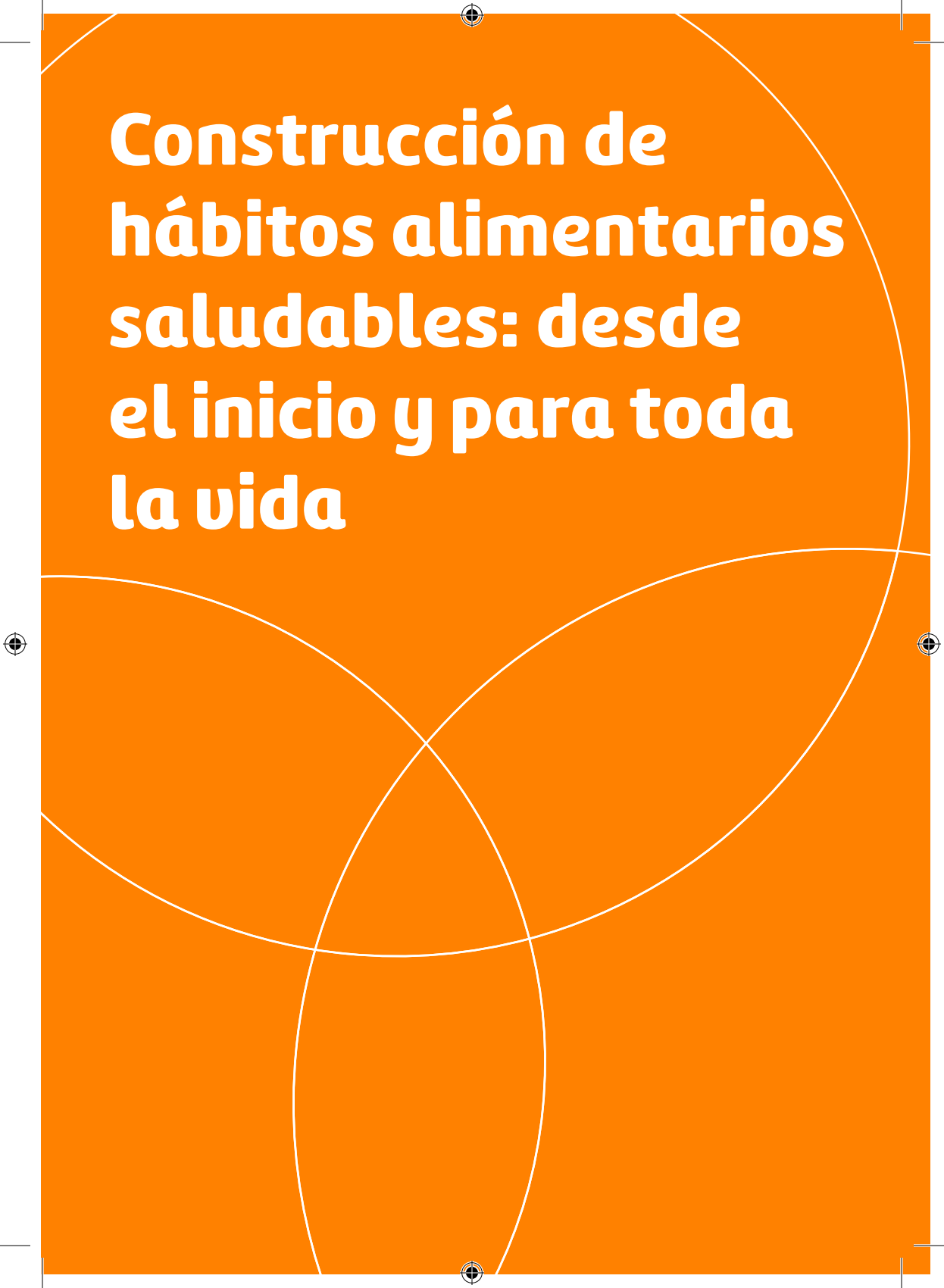
Este derecho comprende la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada; y a la accesibilidad de esos alimentos en forma que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.

La Convención sobre los derechos del niño, a través del Artículo 24 reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y la necesidad de adoptar medidas apropiadas para:

- *“Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud, mediante, entre otras cosas,.... el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.”*
- *“Asegurar que todos los sectores de la sociedad y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna..... tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.”*



Construcción de hábitos alimentarios saludables: desde el inicio y para toda la vida





Si bien las evidencias son claras y contundentes en relación a la importancia del desarrollo fetal y el crecimiento intrauterino en la base de las enfermedades de la vida adulta, la influencia del ambiente y dentro de estos la nutrición antes y después de nacer y durante los primeros años sobre la expresión de determinadas enfermedades crónicas más adelante en la vida como la obesidad, la diabetes Tipo 2, la resistencia a la insulina ha sido ya muy demostrada.³ Los dos primeros años de vida especialmente, que junto al período gestacional hacen los 1000 días clave, son un periodo crítico, además para establecer hábitos saludables que contribuyan a disminuir la tendencia y vulnerabilidad creciente de obesidad y enfermedades crónicas no trasmisibles asociadas.

Las prácticas y comportamientos alimentarios de las familias, cumplen un rol fundamental en la determinación de las preferencias alimentarias y la formación de hábitos de consumo de los más pequeños, en especial durante los primeros años. Esta etapa es clave para que los equipos de salud efectúen intervenciones desde la perspectiva de abordaje familiar. Es necesario introducir dentro de la consejería alimentaria, orientaciones claras para que los encargados de la alimentación del lactante y del niño pequeño, reconozcan no sólo aquellos alimentos que se deben introducir en esta etapa, sino que identifiquen además, aquellos que no están recomendados, por su alto contenido de azúcar, grasas y sal y bajo valor nutricional.

Generalmente se trata de productos industrializados, acompañados con una gran impronta de la publicidad, que confunde a las familias, educadores e incluso a profesionales de la salud. Muchas veces sus etiquetas incluyen imágenes de alimentos naturales, o destacan el agregado de vitaminas y minerales sintéticos, lo cual induce a la idea errónea de que son imprescindibles para el crecimiento óptimo y saludable. En la sociedad actual, existe una tendencia creciente a la sustitución de los alimentos naturales y comidas caseras ricas en nutrientes, por este tipo de productos, que se han asociado al desarrollo de sobrepeso y obesidad y que pueden coexistir con deficiencias nutricionales. Uruguay no está ajeno a esta realidad, existen datos que muestran que durante el período transcurrido entre 1999 y 2013, las ventas de bebidas azucaradas se triplicaron y las ventas de otros productos ultra procesados ULP que integran esta clase, prácticamente se duplicaron.⁷⁵

Por estos motivos, un momento crítico que debe ser especialmente trabajado, es el de la incorporación del niño a la mesa familiar. Es fundamental indagar en la alimentación habitual que se lleva a cabo en los hogares y poder capitalizar esta instancia para incidir positivamente en los comportamientos alimentarios familiares.

Debemos reflexionar sobre los hábitos de los adultos responsables de la crianza, y poder orientarlos a una forma más natural y sencilla de comer, basada en alimentos naturales y mínimamente procesados.

El nuevo paradigma de la alimentación infantil, enmarcado en una extensa oferta de alimentos y bebidas dirigidos a niños pequeños y a sus padres, y los mensajes en los medios masivos de comunicación, hace necesario re pensar el abordaje de la alimentación infantil desde su inicio.

La evidencia ha demostrado que desde el nacimiento existe una preferencia natural por el sabor dulce.⁵ La introducción temprana de azúcares añadidos en la dieta de los lactantes y niños pequeños promoverá esa preferencia por el sabor dulce.⁷²

Se ha observado que la introducción temprana de bebidas azucaradas (antes de los 12 meses de vida) está asociada a una preferencia aumentada de consumo de éstas más de una vez al día, a la edad de 6 años.⁷²

El azúcar y los productos o bebidas azucaradas son una fuente concentrada de energía, pobre en micronutrientes, que favorecen el desarrollo del sobrepeso y obesidad, afectan la salud bucal y desplazan alimentos más nutritivos como carnes, verduras o cereales.^{11,12} Se recomienda durante los dos primeros años de vida evitar el agregado de azúcar y miel, así como también el consumo de golosinas, waffles, galletitas, especialmente rellenas, alfajores, gelatinas, los jugos envasados, jugos en polvo, refrescos y helados industrializados.

A la vez, la miel está contraindicada en niños menores de un año, pero por otro motivo, ya que puede contener esporas de la bacteria *Clostridium Botulinum*.⁴

Para evitar la exposición temprana al sabor dulce también se deben evitar los edulcorantes como la sacarina, el aspartamo, la sucralosa o la estevia y productos que los contengan durante los dos primeros años de vida.^{13,14}

Evitar el agregado de azúcar o miel a las comidas y los productos durante los primeros dos años de vida, así como productos que las contengan como las golosinas, los waffles, las galletitas, especialmente rellenas, los alfajores, las gelatinas, los jugos envasados, los jugos en polvo, los refrescos y los helados industrializados.

En relación a la sal, se recomienda no agregarla a las comidas ni consumir productos ricos en ella para no favorecer la preferencia por su sabor. Además ya desde etapas tempranas se ha vinculado su consumo excesivo con el aumento de la presión arterial.¹⁵

No agregar sal a las comidas durante la alimentación complementaria ni ofrecer alimentos ricos en ella como fiambres, patés, frankfurters, chorizos u otros embutidos, papitas u otros snacks, caldos en cubo o sopas instantáneas.

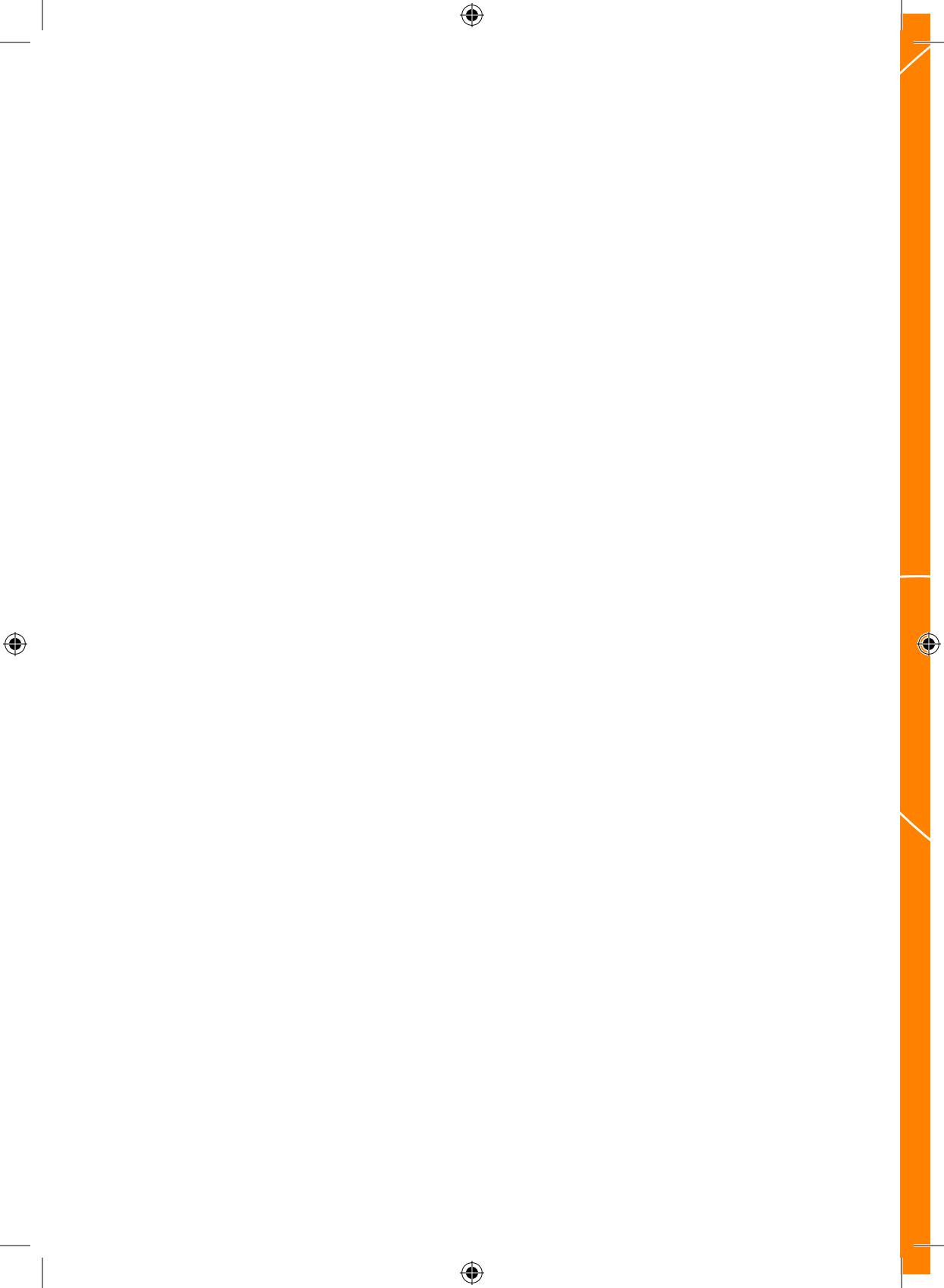
También en esta etapa se adquiere la preferencia por los alimentos ricos en grasas por su alta palatabilidad. Se recomienda no incluir en la alimentación de los niños pequeños alimentos ricos en grasas saturadas como fiambres, patés, frankfurters, chorizos u otros embutidos, hamburguesas; grasa de vaca, cordero o cerdo; y productos como bizcochos, polvorones, ojitos, masitas, galletería y alfajores. Debido a sus consecuencias perjudiciales en la salud tener especial precaución frente a productos que generalmente contienen grasas trans como algunas margarinas, galletitas, alfajores, productos de repostería, masas y tapas para empanadas y tartas golosinas, coberturas similar chocolate y rellenos.

Para la prevención del sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades asociadas, además de promover hábitos saludables, se debe evaluar la ganancia de peso y prestar especial atención a la velocidad de crecimiento así como también al Índice de Masa Corporal (IMC).

En los controles se debe hacer hincapié en la tendencia de la curva y en la velocidad de crecimiento ya que un incremento acentuado favorece la obesidad y puede alertar prácticas inadecuadas de alimentación. ¹

Para profundizar sobre técnicas de recolección y análisis de datos antropométricos se sugiere referirse a la guía “Evaluación del crecimiento del niño y la niña: Desde el nacimiento hasta los 5 años de edad” de Evaluación antropométrica del niño de 0 a 5 años. ¹⁶

Los primeros años de vida son un momento clave para la **formación de hábitos saludables** que condicionarán la salud durante la infancia y la vida adulta.



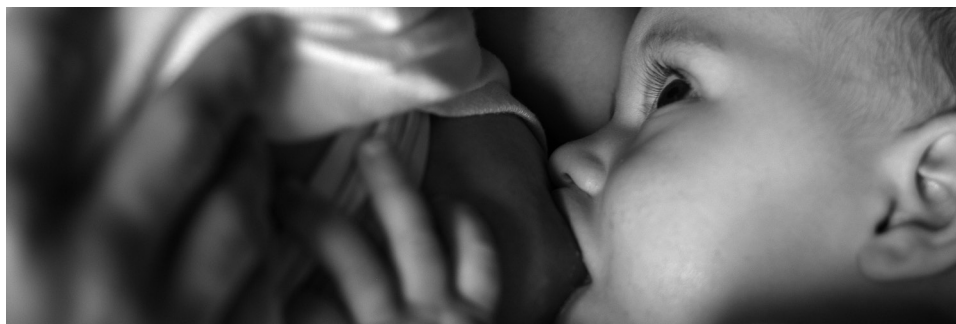
**Lactancia
exclusiva hasta
los 6 meses**

The background is a solid orange color. In the lower half, there are three large, overlapping white circles. The top circle is partially cut off by the top edge of the page. The other two circles overlap each other and the top circle. There are four small black registration marks (crosshairs) located at the top, bottom, left, and right edges of the page.



