



MINISTERIO DE SALUD



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas



Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú



UNIVERSIDAD NACIONAL
MAJOR DE SAN MARCOS



Lima - Perú
2004





Resolución Ministerial

Lima, 03 de FEBRERO del 2004

Visto el Oficio N° 2052-2003-J-OPD/INS del Instituto Nacional de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, conforme lo establece el artículo 5° de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, entre los objetivos funcionales del Ministerio de Salud, está el lograr una cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de toda la población, así como de la protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad;

Que, dentro de este contexto, es necesario establecer la normatividad técnica que permita establecer y fomentar los lineamientos de nutrición materna que orienten el desarrollo de las actividades educativo comunicacionales dirigidas a la mujer gestante y a la mujer que da de lactar con la finalidad de contribuir a la adopción de prácticas saludables en alimentación y nutrición;

Con la opinión favorable de la Dirección General de Salud de las Personas y con las visaciones de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 751-2003-SA/DM y el numeral i) del artículo 8° de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Norma Técnica denominada: "LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN MATERNA" NT N°006-MINSA-INS-V.01, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar al Instituto Nacional de Salud para que a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición y en coordinación con la Dirección General de Salud de las Personas se encarguen de la difusión e implementación a nivel nacional de la citada Norma Técnica.

Artículo 3°.- Disponer que las Direcciones de Salud a nivel nacional, a través de sus Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas, sean las responsables de la implementación, difusión, supervisión y cumplimiento de la mencionada Norma Técnica, en su ámbito jurisdiccional.

Artículo 4°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones disponga la publicación de la presente Norma Técnica en la página web del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



Salvador Vidal Rivadeneira

Dr. SALVARO VIDAL RIVADENEYRA
Ministro de Salud



Resolución Ministerial

Lima, 15 de JUNIO del 2004

Visto el Oficio N° 2527-2003-J-OPD/MNS, del Instituto Nacional de Salud;

CONSIDERANDO:

Que dentro de los lineamientos de la política del Sector para el periodo 2002-2012, se encuentran como objetivos estratégicos, la promoción de la salud, la educación para la mejora de la alimentación de calidad, la reducción de la morbi-mortalidad infantil, la atención integral de la salud y la democratización de la salud, principalmente en los sectores más pobres;

Que la nutrición infantil, en relación con la salud, es materia de atención prioritaria por el Sector, pues según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000, la anemia nutricional afecta a más del 49% de la población infantil menor a 5 años y, la desnutrición crónica o retardo en el crecimiento infantil afecta en un 25.4% a la población menor de 5 años;

Que en tal sentido, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud, ha elaborado la Norma Técnica: "Lineamientos de Nutrición Infantil", cuya finalidad es desarrollar las actividades educativas orientadas al cambio de comportamiento alimentario y nutricional del niño y niña menor de 24 meses, para contribuir con la recuperación o mantenimiento de su adecuado estado nutricional;

Estando a lo informado por el Instituto Nacional de Salud, la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección General de Promoción de la Salud;

Con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal i) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Norma Técnica N° 010-MNSAMNS-V.01: "Lineamientos de Nutrición Infantil", que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Establecer que el Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección General de Promoción de Salud, son responsables de la difusión e implementación de la mencionada Norma Técnica.

Artículo 3°.- Disponer que las Direcciones de Salud, a nivel nacional, son responsables del cumplimiento de la citada Norma Técnica en el ámbito de su jurisdicción.

Artículo 4°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de dicha Norma Técnica en la página web del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese



[Firma]
Dra. Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú

Lima - Perú
2004

Profesionales que elaboraron el documento base de Lineamientos de Nutrición Materno Infantil 1997

Nelly Baiocchi Ureta (CENAN)	Mariela Contreras Rojas (CENAN)	Marianella Miranda Cuadros (CENAN)
Mirko Lázaro Serrano (CENAN)	Iván Gómez Sánchez Prieto (CENAN)	Amanda Satalaya Pérez (CENAN)
María Reyes García (CENAN)	Rocio Valenzuela Vargas (CENAN)	Elena Gonzales Achuy (CENAN)
Walter Vilchez Dávila (MINSa)	Amelia Bardales Hoyos (UNMSM)	María del Pilar Cereceda (UNMSM)
Nair Carrasco (CEPREN)	Ruth Palomino Santolalla (CEPREN)	Rosa María Door (CEPREN)
Zulema León Mauricio (IIN)	Reyna Liria Domínguez (IIN)	Nelly Zavaleta Pimentel (IIN)
María Elena Ugaz (UNICEF)		

Profesionales que revisaron el documento base "Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú" 2003