Para alcanzar un óptimo crecimiento y desarrollo del niño se recomienda mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, sin ofrecer agua, té, jugos o cualquier otra bebida o alimento. Cuando se introducen alimentos complementarios o bebidas antes de los 6 meses de vida, no mejora el crecimiento de los niños aún en condiciones óptimas, los alimentos desplazan el consumo de leche materna y aumentan la exposición a agentes patógenos, incrementando la probabilidad de que enferme. ^{11,17}

La leche materna no puede ser replicada por ningún medio artificial no sólo respecto a su contenido en nutrientes de máxima biodisponibilidad, sino principalmente por su aporte de células vivas, enzimas digestivas y factores de crecimiento. Contiene sustancias esenciales para el desarrollo del cerebro con efectos sobre la función cognitiva y visual; provee factores de crecimiento que ayudan a la maduración del intestino; factores inmunitarios contra alérgenos y enfermedades específicas del entorno que rodea a la madre y al niño. ^{1,2}



La lactancia materna exclusiva se asocia con menor morbilidad y mortalidad infantil. Cuando los niños amamantados se enferman presentan síntomas de menor intensidad y duración, siendo más cortos los períodos de hospitalización. ^{12,18}


Disminuye el riesgo de enfermedades infecciosas, como diarrea, otitis, enfermedades respiratorias. También disminuye el riesgo de sufrir muerte súbita, dermatitis atópica, obesidad durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta, diabetes tipo 1 y 2, dislipemias, hipertensión arterial, leucemia linfoblástica aguda y mieloides. ^{1,19,21}

La lactancia también tiene beneficios para la madre. Reduce el riesgo de hemorragia posparto, cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2, favorece la recuperación del peso previo a la gestación y fortalece el vínculo con su hijo. ^{18,19}

Para profundizar acerca de los beneficios de la lactancia materna y conocer los aspectos relacionados a su protección y promoción, se recomienda referirse a la *Norma Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud*.²²

La alimentación al pecho es la forma de ofrecer un óptimo inicio de la vida, un adecuado desarrollo psicosocial y una mayor protección de la salud, tanto para el niño como para la madre



The background is a solid orange color. It features several white, thin-lined abstract shapes that resemble overlapping circles or petals. There are four registration marks (crosshairs) located at the top, bottom, left, and right edges of the page.

Incorporar alimentos complementarios a la leche materna a los 6 meses



A los 6 meses se deben incorporar los alimentos complementarios tanto para lactantes alimentados a pecho exclusivo como para no amamantados de forma exclusiva. A esta edad, la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer los requerimientos de energía y de nutrientes, fundamentalmente hierro y zinc.¹ Para que dicha introducción no se retrase más allá de los 6 meses, es necesario aprovechar la instancia de control de los 5 meses cumplidos (no el 5º mes que es a los 4 meses de vida), preparando así a la familia para realizar la incorporación oportuna.

A esta edad, generalmente el niño ha desarrollado habilidades para incorporar alimentos semisólidos ya que, sostiene la cabeza; es capaz de permanecer sentado con poco apoyo; su desarrollo le permite mantener el alimento en la boca, desplazarlo hacia atrás y tragarlo, a la vez que ha madurado las funciones neurológicas, gastrointestinales y renales.²³

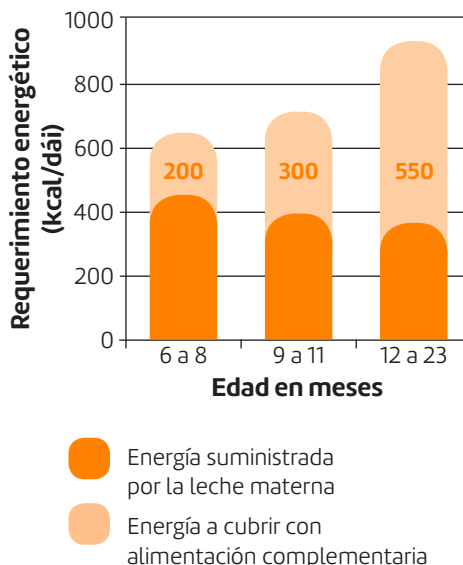
A medida que el niño crece y se desarrolla, la proporción de energía proveniente de la leche materna debe disminuir gradualmente mientras que los alimentos complementarios van ocupando ese lugar.

En los menores de 6 meses la leche materna cubre la totalidad de la energía requerida. Entre los 6 y 8 meses de edad dos tercios de los requerimientos diarios deben ser aportados por los alimentos complementarios y la mitad de estos requerimientos ya deben provenir de los alimentos sólidos al noveno mes. Durante el segundo año de vida, de los 12 a los 24 meses, los alimentos complementarios deben proporcionar el 60% del requerimiento energético.^{1,24}

Con el inicio de la alimentación complementaria, el niño necesita recibir agua varias veces al día, principalmente luego de cada comida. Los lactantes tienen una mayor necesidad de agua en relación a los niños mayores, debido a que sus riñones presentan una capacidad limitada para concentrar la orina, por lo tanto pierden más agua para excretar la misma cantidad de solutos. Además presentan un mayor porcentaje de agua corporal y una gran área superficial por unidad de peso.^{25,27}

Los niños no amamantados necesitan al menos 400 a 600 cc por día de agua adicional, además de los 200 a 700 cc de agua proveniente de los preparados para lactante u otra leche y de otros alimentos o bebidas aceptados para esta etapa.²⁸

Gráfica N°1 Aporte energético de alimentos complementarios según edad en meses.



En el caso de los niños amamantados, ofrecer agua al niño luego de casa comida y entender que mediante la leche materna recibirá el agua necesaria para completar sus necesidades.

Se deberá dar la posibilidad de elegir a las familias sobre el agua a suministrar al lactante y al niño pequeño. En el caso de que la familia cuente con la posibilidad de usar agua embotellada registrada, es adecuado y deberá utilizarse sin gas. Puede utilizarse el agua de la canilla, que sí debe hervirse previo a su uso al igual que la embotellada en el menor de 1 año. Se puede utilizar el agua para hacer agua de cocción de frutas frescas peladas, como agua de manzanas, duraznos, peras, ciruelas, siempre sin agregado de azúcar ni miel.

Se debe contraindicar el uso de bebidas ricas en cafeína como café, té, mate y refrescos cola. Esta sustancia actúa como estimulante, su consumo se vincula con alteraciones en el sueño, nerviosismo e irritabilidad a la vez que interfiere con la absorción del hierro²⁹. También se debe advertir acerca de no ofrecer al niño infusiones de yuyos, especialmente anís estrellado, pues se han descrito efectos tóxicos, que pueden presentarse con síntomas neurológicos e intestinales. Las bebidas azucaradas como jugos industrializados listos o en polvo, y refrescos presentan una alta densidad energética, una baja densidad de nutrientes críticos para el crecimiento y disminuyen el apetito desplazando el consumo de alimentos complementarios nutritivos y saludables.²⁸

Para una adecuada hidratación, el agua es la opción más saludable.

Tabla N°1 Recomendaciones para el aporte de energía, calcio, hierro y zinc a partir de los alimentos complementarios en niños entre 6 y 24 meses.

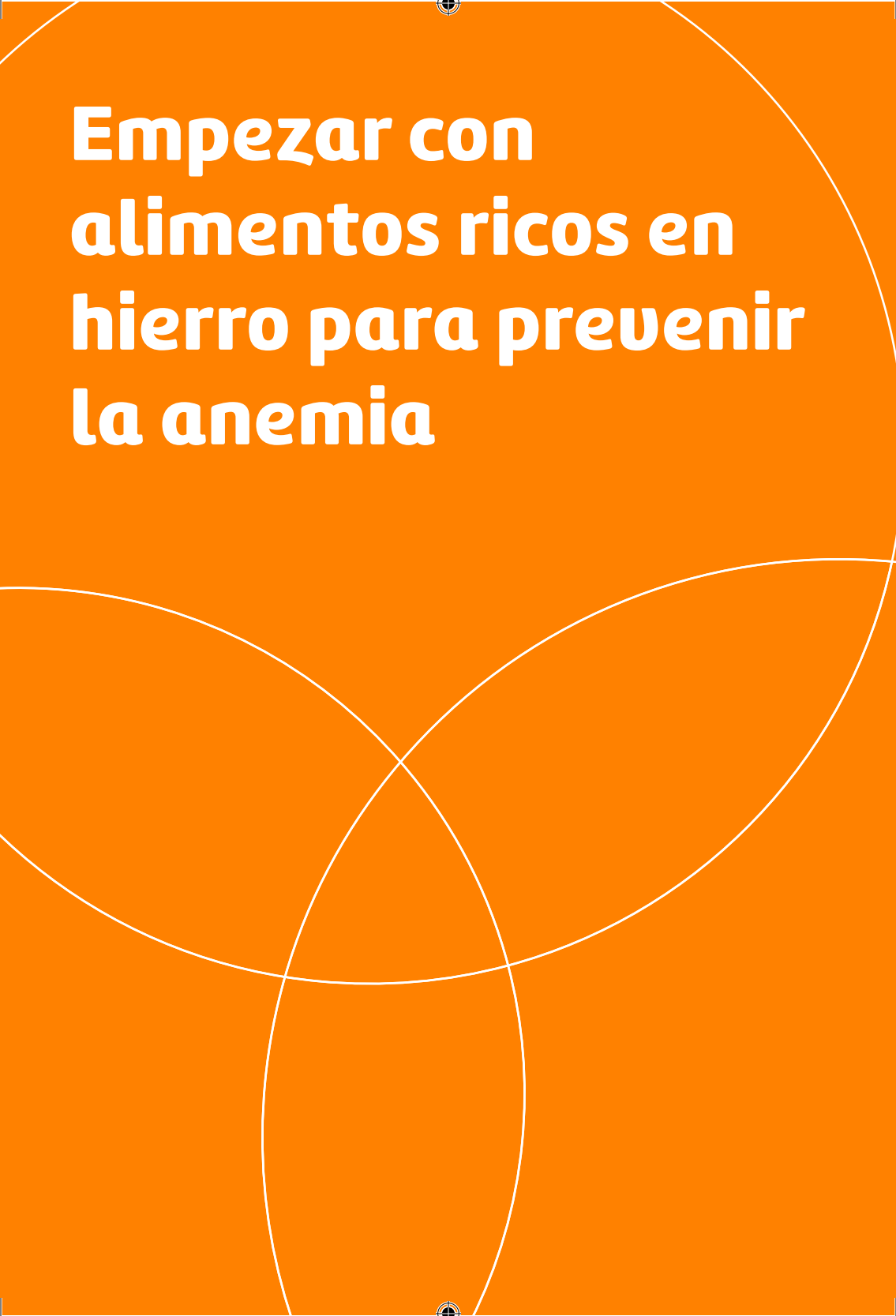
Edad	Aporte energético de los alimentos complementarios (Dewey, 2003) 31	Calcio** (mg)	Hierro** (mg)	Zinc** (mg)
6 a 8 meses	200 Kcal	222	7,8	3,3
9 a 11 meses	300 Kcal	237	7,8	3,4
12 a 23 meses	550 Kcal	251	4,8	3,5

Se considera un consumo promedio de leche materna

**Para los micronutrientes se utilizan las recomendaciones de FAO/OMS 2004 32.

*** Para la Energía se utilizan las recomendaciones de FAO/OMS 2004 73

Empezar con alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia

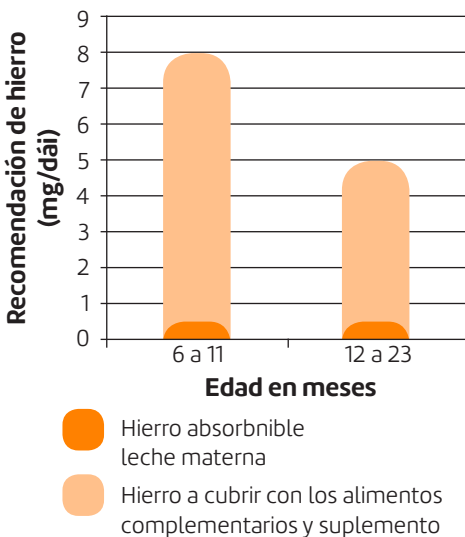




No hay evidencia que avale empezar con otros alimentos complementarios que no sean aquellos ricos en hierro. Los lactantes y niños pequeños son extremadamente vulnerables a presentar carencias de dicho nutriente debido a que sus necesidades son particularmente altas a causa del rápido crecimiento. Su deficiencia afecta negativamente el desarrollo cognitivo; el estado inmunológico; y se asocia con mayores tasas de morbilidad.³³

A los 6 meses más del 95% de las necesidades de hierro deben ser cubiertas con la alimentación complementaria. Por este motivo es necesario incorporar desde el inicio alimentos ricos en hierro hemínico como las carnes, especialmente rojas y los menudos de vaca y aves (hígado, riñón). La carne de vaca tiene el doble de hierro que la carne de pollo, cerdo o cerdo y el triple que el pescado. A la vez el hígado y el riñón aportan el doble de hierro que la carne de vaca.

Gráfica N°2 Aporte de hierro a cubrir por alimentos complementarios y suplemento de hierro medicamentoso.



** Para los micronutrientes se utilizan las recomendaciones de FAO/OMS 2004 32.

Todos los días, en al menos una de las comidas se recomienda agregar carnes de diferentes tipos.



1 cucharada colmada desde los 6 meses.



2 cucharada colmada desde los 9 meses.



3 cucharada colmada desde 12 meses a los 23 meses.

Es conveniente incluir al menos una vez por semana el hígado o riñones por su alto contenido en hierro.

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 hierro en los alimentos se encuentra presente bajo dos formas, el hierro hemínico y el no hemínico. Como fue mencionado anteriormente, las fuentes de hierro hemínico son la hemoglobina y mioglobina de las carnes y se absorbe a nivel intestinal aproximadamente un 25%. Las de hierro no hemínico son las leguminosas como lentejas, porotos y garbanzos, la yema del huevo y los productos fortificados con hierro como fideos, pan y la leche fortificada. Su absorción es mucho más baja, desde menos de 1% hasta el 20%, según la presencia de otros factores que favorecen o inhiben su absorción.^{32,34}

En la siguiente Tabla se detallan aspectos fundamentales para trabajar con la familia sobre el contenido de hierro de los alimentos y su biodisponibilidad. Hay alimentos reconocidos popularmente como ricos en este mineral como el caso del dulce de membrillo, la espinaca, la acelga, que a pesar de tener un alto contenido en hierro, éste es de baja biodisponibilidad, por lo cual no deberían aconsejarse como alimentos fuente del mismo.

El dulce de membrillo está instalado en el colectivo social como un alimento rico en hierro, al igual que otros alimentos de color rojo, como es la remolacha. El equipo de salud debe indagar sobre los mitos y creencias, para erradicarlos, y fortalecer una consejería que cumpla con el fin de brindarle a las familias información basada en la evidencia.

Tabla N° 2 Aporte y tipo de hierro según 100 gramos de alimento y su biodisponibilidad.

Alto contenido en hierro y alta biodisponibilidad (Hierro hemínico)	Alto contenido en hierro y baja biodisponibilidad (Hierro NO hemínico)	Bajo contenido en hierro y baja biodisponibilidad (Hierro NO hemínico)
Hígado de pollo (7,9 mg)	Yema (5,5 mg)	Zapallo (0,8 mg)
Hígado de vaca (6,5 mg)	Huevo (2,3 mg)	Boniatos (0,6 mg)
Riñón de vaca (7,4 mg)	Lentejas (6,8 mg)	Zanahoria (0,6 mg)
Carne de vaca (3 mg)	Espinaca (3,1 mg)	Polenta (0,4)
Carne de pollo (1,8 mg)	Acelga (3,2 mg)	Papas (0,4 mg)
Corazón de pollo (3,3 mg)	Berro (1,7)	Arroz (0,1 mg)
Mondongo (1,6 mg)	Alimentos fortificados: Pan (3 mg) Fideos (1 mg)	Remolacha (0,7)
Cordero (1,6 mg)	Dulce de Membrillo* (3,5 mg)	Tomate (0,5 mg)
Carne de cerdo (2 mg)		
Pescado (0,8 mg)		

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de Mazzei ME, Puchulu M. Tabla de Composición Química de los Alimentos Cenexa, 1995.

* **Fuente:** Facultad de Ciencias Químicas y farmacéuticas. Departamento de Ciencia de los Alimentos y Tecnología Química. Universidad de Chile, Santiago de Chile 1990

Factores que determinan la absorción del hierro hemínico

- Favorece: Cantidad de hierro dietético (especialmente de las carnes)
- Inhibe: Contenido de calcio en la comida (leche, queso, yogur)

Factores que determinan la absorción del hierro no hemínico

- Cantidad de hierro no hemínico disponible (incluyendo el aportado por la fortificación del producto)
- Balance entre factores inhibidores y favorecedores

Principales factores que favorecen su absorción:

- Vitamina C (cítricos y otras frutas, jugo de fruta natural de naranja, mandarina sin azúcar agregada y algunos vegetales como por ejemplo el tomate)
- Carnes (vacuna, pollo, pescado, cordero, cerdo).

Principales factores que inhiben su absorción:

- Fitatos y fosfatos (presentes en cereales integrales, pan, arroz, avena, frutos secos)
- Compuestos fenólicos (té, café, cocoa, mate, algunas especies como orégano, algunos vegetales, vino tinto)
- Calcio (lácteos) y bebidas a base de soja con agregado de calcio.

Adaptado de: FAO/OMS, 2004.³²

Entre los factores asociados al desarrollo de anemia por deficiencia de hierro se incluye el uso precoz de leche de vaca sin fortificar con hierro, como bebida láctea principal durante el primer año de vida.^{35, 36} Esta práctica es frecuente en la población por lo que el equipo de salud debe realizar la consejería adecuada en relación al tipo de preparado lácteo a utilizar en el caso de que la lactancia materna no sea posible y el volumen adecuado. Para esto se sugiere incluir las orientaciones que forman parte de la “Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses”, del Ministerio de Salud. Dicha asociación, entre el consumo precoz de leche de vaca y la anemia por deficiencia de hierro, ha sido atribuida al bajo aporte de hierro de este tipo de leche y su baja biodisponibilidad, su alto contenido en calcio que inhibe la absorción de hierro de otras fuentes de la dieta y su posible asociación con microsangrados intestinales^{37,41}. A su vez, un elevado consumo de leche de vaca desplaza los alimentos sólidos, favoreciendo así un menor aporte de hierro en la dieta.⁴²

Se recomienda a partir de los 6 meses introducir leche de vaca en pequeñas cantidades, únicamente formando parte de preparaciones caseras como cremas o salsa blanca, al igual que el uso de derivados lácteos como yogures preferentemente natural o quesos.⁵ No se aconseja el consumo de leche de vaca como bebida principal, antes de los 12 meses.⁴³

El consumo de leche de vaca como bebida principal en el primer año de vida predispone a la anemia por deficiencia de hierro.

Para conocer los aspectos relacionados a la alimentación láctea de los niños no amamantados se recomienda referirse a la Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses.⁴³

El consumo de leche de vaca como bebida principal en el primer año de vida predispone a la anemia por deficiencia de hierro.

Para satisfacer las elevadas necesidades de hierro, además de asegurar una alimentación complementaria rica en este mineral y promover el uso de estrategias para el aumento de su absorción, se debe recomendar la suplementación con hierro medicamentoso tal como lo establece el documento *Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro, del Ministerio de Salud*.³⁵

**Desde el inicio
ofrecer variedad
de alimentos**

The background is a solid orange color. It features a large white circle in the upper right quadrant. Below it, three overlapping white circles are arranged in a pattern that resembles a stylized plant or a cluster of leaves. The circles overlap in the center and at the bottom, creating a sense of depth and movement. There are four small black registration marks (crosshairs) located at the top, bottom, left, and right edges of the page.



El factor más importante para la elección de los alimentos en esta etapa, es su alta densidad en nutrientes críticos, principalmente el hierro, zinc, ácidos grasos omega 3, vitaminas A y C y otros minerales como el calcio.¹ Desde el inicio se requieren alimentos naturales o mínimamente procesados y variados, de los diferentes grupos como carnes, pescados, fideos, arroz, legumbres, verduras, frutas, productos lácteos y huevos y aceites. La elección de los alimentos de cada grupo depende de la economía del hogar, las preferencias familiares y culturales. Es importante revalorizar la preparación de alimentos en el hogar, seguros, inocuos y saludables.

La comida desde el inicio debe tener:

- ✓ Alimentos ricos en hierro como las carnes bien cocidas ralladas o desmenuzadas.
- ✓ Alimentos ricos en energía como papa, boniato, polenta, lentejas, sémola, arroz, fideos pisados, tapioca y mandioca.
- ✓ Alimentos ricos en vitaminas, minerales como frutas y verduras variadas y de estación, que además son fuente de antioxidantes, fitoquímicos y un sinnúmero de sustancias beneficiosas para la salud.
- ✓ Alimentos ricos en Omega 3 como los aceites de soja o canola todos los días y el pescado al menos una o dos veces por semana.

La **comida casera** es siempre la mejor opción ya que no tiene colorantes, conservantes, edulcorantes, ni otros aditivos.

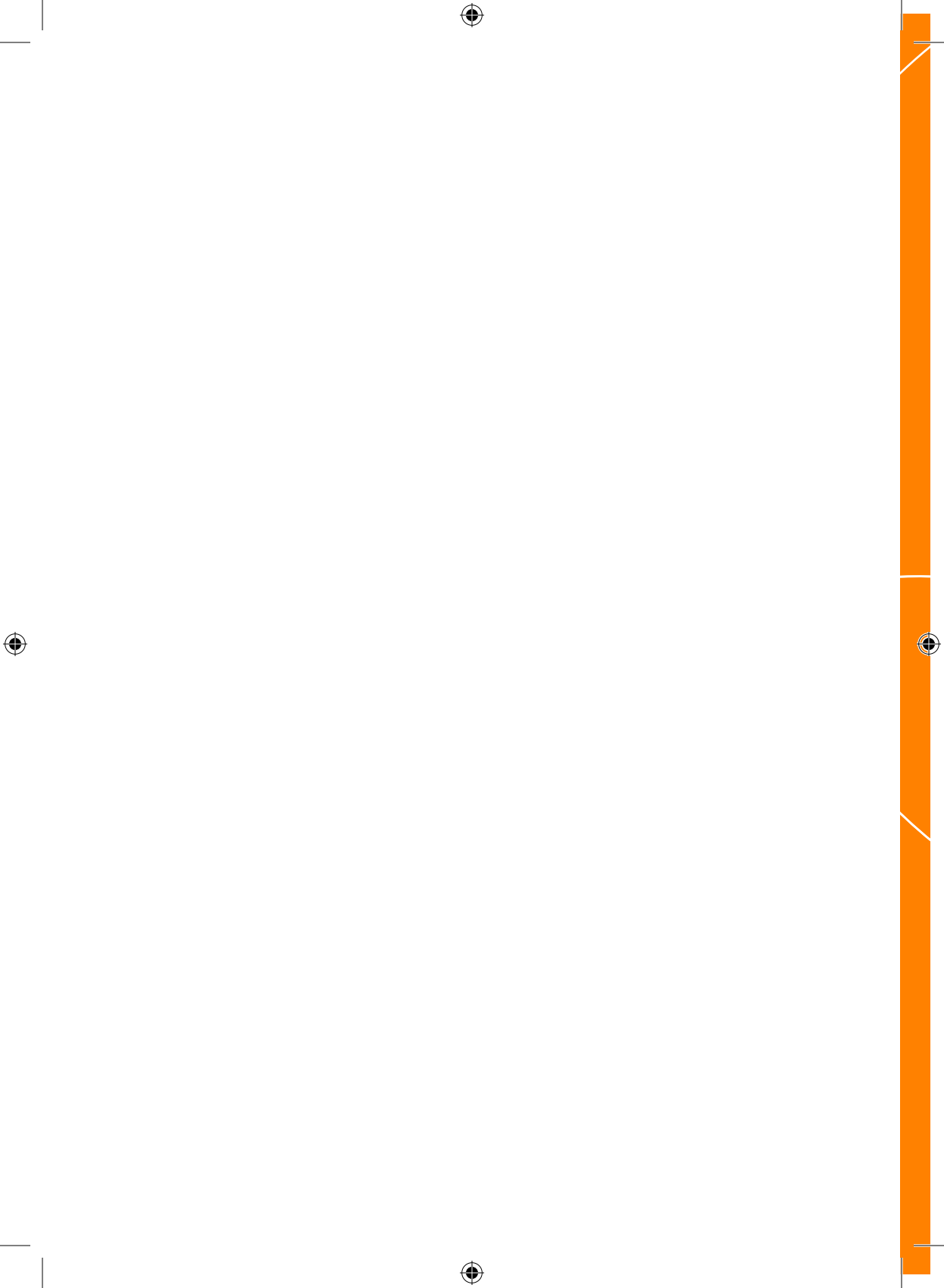
Los alimentos complementarios deben ser variados, con un alto valor nutritivo y contenido de nutrientes críticos para el crecimiento y desarrollo. Desde el inicio deben incorporarse alimentos de diferentes grupos como carnes, pescados, fideos, arroz, polenta, lentejas, huevo, verduras, frutas, yogures naturales, preparaciones con leche, quesos con bajo o medio contenido de grasa y aceites, además del agua.

En relación a los alimentos potencialmente alergénicos como el huevo, el pescado y el trigo, la evidencia ha demostrado que no se debe retrasar su incorporación más allá de los 6 meses pues no disminuye el riesgo de alergias e incluso puede aumentarlo.^{44, 45}

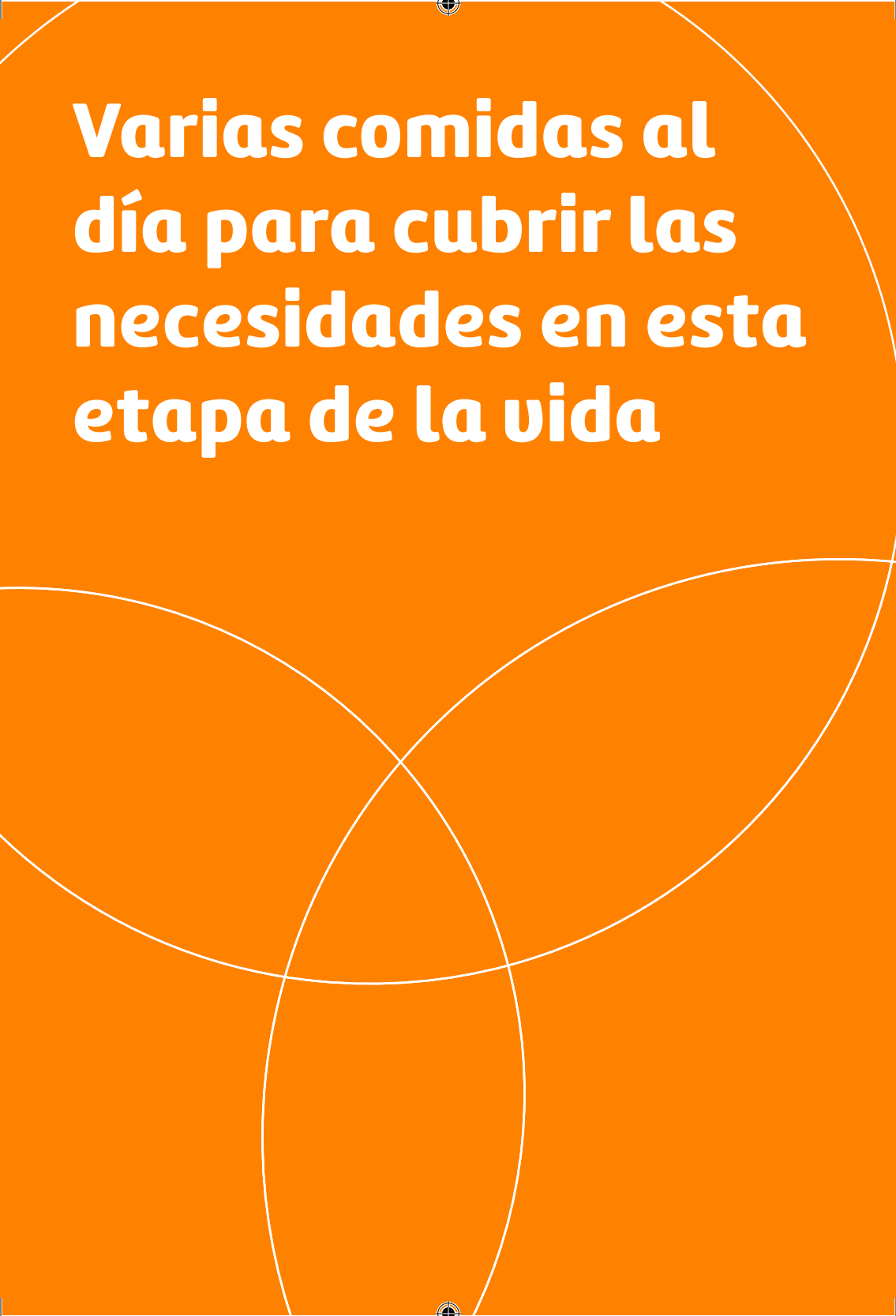
Se recomienda introducir estos alimentos gradualmente, en pequeñas cantidades, de a uno por vez, cada 3 a 5 días, una vez que haya sido tolerado alguno de los alimentos tradicionales de inicio. La leche materna favorece la tolerancia oral a estos alimentos y retrasa el inicio de los síntomas.^{46, 47, 71}

Respecto a la edad de introducción del gluten y proteínas contenidas en los cereales Trigo, Avena, Centeno y Cebada (TACC) y su vínculo con la enfermedad celíaca, se recomienda incorporarlo a los 6 meses junto al resto de los alimentos complementarios, pues tanto la introducción temprana como tardía se han vinculado a un mayor riesgo de padecerla.^{48, 49}

Se recomienda introducir el huevo, el pescado y alimentos con gluten TACC a los 6 meses, en pequeñas cantidades, de a uno por vez cada 3 a 5 días, una vez que alguno de los alimentos tradicionales de inicio haya sido tolerado.



**Varias comidas al
día para cubrir las
necesidades en esta
etapa de la vida**

The background is a solid orange color. In the upper left, there is a large white circle. In the lower half, there are three overlapping white circles that form a stylized, abstract shape. The text is white and bold, positioned in the upper left quadrant.