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - Instituto Nacional de Salud		
Dra. Rosa Vilca Bengoa	Lic. Patricia Velarde Delgado	Lic. Amelia de la Zota Angeles
Lic. Mirko Lázaro Serrano	Lic. Rocio Pariahuamán Fernández	Lic. Carlos Enrique Rojas Dávila
Lic. Carmen Valladares Escobedo	Lic. Iván Gómez-Sánchez Prieto	Lic. María Mercedes Reyes García
Lic. Rocio Valenzuela Vargas		
Dirección General de Promoción de la Salud MINSa	Dirección General de Salud de las Personas - MINSa	Instituto de Salud del Niño MINSa
Dra. Faviola Jiménez Ramos	Lic. Ana María Higa Yamashiro	Dr. Juan Rivera Medina
Dra. Milagritos Araujo	Lic. Walter Vilchez Dávila	
Instituto Materno-Perinatal MINSa	Colegio de Nutricionistas del Perú	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Lic. Bertha Belleza Cabrera	Lic. Isabel Guzmán Ganoza	Lic. Carmen Villarreal Verde
CARE-PERÚ	CARITAS DEL PERÚ	ADRA PERÚ
Dr. Alfredo Aliaga Calderón	Dr. Andrés Morán Tello	Lic. Victoria Pumacahua Ramos
CEPREN	Instituto de Investigación Nutricional	Organización Benéfica PRISMA
Lic. Rosa María Door de Ubillas	Lic. María Reyna Liria Domínguez	Lic. Cecilia Gamarra Cruz
Lic. Ruth Palomino Santolalla	Lic. Hilary Creed Kanashiro	Dra. Marilú Chiang Echenique
	Dra. Nelly Zavaleta Pimentel	
Organización Panamericana de la Salud-OMS	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia	
Dr. Fernando Rocabado	Dra. Lucila Sierra	
Dr. Edgar Ramírez	Lic. María Elena Ugaz	
Revisión final del documento Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú 2004		
Lic. Patricia Velarde D.	Lic. Amelia De la Zota A.	Dr. Napoleón Chávez V.
Dra. Milagro Nuñez R.	Lic. María Inés Sánchez Griñan	Dr. Mario Tavera S.

Catalogación hecha por el Centro de Documentación e Información del INS

Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú / Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - Lima :
Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2004
52 p. : 30 x 21 cm. ; il. , tab.

I. EDUCACIÓN NUTRICIONAL 2. NUTRICIÓN MATERNA 3. NUTRICIÓN PRE NATAL 4. NUTRICIÓN INFANTIL 5. PROGRAMAS Y POLITICAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN 6. PERÚ
I. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (Perú)
II. Instituto Nacional de Salud (Perú)
III. Perú. Ministerio de Salud

ISBN 9972-857-40-9

Hecho el Depósito Legal N° 1501412004-6484

©Ministerio de Salud, 2004

Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú

Tel: 431-0410

©Instituto Nacional de Salud, 2004

Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú

Tel.: 471-9920 Fax: 471-0179

e-mail: postmaster@ins.gob.pe

Página Web: www.ins.gob.pe

Se autoriza su reproducción total o parcial siempre y cuando se cite la fuente

Contenido

	Pag
Presentación	9
LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN DE LA MUJER GESTANTE Y DE LA MUJER QUE DA DE LACTAR	11
Lineamientos generales	13
Promover una alimentación balanceada y variada en la mujer en edad fértil con énfasis en la gestante y en la mujer que da de lactar	
1. Asegurar el consumo adecuado de energía, de macro y micronutrientes de acuerdo a las necesidades y estado nutricional de la madre	15
2. Promover el consumo diario de alimentos de origen animal fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc	15
3. Promover el consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra	17
4. Fomentar el consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional para la mujer gestante y tres comidas principales al día más dos raciones adicionales para la mujer que da de lactar	18
5. Recomendar disminuir el consumo de café, gaseosas, golosinas y dulces durante la gestación y la lactancia	18
6. Evitar el uso de cigarrillos y la ingesta de alcohol y otras drogas durante la gestación y la lactancia	18
Fortalecer el componente nutricional en la atención integral de salud de la mujer	
7. Promover la adecuada evaluación nutricional de la mujer durante el embarazo y en la lactancia	19
8. Identificar a la madre adolescente como de alto riesgo nutricional y de salud en la etapa de gestación y lactancia	19
Garantizar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico de toda mujer gestante y mujer que da de lactar	
9. Asegurar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico a toda mujer gestante y a la mujer que da de lactar	20
Fomentar la suplementación con vitamina A para púerperas en poblaciones de mayor riesgo	
10. Fomentar la suplementación a las madres púerperas durante el primer mes con una dosis única de vitamina A en zonas de mayor riesgo	21
Promover el consumo diario de sal yodada en zonas de sierra y selva	
11. Recomendar el uso de sal yodada en las comidas	22
Propiciar la participación de la familia y comunidad para favorecer una maternidad saludable y segura	
12. Promover actividad física adecuada en la mujer gestante y en la mujer que da de lactar	22
13. Motivar y preparar física y emocionalmente a la madre para una lactancia materna exitosa	22
14. Promover la participación de la pareja y demás miembros de la familia en el apoyo emocional y físico de la mujer gestante y la mujer que da de lactar	23
15. Reforzar la confianza de la madre sobre su capacidad para dar de lactar	23
16. Promover técnicas adecuadas de lactancia y orientar a la madre en la solución de problemas específicos relacionados con la lactancia	24