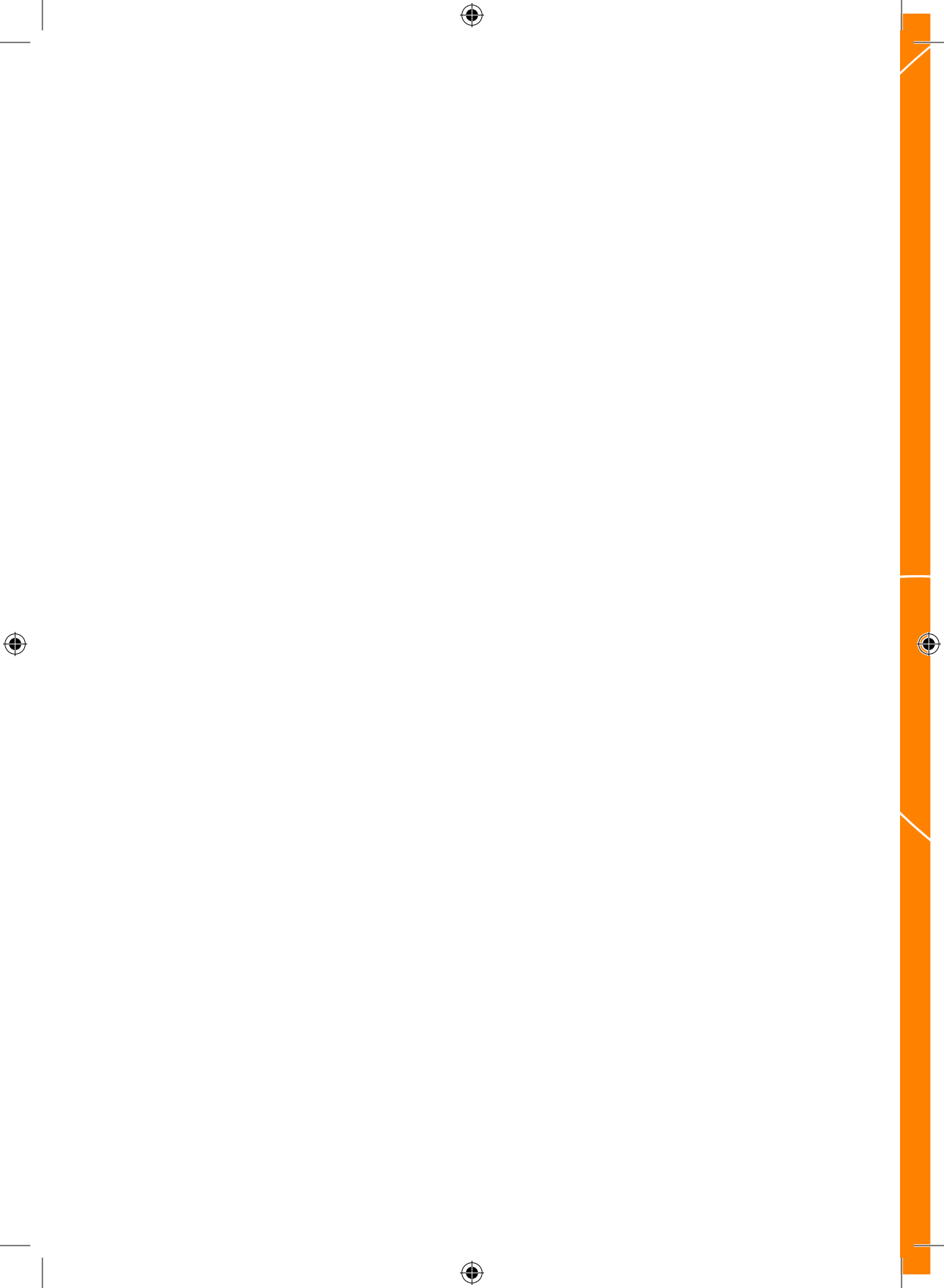
Desde el inicio es muy difícil que el niño coma la cantidad y la variedad que necesita en una sola comida. Por eso, se recomienda ofrecerle de 2 a 3 comidas al día entre los 6 y 8 meses y 3 a 4 comidas al día entre 9 y 23 meses, de lo contrario no se logra alcanzar el aporte de nutrientes y energía necesarios.

Tabla
Nº3 Número de comidas según edad del niño.

Edad	Número de comidas principales
6 a 8 meses	2 a 3 comidas al día
9 a 23 meses	3 a 4 comidas al día

Dependiendo del apetito del niño se pueden incorporar una o dos entre-comidas nutritivas a lo largo del día. Se debe transmitir a la familia la importancia de reconocer y responder a las señales de apetito y saciedad.¹

Es importante tener presente que la capacidad gástrica del niño es usualmente de 30 cc/kg de peso¹ y transmitir ese concepto a quienes se encargan de la alimentación del niño para manejar sus expectativas en cuanto al volumen que debe ingerir. Aconsejar que se debe comenzar con 2 a 3 cucharadas y aumentar gradualmente tal como se detalla en la Tabla 4. A la edad de 12 meses se espera que el volumen promedio ingerido en cada comida principal sea alrededor de 1/2 taza estándar. Es muy importante trabajar con la familia los cuidados para evitar la sobrealimentación y poder cubrir los requerimientos nutricionales, respetando las señales de hambre y saciedad, aunque esto implique aumentar el número de entre comidas con alimentos aconsejados, durante el día. La idea es ir hacia la construcción de una rutina a través de las comidas y de hábitos alimentarios saludables, con comidas principales, y lo que será más adelante la implementación de los momentos claros para comer: el desayuno, almuerzo, merienda y cena, a medida que el niño crece y se desarrolla.



Progresar en la consistencia desde purés-semisólidos hacia sólidos





Es necesario progresar en la consistencia de las comidas a medida que el niño vaya adquiriendo nuevas habilidades y destrezas, no sólo por la necesidad de asegurar una alta densidad de nutrientes, sino también para estimular el desarrollo motor, neuronal y del habla.^{1,50}

Se debe explicar a la familia que a los 6 meses se inicia con una comida en forma de puré y que cuanto más espesa y consistente tendrá mayor densidad energética y de nutrientes en relación a las comidas diluidas como las sopas, caldos y los ensopados o guisados caldudos.

Los alimentos complementarios deben tener una densidad mayor que la leche materna (70 kcal/100 cc). Aquellos diluidos como las sopas aportan aproximadamente 30 kcal/100 gramos, mientras que los espesos y con agregado de aceite alcanzan una densidad energética entre 80 y 100 kcal/100 gramos.¹

El consumo de alimentos sólidos requiere de movimientos rítmicos de masticación, que se despliegan hacia los 7-9 meses de edad. En este periodo los niños pueden comenzar a masticar y tragar alimentos en pequeñas porciones, por lo que a partir de entonces es necesaria la introducción de alimentos paulatinamente menos triturados. Un niño que a los 10 meses no consume alimentos grumosos y en trocitos pequeños, tendrá mayores dificultades para incorporarlos más adelante.⁵¹

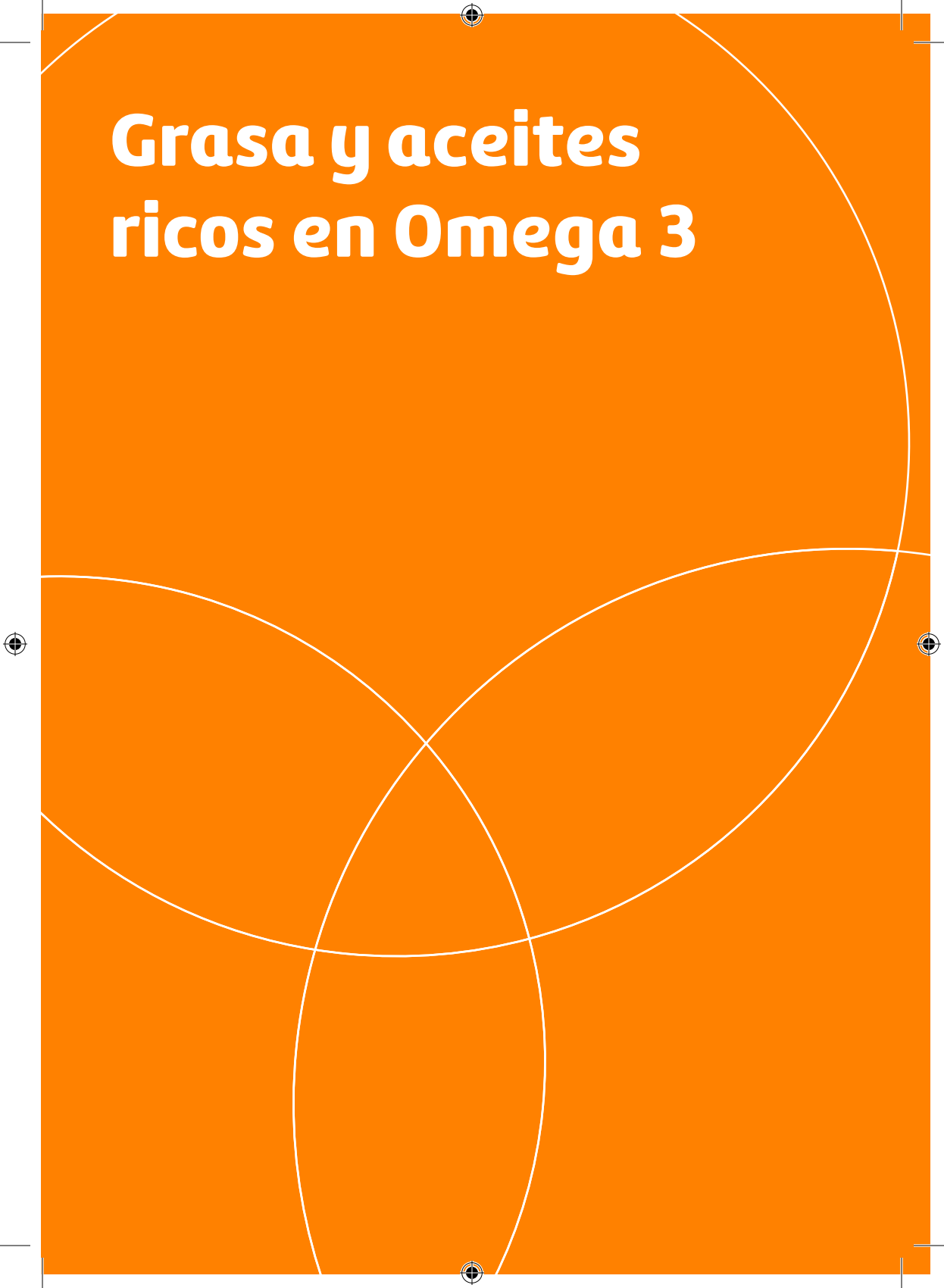
La edad de introducción de alimentos sólidos es crítica, no sólo para la promoción de la masticación y la deglución, sino también para la fonación y el habla.⁵²

Evolución de la consistencia que debe tener la comida

	6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 a 23 meses
Durazno	 Pisado	 Algo pisado	 En trocitos
Carne	 Desmenuzada o rallada	 En trozos pequeños	 En trozos más grandes
Fideos	 Pisados	 Algo pisados	 Sin pisar



Grasa y aceites ricos en Omega 3





El aporte de ácidos grasos esenciales representa un factor importante para el logro de un adecuado desarrollo y funcionalidad del sistema nervioso y visual. Los ácidos grasos esenciales son aquellos que el ser humano no puede sintetizar y por lo tanto deben ser aportados en la dieta¹³. La importancia de las grasas en la nutrición y el desarrollo no depende tanto de la cantidad en que se consumen, sino del tipo de ácidos grasos que aporten.

Los ácidos grasos (AG) poliinsaturados de cadena larga (AGCL) metabólicamente más importantes para el desarrollo neurológico y visual son el docosahexanoico, DHA, c22:6, n-3, eicosapentaenoico, EPA, c20:5, n-3 y araquidónico, AA, c20:4, n-6. Los mismos son derivados de los AG esenciales linoleico (18:2 n-6) (AL) y alfa-linolénico (18:3 n-3) (ALA).⁵⁴

Los ácidos grasos esenciales durante la vida fetal son proporcionados a través del transporte por la placenta y después de nacer, a través de la leche materna y de los alimentos complementarios. Si bien, es posible sintetizar DHA a partir del alfa-linolénico (ALA), esta conversión es insuficiente para lograr los altos depósitos requeridos a nivel del sistema nervioso central.^{54,57}

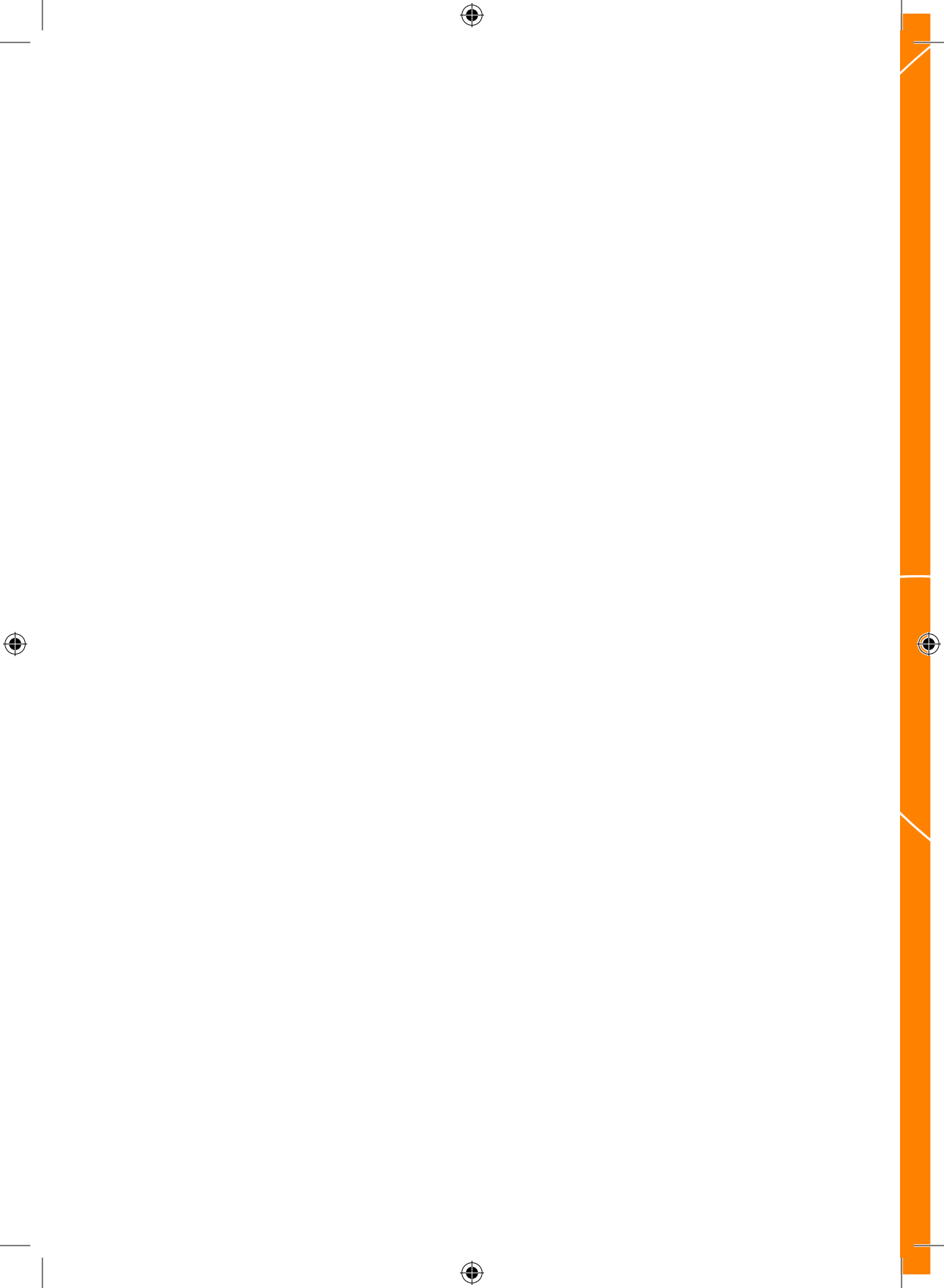
La deficiencia de DHA produce daños en la agudeza visual y en el desarrollo neuronal que condiciona los logros académicos y la productividad futura. Además produce alteraciones en el comportamiento y se ha vinculado, entre otros factores, con el origen del síndrome de hiperactividad.^{58,59}

Desde el inicio de la alimentación complementaria es necesario garantizar un consumo suficiente de ácidos grasos Omega 3. La fuente principal de DHA preformado son los pescados grasos y la leche materna. A partir del ácido α -linolénico ALA también puede sintetizarse el docosahexanoico (DHA). El ácido α -linolénico ALA omega-3 (n-3) se encuentra fundamentalmente en el aceite de canola (6-10%) y en el de soja (5-8%).⁵⁵


La dieta habitual contiene excesiva proporción de grasas poliinsaturados Omega 6 y grasas saturadas. Los aceites de girasol y maíz son ricos en ácido linoleico AL omega-6 (n-6). Los embutidos, patés, hamburguesas congeladas, fiambres, nuggets, grasa visible de las carnes de vaca, cerdo, pollo, cordero y la manteca son ricos en grasas saturadas. Las galletitas, alfajores, productos de repostería, masas y tapas para empanadas y tartas, golosinas, coberturas símil chocolate y rellenos son ricos en grasas trans.

Algunas margarinas y otros productos industrializados que contienen como ingredientes aceites vegetales parcialmente hidrogenados, contienen grasas de tipo trans. Estas últimas, inhiben la desaturasa que interviene en el pasaje de EPA a DHA.⁵⁵

Se recomienda en la alimentación de la madre que amamanta y desde el inicio de la alimentación complementaria del niño, la incorporación de aceite de soja o canola crudos todos los días y pescado al menos una o dos veces por semana de preferencia con alto contenido en grasa como palometa, atún, sardinas, salmón o lisa.



**Verduras y frutas
variadas y de
distintos colores
cada día**

The background is a solid orange color. It features a large white circle in the upper left quadrant. Below this, three overlapping white circles are arranged in a pattern that resembles a stylized plant or leaves. The circles overlap in the center and extend towards the bottom and right edges of the page. There are four small black registration marks (crosshairs) located at the top center, bottom center, left center, and right center of the page.



Las verduras y frutas aportan vitaminas, minerales, fibra, antioxidantes y fito- químicos.⁶¹ Su consumo está fuertemente asociado con la prevención de enfermedades como la obesidad, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. La diversidad de sustancias y la forma en que interactúan dentro del alimento no pueden ser reemplazadas por suplementos de vitaminas y minerales.^{60,61}

Se recomienda ofrecer al niño verduras y frutas variadas de estación, de distintos colores, para lograr un mayor aporte de nutrientes y sustancias protectoras.

Algunas consideraciones que deben ser tomadas en el momento de incorporar verduras es el contenido en nitratos, que se encuentran de forma natural en los vegetales, especialmente hortalizas de hoja verde, particularmente espinacas y lechugas. Los nitratos en sí son relativamente poco tóxicos. Su toxicidad viene determinada por su reducción a nitritos en el cuerpo humano que, en altas concentraciones pueden originar metahemoglobinemia. La concentración de nitratos en estos vegetales, depende de si han crecido al aire libre, al sol o son de invernadero, conteniendo éstos últimos mayores concentraciones.

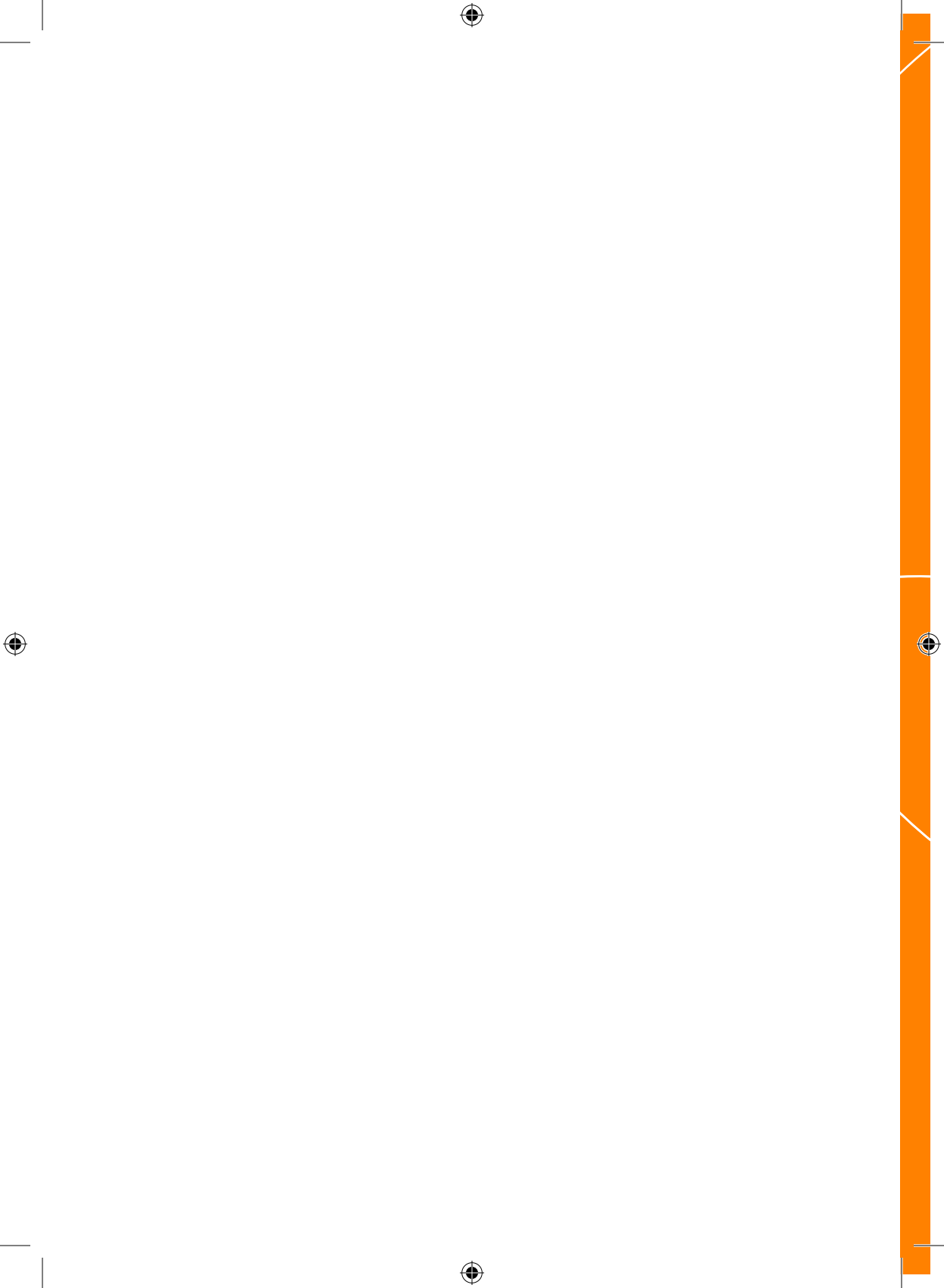
La European Food Safety Authority (EFSA) expresa que para los lactantes de 3 a 12 meses es poco probable que las espinacas sean una preocupación para la salud, siempre teniendo en cuenta que éstas formarían parte de la dieta como un ingrediente más del puré de los bebés de 6 a 12 meses. Sin embargo advierte de que habría un riesgo en el caso de que se diese más de una ración de puré con espinacas al día y que las espinacas sólo sean la mitad del volumen del puré ofrecido al niño.⁷⁴

Entonces no es necesario postergar la inclusión de remolacha y tampoco de espinacas, pero con éstas últimas se debe aconsejar a las familias que en lactantes de 6 meses a 12 meses la espinaca esté cocida y sólo se incluya una vez al día, representando solamente un 50% del volumen total del puré de verduras o cereales ofrecido al niño.

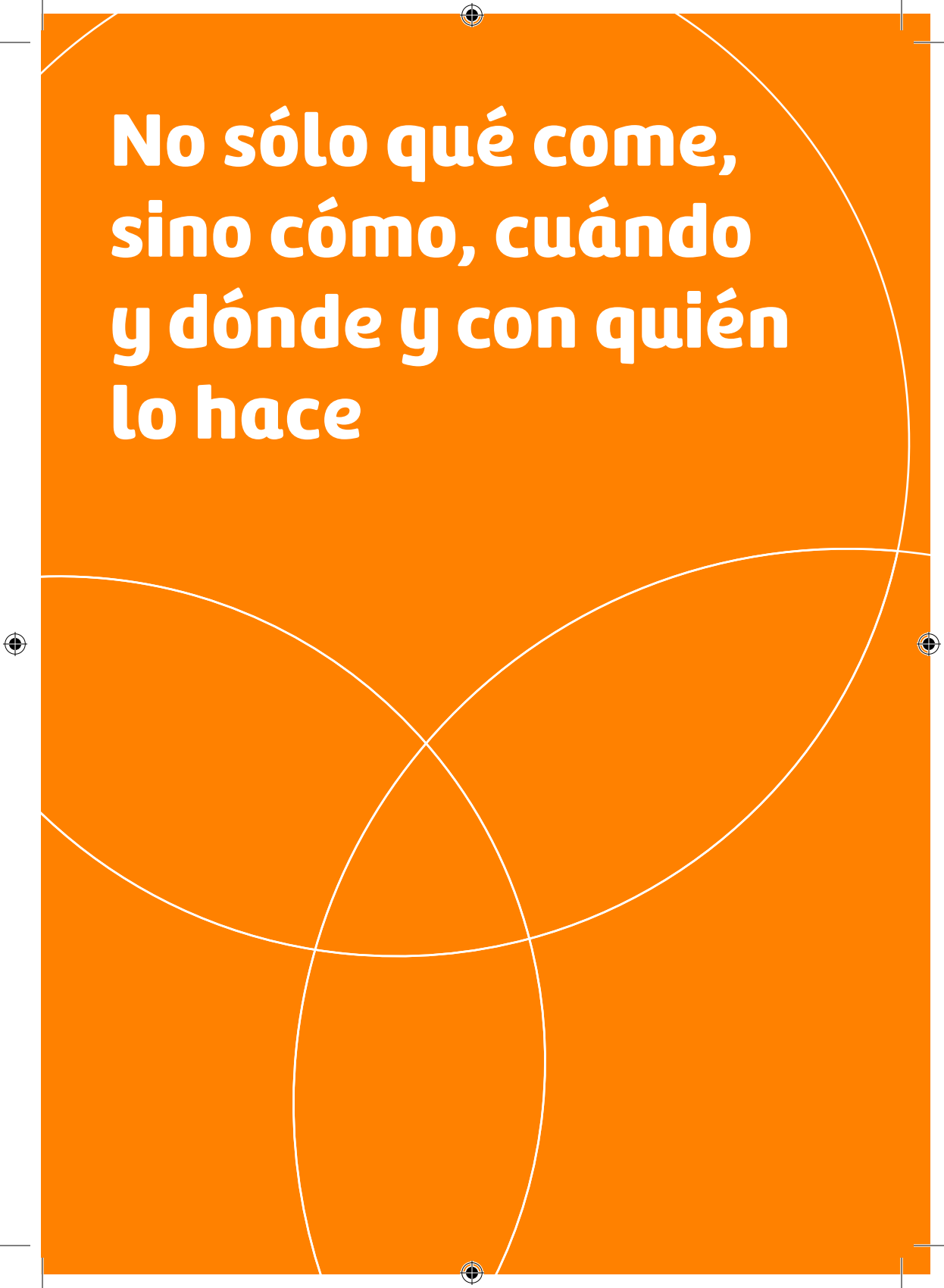
Por otra parte hay evidencia de que el riesgo de meta - hemoglobinemia, por el contenido en nitratos, desaparece a partir de los 3 a 4 meses.^{62,63} Pero a pesar de esto, deben seguirse las indicaciones expresadas anteriormente. Se debe, además, advertir a la familia que la remolacha tiñen la orina y las heces de color rojo oscuro, ya que con frecuencia es motivo de preocupación. Respecto a las frutas, no hay motivos para postergar la introducción de “frutas ácidas” como frutillas, tomates, cítricos y kiwi pues si bien pueden causar, debido a la acidez y a la histamina, reacciones peri-orales localizadas, generalmente no producen reacciones sistémicas.⁶⁴

Las frutas deben ofrecerse en forma de puré y no en jugos. El excesivo consumo de jugos de fruta, aún naturales, disminuye el apetito del niño e interfiere con el consumo de otros alimentos.²⁸ Los jugos de fruta envasados industrializados además contienen sustancias como el sorbitol, un edulcorante de reconocido efecto laxante, colorantes y otros aditivos.⁶⁵

A los 6 meses pueden incorporarse **todas** las verduras y **todas** las frutas.



**No sólo qué come,
sino cómo, cuándo
y dónde y con quién
lo hace**





Una alimentación complementaria óptima está condicionada no sólo por lo qué se come, sino también por el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño y su disponibilidad para hacerlo.¹¹

Si bien el consumo adecuado de alimentos en cantidad y calidad es necesario para un crecimiento óptimo, ello por sí solo no es suficiente. Alimentarse significa mucho más que comer; es un medio de integración social y cultural a través del encuentro, la identidad y la comunicación. Es una experiencia de intercambio y reciprocidad entre quien da y quien recibe el alimento. El momento de la comida es una instancia de comunicación, y si ésta no es fluida, se pierde la confianza y la seguridad, lo cual repercute en el desarrollo del niño.^{66,67}

Una alimentación perceptiva mejora la ingesta de alimentos por parte del niño, contribuye al establecimiento de hábitos saludables y favorece un adecuado crecimiento y desarrollo. Alimentación perceptiva implica reconocer y responder adecuadamente a las señales de hambre y saciedad del niño, alimentarlo pacientemente, animándolo a comer sin forzarlo y apoyarlo emocionalmente para progresar exitosamente hacia una alimentación independiente.¹

El momento de la comida debe ser un momento para compartir en familia, en un entorno agradable, que favorezca la comunicación, evitando distracciones como televisión, radio o computadora. Se deben establecer rutinas como respetar en lo posible el lugar y el horario. El niño debe estar sentado cómodo y de frente a la persona que lo alimenta para favorecer el contacto visual.⁶⁸



Un ambiente tranquilo y sin distracciones y una madre, padre o cuidador que le preste atención durante la comida, lo motive, le hable y lo mire con amor, son imprescindibles.

Se debe transmitir a la familia que el niño aprende por imitación. La observación de los gestos de aceptación o rechazo y otras conductas alimentarias de su madre, padre, hermanos o abuelos condiciona sus propios hábitos y conductas al comer.

Si un niño rechaza un alimento conviene aconsejar a la familia que lo sustituya por otro del mismo grupo y volver a ofrecerlo luego de un tiempo, experimentando otras combinaciones, texturas y variando los sabores para motivar a consumirlo.

Cuando la familia carece de confianza sobre la capacidad de los niños para consumir ciertos alimentos o para alimentarse por sí mismos, se siente estresada y presionada, lo cual puede convertirse en un momento frustrante, desagradable y de tensión. Otras veces la familia responde al rechazo del niño por una comida, ofreciéndole alimentos que le resultan atractivos como golosinas, snacks, papas fritas, frankfurters hamburguesas, jugos artificiales, refrescos y otros alimentos o bebidas bajos en valor nutricional, ricos en azúcares, grasas y/o sal. De esta manera se le está transmitiendo que este comportamiento es un medio eficaz para obtener este tipo de alimentos, fomentando aún más el rechazo a alimentos saludables y necesarios, en lugar de atenuarlo.


Transmitir a la familia que el momento de la comida debe ser una instancia de encuentro, afecto, comunicación y estímulo.



Los horarios de las comidas, sobre todo al inicio, los decide la familia, de acuerdo a sus dinámicas cotidianas. La primer comida no tiene necesariamente que ser al mediodía, sino que puede ser en la tarde, o durante la mañana, dependiendo de los momentos en que la familia pueda disponer de tiempo para compartir estas primeras experiencias que forman parte de las prácticas de crianza.

Más adelante, a medida que el niño incorpora otras comidas y entre comidas, se irán estableciendo los horarios y las rutinas que son necesarios para la construcción de hábitos alimentarios saludables y que tienen efectos sobre la anticipación positiva del momento de comer, que es necesario construir en el hogar.

Adecuada higiene, almacenamiento y conservación de los alimentos

The background is a solid orange color. In the upper left, the title is written in white, bold, sans-serif font. Below the title, there is a decorative graphic consisting of three overlapping white circles. The circles are arranged in a triangular pattern, with one circle at the top and two below it, overlapping each other and the top circle. The overall design is clean and modern.



Los niños pequeños, especialmente los no amamantados, tienen mayor riesgo de contraer enfermedades debido a que su sistema inmunológico aún está en desarrollo y la protección otorgada por la flora intestinal no es tan eficaz.

Los niños consumen más alimentos en proporción a su peso respecto a los mayores, de ahí que absorben más toxinas y contaminantes.⁶⁹ La incidencia de enfermedad diarreica es mayor durante el segundo semestre de vida, lo cual coincide con el inicio de la alimentación complementaria.^{1,11}

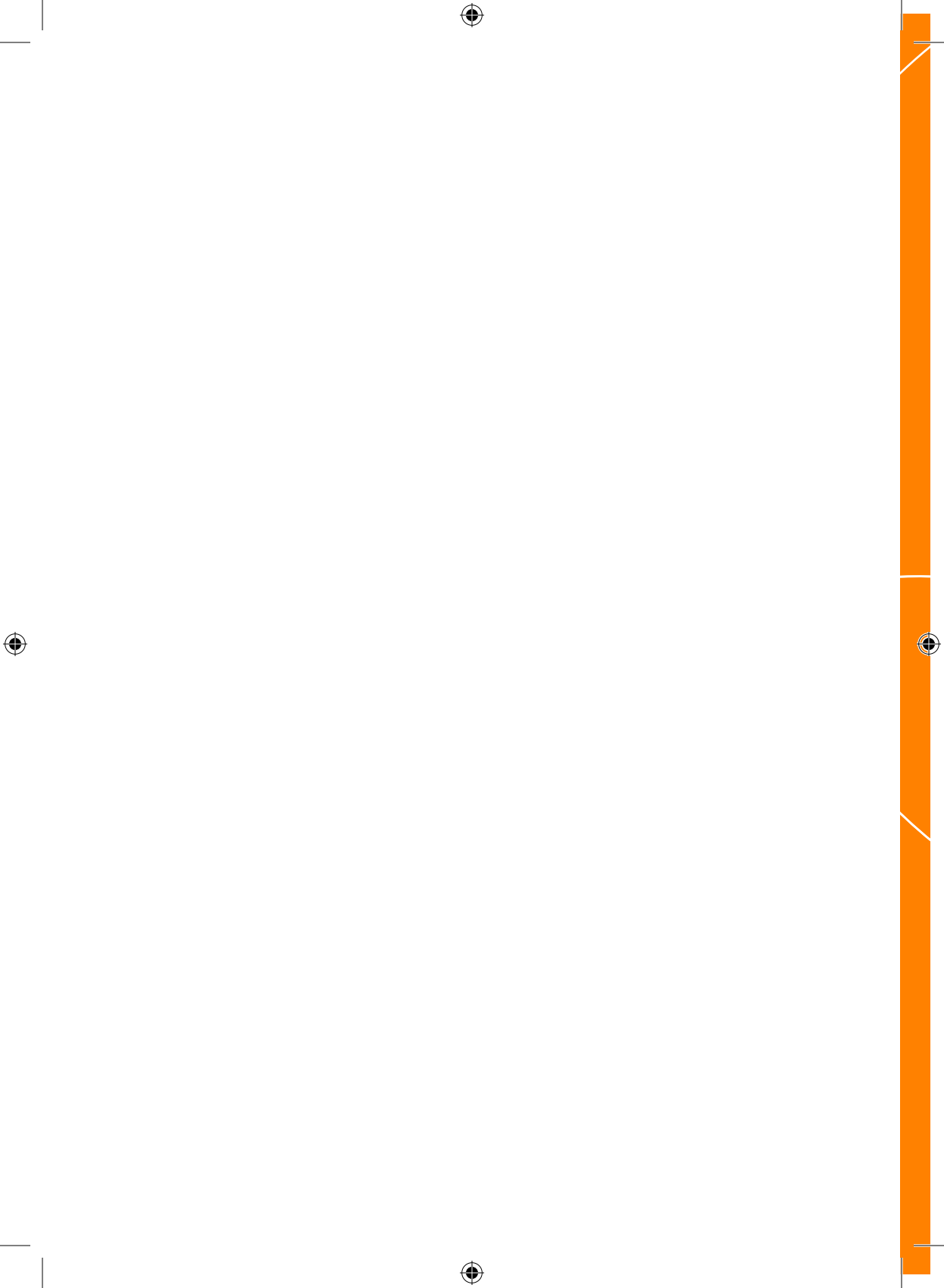
Varios estudios muestran la posible relación entre la falta de higiene, el retraso del crecimiento y la anemia por inflamación intestinal prolongada, lo que podría ser un factor de riesgo para el inadecuado desarrollo cognitivo, psicomotor y socioemocional del niño.⁷⁰

Es necesario indagar sobre el saneamiento del hogar, la presencia de basurales, mascotas, acceso al agua potable, medios de cocción y heladera con el objetivo de orientar a la familia sobre las prácticas más eficaces que garanticen la seguridad de los alimentos.

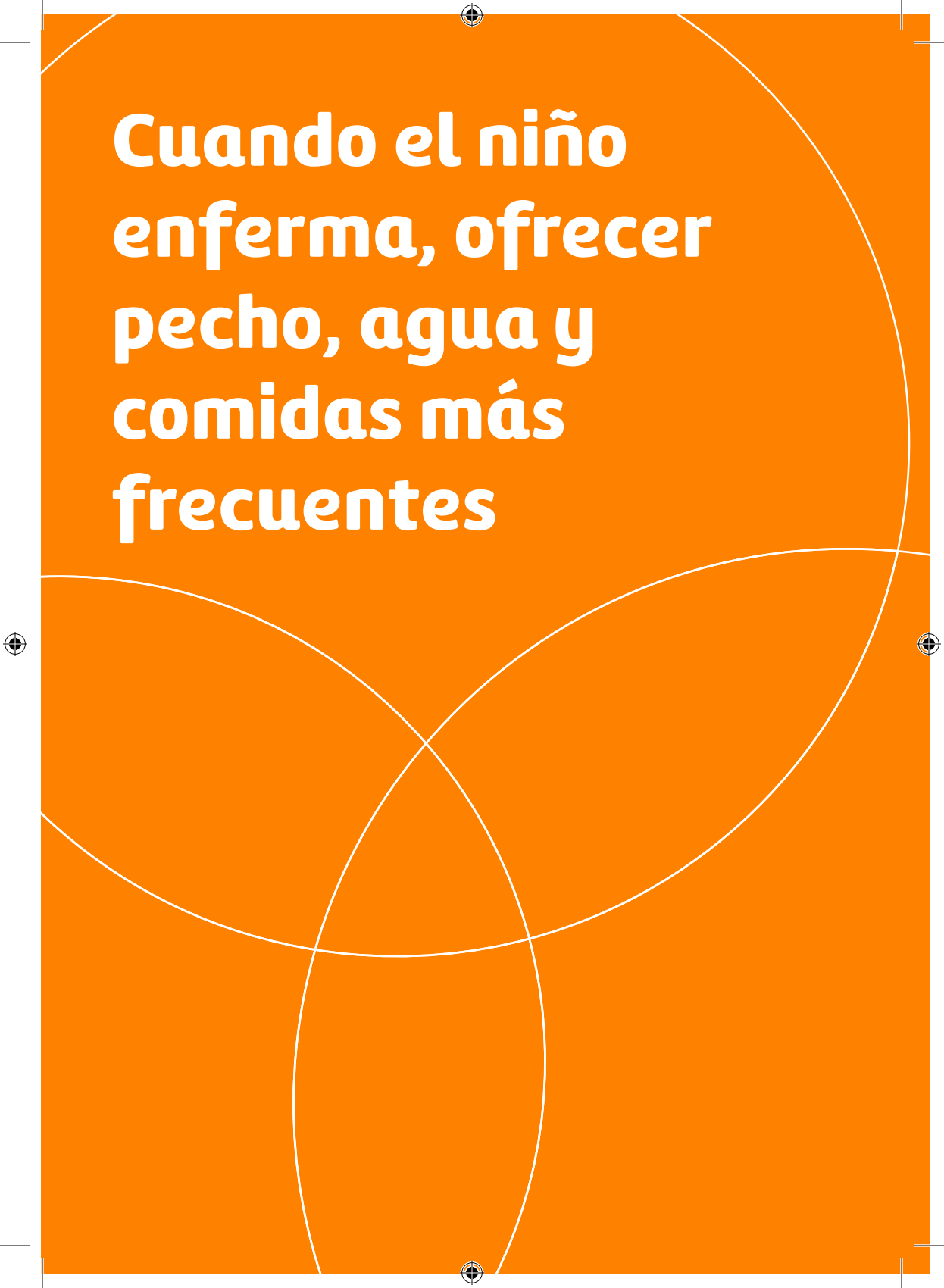
Es importante realizar consejería sobre el uso del agua. Si la familia tiene la opción se usará el agua embotellada sin gas, también puede usarse el agua potable con filtros y el agua potable de la canilla siempre hervidas, hasta el año de vida del niño.

Las buenas prácticas de **higiene, almacenamiento y conservación** de alimentos son⁷⁰⁻⁷²:

- a. Lavarse las manos con agua limpia y jabón:
 - ✓ antes de preparar y servir los alimentos,
 - ✓ después de ir al baño,
 - ✓ después de acompañar a los niños al baño,
 - ✓ después de cambiar los pañales.
- b. Taparse la boca para estornudar o toser.
- c. Evitar soplar la comida para enfriarla o probarla de la misma cuchara con que se le da de comer al niño.
- d. Ofrecer agua potable y en caso de no estar seguro de su procedencia o de su calidad hervirla durante dos minutos.
- e. Preparar y servir los alimentos en el momento o conservarlos en el refrigerador.
- f. Mantener separados los alimentos crudos de los cocidos.
- g. Evitar productos que contengan carne, huevos, pollo, o pescado, crudos o poco cocidos, y leche o productos lácteos no pasteurizados.
- h. Servir una cantidad aproximada a lo que come el niño y nunca darle lo que sobró de la comida anterior.
- i. Evitar recalentar los alimentos.
- j. Tapar o proteger los alimentos con paños limpios para evitar el contacto con moscas y animales domésticos.
- k. No pulverizar veneno o insecticidas cerca de los alimentos.
- l. Cocinar las carnes y huevos completamente, y no ofrecer alimentos que los contengan crudos tales como: mayonesa casera, merengue o helado casero.
- m. Ofrecer los líquidos en vaso y evitar el uso de mamadera.



**Cuando el niño
enferma, ofrecer
pecho, agua y
comidas más
frecuentes**

The background is a solid orange color. In the upper left, there is a large white circle. In the lower half, there are three overlapping white circles of varying sizes, arranged in a pattern that resembles a stylized plant or a decorative motif. The text is positioned within the upper white circle.



Durante la enfermedad es habitual que el niño disminuya el apetito y consuma menos alimentos y líquidos. Se debe aconsejar a la familia que continúe ofreciéndolos con mayor frecuencia para prevenir la deshidratación y el descenso de peso. En el caso de enfermedad febril, cada grado de temperatura que se eleva aumenta aproximadamente un 10 a 15% las necesidades de energía.¹⁷

Se debe aumentar la frecuencia de las lactadas en el caso de que sea un bebé amamantado y la ingesta de líquidos permitidos (agua o agua de frutas sin azúcar ni edulcorantes) evitando los refrescos y otras bebidas azucaradas, gasificadas o no y gelatinas. No se aconsejan las bebidas isotónicas (para deportistas) muchas veces utilizadas por las familias. Con respecto a los alimentos es recomendable brindar al niño aquellos que le resulten más apetecibles y que sean sus preferidos, siempre que sean los adecuados para esta etapa de la vida.^{1,11}

En estos períodos, es habitual la preferencia del niño por el pecho y los líquidos a la vez que disminuye el deseo por la comida. Se debe aconsejar a la familia respecto a la importancia de continuar estimulando al niño a consumir los alimentos complementarios. Cuando el niño se recupera y su apetito mejora se deben promover comidas más frecuentes.

Durante la enfermedad aconsejar a la familia para que ofrezca al niño líquidos con mayor frecuencia, incluyendo leche materna y alimentos variados, que le resulten apetecibles y que sean sus favoritos.

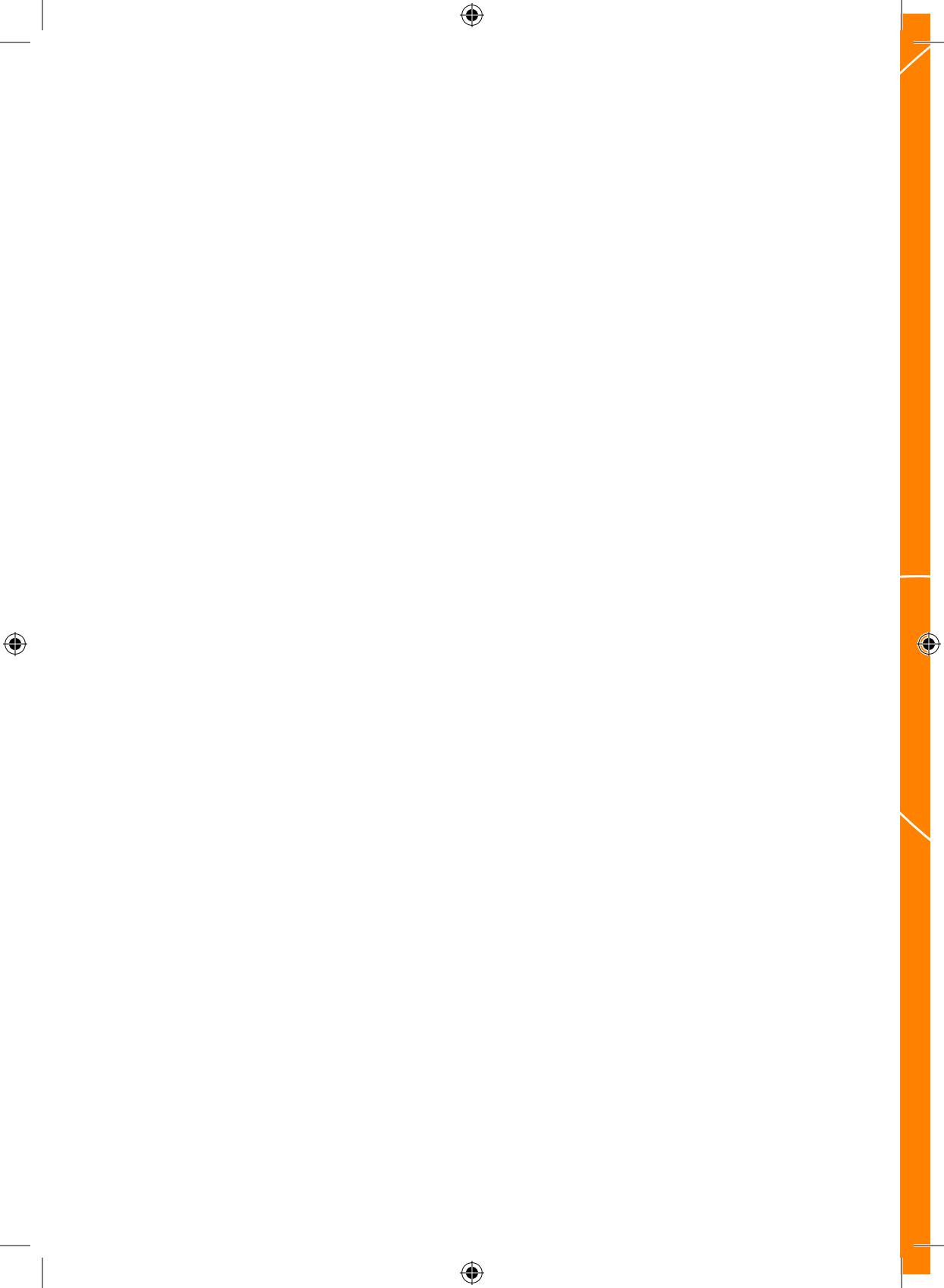
Tabla
Nº 4 Características de la alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses.

Edad	Energía alimentos complementarios	Consistencia de las comidas	Nº de comidas*	Cantidad promedio por comida**
A partir de los 6 meses	200 Kcal/día	Puré espeso consistente	2 a 3	Empezar con 2 o 3 cucharadas y aumentar gradualmente hasta 1/2 taza
9 a 11 meses	200 Kcal/día	Alimentos en trozos pequeños que pueda agarrar con la mano.	3 a 4	Empezar con 2 o 3 cucharadas y aumentar gradualmente hasta 1/2 taza
12 a 23 meses	200 Kcal/día	Alimentos de la familia cortados en trozos. Evitar alimentos duros pequeños y pegajosos que lo puedan atragantar como nueces, maní, ssemillas de algunas frutas como mandarinas, uvas y zanahoria cruda.	3 a 4	3/4 taza a 1 taza o plato mediano tipo postre.

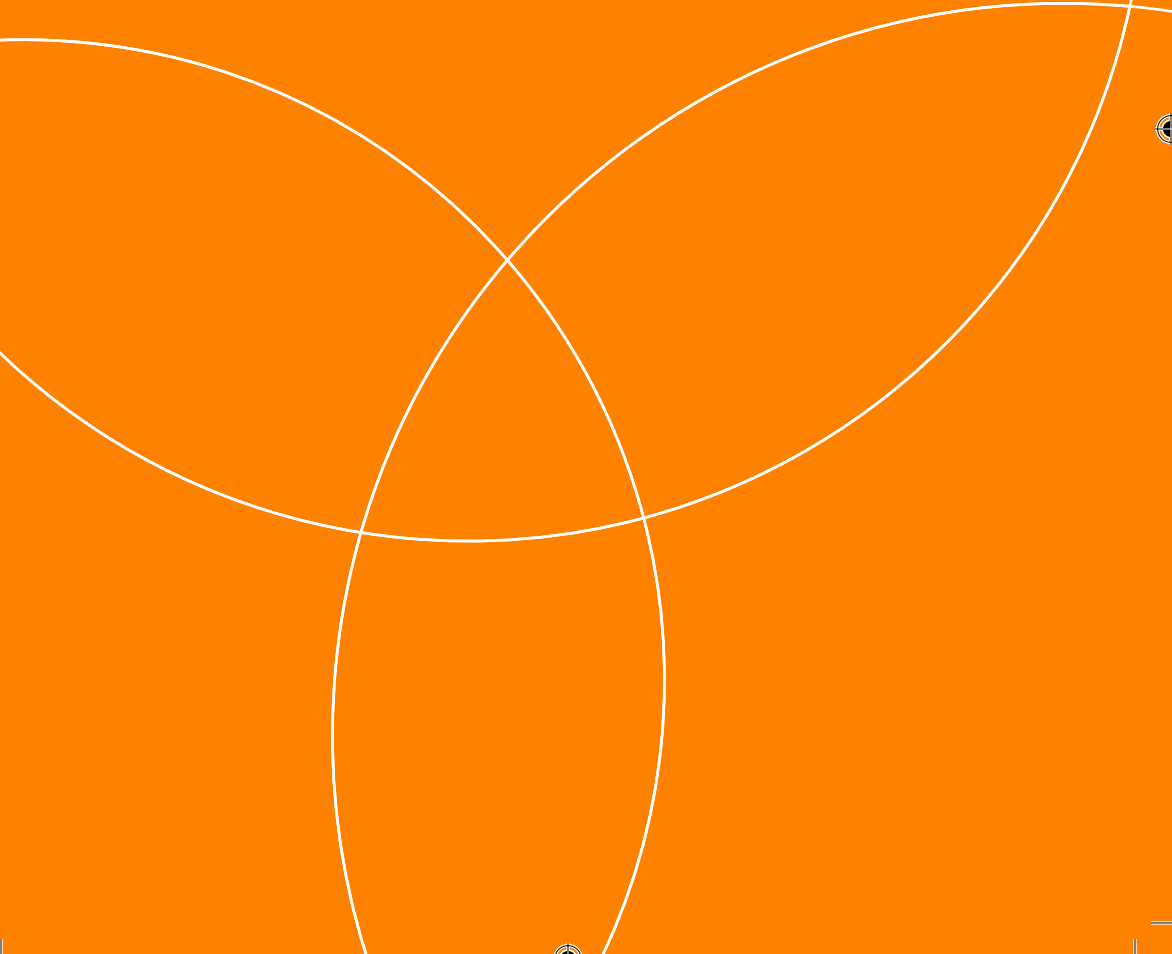
Alimentos sugeridos	Frecuencia semanal
Carnes de vacuno magra o desgrasada (nalga, cuadril, lomo, vacío, entraña, paleta, aguja, entre otros), cerdo, cordero o pollo sin piel. 1 cucharada por día.	Diaria.
Menudos de pollo, hígado o riñón: 1 cucharada.	Al menos 1 vez.
Pescado de preferencia palometa, atun fresco, lisa, salmón u otro tipo: 1 cucharada.	1 a 2 veces.
Vegetales: espinaca, acelga, zapallitos, zuchinni, calabacín, zapallo, zanahoria, brócoli, coliflor, remolacha, tomate, berengena.	Diaria.
Frutas: Manzana, banana, durazno, kiwi, ciruela, frutillas, melón, sandía, pera, palta, mandarina, naranja.	Diaria.
Cereales y tuberculos: arroz, polenta, fideos, avena, sémola, quinoa, tapioca, amndioca, papa, boniato.	Diaria.
Leguminosas: lentejas, porotos o garbanzos.	Diaria.
Lácteos: yogurt, queso fresco, (dambo, gruyere, muzzarella, ricotta), cremas, salsa blanca u otras preparaciones caseras con leche.	Diaria.
Huevo (yema y clara).	Diaria.
Aceite crudo (soja, canola): 1 cucharadita por día.	Al menos 1 vez.
A la selección de alimentos anteriores se agregan	
Carnes: aumentar a 2 cucharadas por día	Diaria.
Pan flauta o algo casero (bizcocuelo, scones, galletitas hechas con aceite, etc.)	Diaria.
A la selección de alimentos anteriores se agregan	
Carnes: aumentar a 3 cucharadas por día	Diaria.
Aceite crudo: aumentar a 2 cucharaditas por día	Diaria.

*Según el apetito del niño se pueden incorporar 1 o 2 entre comidas o meriendas nutritivas.

** La cantidad promedio recomendada de alimentos considera una adecuada densidad energética (0,8 a 1 Kcal/g). Es fundamental transmitir a la familia el concepto de capacidad gástrica, que es diferente para cada niño (30cc/Kg peso), pues no se puede pretender que consuma cantidades superiores a este volumen. Además la cantidad debe estar basada en los principios de alimentación perceptiva, aprendiendo a reconocer y respetar las señales de hambre y saciedad de cada niño.



Consejería sobre el manejo de la alimentación infantil a las familias





La consejería contribuye a que las familias puedan lograr buenas prácticas de alimentación y les ayuda a superar dificultades frecuentes en todos los casos. No se trata sólo de “brindar información”, o sólo decir con qué alimentos comenzar, sino que es un proceso complejo en el cual es necesario conocer y respetar los pensamientos, las creencias y la cultura del entorno familiar, mostrar interés y comprensión, aceptar los sentimientos de las personas y reforzar la confianza respecto a sus prácticas. Muchas veces prácticas culturales y alimentarias habituales pueden ser adecuadas o adaptarse a los principios de la alimentación del lactante y del niño pequeño. Otras veces los hábitos alimentarios en el hogar, las costumbre alimentarias de los adultos son tales que se hace necesario realizar anamnesis familiares e indagar en factores de riesgo potenciales en el proceso de introducción de alimentos complementarios. Un ejemplo frecuente es el consumo cotidiano de jugos artificiales, galletería dulce, postrecitos industrializados o fiambres y embutidos, que suelen ser ofrecidos al niño en etapas en las que no son alimentos aconsejados ni permitidos. Para lograr una buena consejería es clave establecer una comunicación efectiva lo que requiere de ciertas habilidades y entrenamiento e interdisciplina.

Usar la comunicación no verbal

El lenguaje corporal es tan importante como lo que se dice. Es necesario transmitir interés, respeto por lo que la familia expresa y siente. Para ello se aconsejan algunas medidas como sentarse cerca de la familia, mantener la cabeza al mismo nivel para favorecer el contacto visual, prestar atención sin distraerse, evitar las barreras físicas como mesas u otros objetos, asentir con la cabeza, sonreír. Estas actitudes demuestran interés y estimulan a que la persona continúe hablando.

Realizar preguntas abiertas

Las preguntas abiertas favorecen que la persona se exprese libremente y permiten una comunicación fluida. La familia debe expresarse sin interrupciones. Es recomendable que las preguntas que inician la conversación sean abiertas como “dónde...?”, “qué...?”, “cómo...?”, “por qué...?”. Las preguntas cerradas sólo pueden ser respondidas con un “sí” o un “no” lo que no permite obtener suficiente información.

Demostrar empatía

Mostrar a la familia o a quien acuda a la consulta con el niño que usted intenta comprender cómo se siente, genera confianza y fortalece el vínculo. Algunas frases como “la/o siento preocupada/o” o como “esto debe ser muy difícil para usted” o “usted debe sentirse muy feliz” son ejemplos de cómo mostrar empatía. De esta manera las familias de lactantes que comienzan a comer se sentirán habilitadas para preguntar, contar y reflexionar sobre sus prácticas habituales en relación a la alimentación del niño.

Evitar palabras que juzguen

Este tipo de palabras o preguntas pueden provocar que el familiar sienta dudas o crea que está haciendo algo mal. Algunos ejemplos cotidianos son: “correcto”, “equivocada”, “apropiadamente”, “adecuadamente”, “bien”, “mal” “¿alimenta usted al bebé adecuadamente?” En este último caso sería conveniente preguntar “¿Cómo está alimentando al bebé?”. Es necesario pensar en habilitar a las familias a un discurso más cercano a la realidad de sus dinámicas

cotidianas y poder así colaborar y acompañar en el desarrollo de una alimentación más saludable en todos sus aspectos, entendiendo la alimentación en el ámbito de las pautas de crianza.

Aceptar lo que el familiar piensa o siente

Aceptar no significa estar de acuerdo con una idea o práctica incorrecta, pero es recomendable que el familiar o responsable del cuidado del niño no se sienta criticado o enjuiciado porque esto disminuirá su confianza y el deseo de mantener una comunicación fluida. La aceptación es una forma neutra de responder. Más tarde se podrá brindar la información correcta para mejorar dicha práctica, idea o pensamiento.

Reconocer o elogiar lo que la familia está haciendo bien

Es habitual que el equipo de salud se centre en identificar los problemas y observar lo incorrecto para intentar corregirlo, pero es importante modificar esta práctica. Es aconsejable reconocer y elogiar aquellas prácticas que se estén haciendo bien pues fortalece la confianza y favorece la comunicación.

Brindar información relevante, pertinente y en un lenguaje sencillo

Si se escucha atentamente será más fácil luego poder dar información pertinente, útil y relevante. Es conveniente no brindar demasiada información, esta debe ser práctica y orientarse a resolver una situación puntual, de lo contrario podría generarse confusión y olvidar lo más importante.

Es necesario usar un lenguaje sencillo, que sea fácil de ser comprendido, empleando palabras de uso cotidiano no demasiado “técnicas”. Es importante dar sugerencias pero no órdenes, si se dice lo que “debe hacer” la familia podría sentir que no es capaz de lograrlo y para no disentir podría decir que “sí” pero no regresar.

Brindar sugerencias permite ponerlas en discusión, que la familia participe activamente en buscar la posible alternativa o solución al problema y la mejor manera de llevarla a cabo. Es conveniente explicar los motivos por los cuales se sugiere que una conducta o práctica sea modificada. Se recomienda verificar si la familia comprendió los mensajes o si es necesario reforzar algunos aspectos. Para ello es recomendable usar preguntas abiertas, que permitan expresar libremente dudas o desacuerdos.

La valoración del estado nutricional y la tendencia de la curva de crecimiento brindan información clave sobre la cual orientar la consejería. Pero es fundamental asociar la progresión de la alimentación complementaria con la evolución del desarrollo del niño, la

La consejería sobre alimentación complementaria brinda una oportunidad única para aconsejar acerca de la nutrición de la mujer y de toda la familia.

adquisición de destrezas, habilidades e hitos en el desarrollo que retroalimentan el proceso de alimentación saludable y un adecuado crecimiento y desarrollo.

Como referencia se presenta una pauta para valorar la alimentación del niño. No se recomienda aplicarla tipo "cuestionario" sino que simplemente sirva como guía o recordatorio sobre algunos aspectos relevantes para realizar la consejería. El profesional podrá modificarlo y ajustarlo según cada situación, sus propias necesidades y las de la familia.

Algunos elementos a considerar :

- ¿El niño recibe leche materna? ¿Cuántas veces al día? Y en la noche?
Si el niño está amamantado es necesario observar la técnica y verificar los signos de amamantamiento correcto
- ¿El niño recibe otras leches? ¿Cuántas veces al día y en que volumen? ¿Cómo la prepara? ¿Desde qué edad las recibe?
- ¿A qué edad incorporó el primer alimento semisólido? ¿Qué alimento o comida fue?
- ¿Cuántas comidas le ofrece habitualmente al niño? ¿Le ofrece entre comidas?
- ¿Qué comidas o alimentos le ofrece habitualmente? ¿Le agrega azúcar sal o miel?
- ¿Qué cantidad de comida le ofrece habitualmente? Chequear cantidad en cada comida utilizando medidas caseras (plato tipo postre, tazas, cucharadas)
- ¿Consumió algún tipo de carnes el día de ayer? O habitualmente? ¿Qué tipo? ¿En qué cantidad? ¿A qué edad le empezó a dar carnes?
- ¿El niño ayer consumió verduras? Frutas? ¿La familia las consume habitualmente?
- ¿Habitualmente agrega aceite, manteca o margarina a la comida del niño? Si usa aceite: ¿Qué tipo? ¿en qué cantidad?
- ¿Cómo es la consistencia de las comidas / puré espeso, semilíquido, líquido
- ¿El niño come de su propio plato?
- ¿Ha ofrecido alguno de los siguientes alimentos o bebidas?
 - Tés o yuyos
 - Jugos o refrescos
 - Gelatinas o caldos
 - Fiambres o embutidos
 - Galletitas dulces: rellenas, waffles, comunes, bizcochos / masitas / ojitos
 - Chocolate
 - Miel
 - Frituras (tortas fritas, buñuelos, milanesas, papas fritas, nuggets)
 - Golosinas
 - Snacks (papas chips, otros snack fritos y salados)
 - Otros _____
- ¿El niño recibió el suplemento de hierro el día de ayer? Y el de vitamina D? ¿Los recibe a diario? Si la respuesta es no: ¿Por qué motivo?...



Referencias

1. OMS. 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. Biblioteca sede OPS, Washington DC 2010. ISBN: 978-92-75-33094-4 NLM W5120
2. OMS. Exclusive Breastfeeding for Six Months Best for Babies Everywhere. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. October, 2013 ISBN 978 92 4 150664 9
3. de Boo HA, Harding JE. The developmental origins of adult disease (Barker) hypothesis. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2006 Feb;46(1):4-14. Review.
4. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006.Madrid:Ex-libris Ediciones;2006.p. 249-56
5. ESPGHAN Committee on Nutrition: Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46: 99-110.
6. ESPGHAN Committee on Nutrition: Breastfeeding. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 49(1):112-125, July 2009
7. Cattaneo A. Infant and young child feeding: solid facts. Breastfeed Rev. 2013 Jul;21(2):7-9
8. Cattaneo A, Williams C, Pallás-Alonso CR, Hernández-Aguilar MT,Lasarte-Velillas JJ, Landa-Rivera L, Rouw E, Pina M, Volta A, Oudessluis-Murphy AM. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods:how good is the evidence? Matern Child Nutr. 2011 Oct;7(4):335-43.
9. MSP/MIDES/RUANDI/UNICEF. Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en menores de 2 años. Montevideo, 2011.
10. Bove, Isabel. Encuesta de crecimiento, desarrollo y salud materna en Canelones Montevideo: UNICEF, Comuna Canaria, PNUD, 2012. 104 p.
11. OPS/OMS, Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, 2003. ISBN 92 75 32460 3.
12. OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. OMS Serie de Informes Técnicos 916. Ginebra, 2003.
13. Prado EL, Dewey KG. Nutrition and brain development in early life. Nutr Rev. 2014 Apr;72(4):267-84.
14. Strazzullo P, Campanozzi A, Avallone S. Does salt intake in the first two years of life affect the development of cardiovascular disorders in adulthood? Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2012 Oct;22(10):787-92.
15. OMS. Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos. 2007. ISBN 978 92 4 359463 7.
16. Evaluación del crecimiento del niño y la niña. Desde el nacimiento hasta los 5 años de edad. MSP/MIDES -UCC. 2015
17. Zelee H. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, D.C: OPS, 2005. ISBN 92 75 32588 X.
18. Ip, S, Chung M. et al: Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report / Technology Assessment. N°153, 2007.
19. PAHO. Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development. 2. ed. Washington, DC : PAHO, 2013. ISBN 978-92-75-11783-5
20. Health Canada; Canadian Paediatric Society; Dietitians of Canada; Breastfeeding Committee for Canada. Nutrition for healthy term infants: recommendations from birth to six months. Can J Diet Pract Res. 2012 Winter;73(4):204.
21. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Arch Dis Child. 2006 Jan;91(1):39-43. - VER NO SEGURO SI PREVIENE O RETRASA INICIO DE SINTOMAS
22. MSP. UNISEF. RUANDI. Programa Nacional de Salud de la Niñez. Norma Nacional de Lactancia Materna. 2014
23. Naylor AJ, Morrow AL. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods. Washington DC, LINKAGES/Wellstart International, 2001.
24. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Garza C, Yang H; WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Comparison of the World Health Organization (WHO) Child growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes. Public Health Nutr. 2006 Oct;9(7):942-7.
25. López J.M. Metabolismo hidromineral: agua y electrolitos. En: Gil A. Director. Tratado de Nutrición. 2da ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p.829 - 864.
26. National Research Council. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Washington, DC: The National Academies Press, 2005.
27. Martínez JR, et al. Recomendaciones de bebida e hidratación para la población española. Nutr. clín. diet. hosp. 2008; 28(2):3-19.
28. OPS. Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington, D.C. OPS,2007. ISBN 978-92-7-532795-1
29. Temple JL. Caffeine Use in Children: What we know, what we have left to learn, and why we should worry. Neuroscience and biobehavioral reviews, 2009; 33(6):793-806.
30. Perret C, Tabin R, Marcoz JP, Llor J, Cheseaux JJ. Apparent life threatening event in infants: think about star anise intoxication. Arch Pediatr. 2011 Jul;18(7):750-3.
31. Dewey K. G., Brown K. H. Update on Technical Issues Concerning Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries and Implications for Intervention Programs. Food and Nutrition Bulletin. 2003;24(1):5-28. [PubMed]

32. Vitamin and mineral requirements in human nutrition. Expert Consultation, Ginebra: World Health Organization. 2004.
33. World Health Organization. Iron deficiency anemia. Assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. WHO; 2001
34. Gaitán C Diego, Olivares G Manuel, Arredondo O Miguel, Pizarro A F. Biodisponibilidad de hierro en humanos. *Rev. Chil. Nutr.* 2006 ; 33(2): 142-148.
35. MSP. DIGESA. Plan Nacional de Salud Perinatal y primera infancia. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro. 2014.
36. Illa, M.; Moll, M.J.; Satriano, R.; Ferreira, R.; Estefanell, C.; Sayagués, B.; et al. "Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad, usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública", en Archivos de Pediatría del Uruguay, <www.sup.org.uy/Archivos/adp79-1/pdf/adp79-1.5.pdf>, 2008, 79(1): 21-31.
37. Leung AK, Chan KW. Iron deficiency anemia. *Adv Pediatr.* 2001;48:385-408. Review. PubMed PMID: 11480764
38. Oliveira Maria AA, Osório Mônica M.. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância J. *Pediatr. (Rio J.)* [revista en la Internet]. 2005 Oct [citado el 22 de julio 2014]; 81 (5): 361-367.
39. Ziegler EE. Consumption of cow's milk as a cause of iron deficiency in infants and toddlers. *Nutr Rev.* 2011 Nov;69 Suppl 1:S37-42.
40. Hopkins D, Emmett P, Steer C, Rogers I, y cols. Infant feeding in the second 6 months of life related to iron status: an observational study. *Arch Dis Child.* 2007;92(10):850-4.
41. FAO: Milk and dairy products in human nutrition, FAO, Rome 2013
42. Hopkins D, Emmett P, Steer C, Rogers I, y cols. Infant feeding in the second 6 months of life related to iron status: an observational study. *Arch Dis Child.* 2007;92(10):850-4.
43. MSP. UNISEF. RUANDI. Programa Nacional de Salud de la Niñez. Guía para el uso de sucedáneos de la leche materna en lactantes. 2014.
44. Greer, FR, Sicherer, SH y Burks, W A. Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods and hydrolyzed formulas. 2008. *Pediatrics*,121-183.
45. 45. Tham EH, Rajakulendram M, Shek LP. Prevention of food allergy in the real life. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2014; 32:16-24.
46. Chan SE, Cummings C. Dietary exposures and allergy prevention in high risk infants. Canadian Pediatric Society. Community Pediatrics Committee. Allergy Section. *Pediatr Child Health*, 2013. 18(10):545-9.
47. Nevot S, Gómez C. Prevención de las enfermedades alérgicas. *Pediatr Integral*. 2013;8(8):545-553. 2013.
48. H. Szajewska et al. Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36: 607-618
49. Chmielewska A, Szajewska H, Shamir R. Celiac disease--prevention strategies through early infant nutrition. *World Rev Nutr Diet.* 2013;108:91-7. doi: 10.1159/000351491. Epub 2013 Sep 6.
50. Peltó G, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull* 2003; 24:45-82.
51. Dewey K, Brown K. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull* 2003; 24:5-28.
52. Daza W, Dadán S. Alimentación complementaria en el primer año de vida CCAP Volumen 8 Número 4, Colombia 2012.
53. La alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria- Especializada, Grupo Gastro Sur-Oeste, 2010
54. CASTILLO-DURAN, CARLOS et al. Alimentación normal del niño menor de 2 años: Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría 2013. *Rev. chil. pediatr.* 2013, vol.84, n.5
55. FAO y FINUT, 2012 Grasas y ácidos grasos en nutrición humana. Consulta expertos. ISBN 978-92-5-306733-6.
56. Gould JF, Smithers LG, Makrides M. The effect of maternal omega-3 (n-3) LCPUFA supplementation during pregnancy on early childhood cognitive and visual development: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr.* 2013 Mar;97(3):531-44
57. GAETE G., Marcela; ATALAH S., Eduardo y ARAYA A., Julia. Efecto de la suplementación de la dieta de la madre durante la lactancia con ácidos grasos omega 3 en la composición de los lípidos de la leche. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2002, vol.73, n.3 [citado 2014-07-14], pp. 239-247.
58. Tapia A, la suplementación con ácidos grasos omega 3 disminuye la agresividad, hostilidad y el comportamiento antisocial. *Rev. Chil. Nutr.* Vol 32.Nº2,2005
59. Quintero J, aspectos nutricionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Re.Neurol*2009;49(6):307-312.
60. WHO. Fruit and Vegetable Promotion Initiative, report of the meeting, Geneva, 25-27 August, 2003.
61. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir riesgos y promover una vida sana. 2002.
62. Intoxicación en niños. Metahemoglobinemia. *ANALES Sis San Navarra* 2003; 26 (Supl. 1): 209-223).
63. Greer F, Shannon M. Infant Methemoglobinemia: The Role of Dietary Nitrate in Food and Water. *Pediatrics*, 2005;116;784.
64. Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongracic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *American Academy of Allergy Asthma and Immunology. J Allergy Clin Immunol.* 2013;1:29-36.
65. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Use of Nutritive and Nonnutritive Sweeteners. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112:739-758.
66. Kochanska G, Woodard J, Kim S, Koenig JL, Yoon JE, Barry RA. Positive socialization mechanisms in secure and insecure parent child dyads: two longitudinal studies. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51: 998-1009.

67. Kretchmar MD, Jacobvitz DB. Observing mother-child relationships across generations: boundary patterns, attachment, and the transmission of caregiving. *Fam Process*. 2002;41:351-74.
68. Black MM, Hurley K. Infant nutrition. In Bremner JG, Wachs T, editors. *Handbook on infant development*. 2nd vol. Applied and policy issues. New York: Wiley-Blackwell, 2010. p. 33-61.
69. WHO Regional Office for Europe. *Children's Health and Environment: A Review of Evidence*. 2002.
70. Ngure FM, Reid BM, Humphrey JH, Mbuya MN, Pelto G, Stoltzfus RJ. Water, sanitation, and hygiene (WASH), environmental enteropathy, nutrition, and early child development: making the links. *Ann N Y Acad Sci*. 2014 Jan;1308:118-28. doi: 10.1111/nyas.12330. Review. PubMed PMID: 24571214.
71. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. *Primary Prevention of Allergic Disease Through Nutritional Interventions*. Parent Prevention Guidelines. 2015.
72. Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2016; 34:00 AHA Scientific Statement
73. Human Energy Requirements. Report of a Joint FAO/WHO/OMS Expert Consultation 2001. Published 2004.
74. Scientific Opinion: Statement on possible public health risks for infants and young children from the presence of nitrates in leafy vegetables. EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM)2, 3 *EFSA Journal* 2010; 8(12):1935
75. Alimentos y Bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias y efectos sobre la obesidad e implicancias para las políticas públicas. OPS/OMS. 2015

Bibliografía Complementaria.

- Carrillo Fernández, Dalmau Serra. Grasas en la dieta y salud cardiovascular. Artículo de consenso, Nut clin diet hosp, 2011.
- Cribb VL, Warren JM, Emmett PM. Contribution of inappropriate complementary foods to the salt intake of 8-month-old infants. Eur J Clin Nutr. 2012 Jan;66(1):104-10.
- Daza W, Dadán S. Alimentación complementaria en el primer año de vida CCAP Volumen 8 Número 4, Colombia 2012.
- La alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria- Especializada, Grupo Gastro Sur-Oeste, 2010
- Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica, 2010
- Ministerio de Salud Ambiente de la Nación. Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Argentina, 2006.
- MINSAP/UNISEF/INHA. Guías alimentarias para niñas y niños hasta 2 años de edad. Documento técnico para los equipos de salud. Cuba, 2009.
- French agency for food, environmental and occupational health & safety (anses [former afssa]), and Ministry of Labour, Employment and Health Nutrition guides for different population groups, 2007.
- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años del Paraguay. Paraguay, 2012
- Zutavern A, von Mucio E, J Harris, Mills P, S Moffatt, Blanco C, Cullinan P. The introduction of solids in relation to asthma and eczema. Arch Dis Child. 2004 Abril, 89 (4) :303-8. PubMed PMID: 15033835; PubMed Central PMCID: PMC1719882
- Ministerio de Salud. Guía de Alimentos para los niños menos de 2 años. Chile, 2005.
- Department of Health in association with the Welsh Assembly Government, the Scottish Government and the Food Standards Agency in Northern Ireland. The eat well plate, 2011.
- Greer, FR, Sicherer, SH y Burks, W A. Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods and hydrolyzed formulas. 2008. Pediatrics,121-183.
- National Health and Medical Research Council. Infant Feeding Guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council. (2012)
- Agostini C, Decsi T, Fewtrell M, et al. Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2008. 46(1):99-110..
- Muraro A, Halken S, Arshad SH, et al. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Primary Prevention of food allergy. Position Paper. Allergy.2014.(69):590-601.
- Nwaru B, Erkkola M, Ahonen S, et al. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. Pediatrics 2010. 125:50-9.
- Koplin JJ, et al. Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? A population based study. J Allergy Clin Immunol, 2010.(126):807-13.
- Nwaru B, et al. Timing of infant feeding in relation to childhood asthma and allergic diseases. J Allergy Clin Immunol, 78-86.2013.
- Nwaru BI, Takkinen H, Niemela O, et al. Introduction of complementary foods in infancy and atopic sensitization at the age of 5 years: timing and food diversity in a Finnish birth cohort. Allergy 2013.68(4):507-16.
- Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongratic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. American Academy of Allergy Asthma and Immunology. J Allergy Clin Immunol. 2013;1:29-36.
- Cox HE, Food allergy as seen by an allergist. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2008. (47): 45-48.
- Hesselmar B, Saalman R, Rudin A, Adlerberth I, Wold A. Early fish introduction is associated with less eczema, but not sensitization in infants. Acta Pediatr 2010. 99:1861-7.
- Alm B, Aberg N, Erdes L, et al. Early introduction of fish decreases the risk of eczema in infants. British Medical Journal. 2008.
- WHO Complementary feeding: Family foods for breastfed children. Geneva: World Health Organization. WHO/NHD/00.1; WHO/FCH/CAH/00.6, 2000.
- Intendencia de Montevideo. Manual para manipuladores de alimentos. 2006