17. Informar a la madre trabajadora sobre la leyes y normas legales a las que tiene derecho durante la gestación y el período de lactancia	24
LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN DE LA NIÑA O NIÑO MENOR DE 6 MESES	25
Lineamientos específicos	27
1. Promover la Lactancia Materna Exclusiva, como practica saludable y como único alimento para el niño durante los primeros 6 meses de vida, desalentando el uso de agüitas, infusiones u otros alimentos, para contribuir con el desarrollo integral de la niña y niño	28
2. Facilitar el contacto entre la madre y el niño dentro de la primera hora después del nacimiento para que el niño inicie la lactancia y se estreche la relación madre-niño	28
3. Enseñar la importancia del calostro durante los primeros días de vida	29
4. Enseñar y promover las técnicas correctas de amamantamiento	29
5. Enseñar a las madres que lo necesiten la técnica de extracción manual de leche, la conservación y la forma adecuada de dársela al niño	33
6. Promover y fomentar la re-lactación en casos de lactancia mixta alimentación artificial	35
7. Mantener la lactancia materna y aumentar su frecuencia cuando el niño esta enfermo	37
8. Los niños nacidos de madres con VIH deben recibir lactancia artificial desde su nacimiento para disminuir el riesgo de adquirir la infección de VIH. (R.M. N 619-99-SA/DM)	37
9. Promover la adecuada nutrición de la madre que da de lactar	37
10. Cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa	37
11. Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	38
LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN DE LA NIÑA O NIÑO DE 6 A 24 MESES	39
Lineamientos específicos	41
1. Continuar la lactancia materna hasta los dos años de edad o más	42
2. A partir de los 6 meses de edad iniciar la alimentación complementaria	42
3. Practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales del niño respondiendo con paciencia y amor	43
4. Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, para evitar infecciones	44
5. Iniciar con alimentos semi - sólidos (papillas, mazamorras, purés) evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia conforme el niño crece y desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, triturados y luego picados, hasta que el niño se incorpore en la alimentación familiar	45
6. Alimentar al niño durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y desarrolla según su edad	45
7. Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece al niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad	46
8. Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita y huevo. Incorporar leche y/o productos lácteos en las comidas del niño	47
9. Promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles en la zona	48
10. Enriquecer una de las comidas principales del niño con una cucharadita de grasa	48
11. Suplementar con Sulfato Ferroso, Vitamina A - Necesidades de Yodo	49
12. Durante los procesos infecciosos, fraccionar las comidas del niño ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos	50
Bibliografía	51

Presentación

La Organización Mundial de la Salud define a la nutrición de la siguiente manera:

“La Nutrición es la piedra angular que afecta y define la salud de toda la población, es la vía para crecer, desarrollar y trabajar, jugar, resistir infecciones y alcanzar todo nuestro potencial como individuos y sociedad”.

Por lo tanto la alimentación y nutrición condicionan en forma importante el crecimiento y desarrollo de todo ser vivo, por ello, la nutrición se constituye en un pilar fundamental de la vida, la salud y el desarrollo del ser humano durante toda su existencia.

Sabemos que actualmente la población peruana presenta graves problemas de salud relacionados a la nutrición, que en el caso de la desnutrición crónica infantil (retardo en el crecimiento) esta afecta en un 25,4% en la población menor de 5 años, así mismo se observan altos niveles en la prevalencia de anemia nutricional, tanto en el grupo de mujeres en edad fértil donde esta afección compromete al 32,9 %, de las cuales las mujeres gestantes son las más afectadas observándose una prevalencia de 38,6 % en este grupo, de igual forma en la población de menores de 5 años se observa una prevalencia de anemia de 49,6%, siendo los más afectados los niños que por su ubicación en el ciclo de vida son más vulnerables como son los de 12 a 35 meses con una prevalencia de anemia de 57,1%, expresando estas cifras a su vez el elemento de inaccesibilidad, inequidad y exclusión de los grupos de peruanos más pobres y de las áreas rurales, otro problema nutricional importante es la deficiencia de vitamina A en la población infantil la que se presenta fundamentalmente bajo su forma subclínica, generando una menor respuesta inmunitaria frente a las enfermedades infecciosas como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, ambas causantes de la mitad de la mortalidad infantil. Así mismo cabe destacar el grave problema del sobrepeso y obesidad y sus consecuencias en el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas teniéndose en la actualidad una prevalencia del 46,5% en el grupo de mujeres en edad fértil y de 5,7% en la población infantil de menores de 5 años a nivel nacional. Esta situación se constituye en un tema de alta prioridad para el MINSA y otros sectores vinculados así como para toda la sociedad en su conjunto.

Hoy sabemos más sobre los profundos efectos deletéreos de la desnutrición y la anemia, los cuales vistos como indicadores del estado nutricional general, pueden advertir sobre la calidad futura de nuestras próximas generaciones, no solo en el plano físico como la pérdida de oportunidad de una mayor talla y disminución de la capacidad estructural corporal, sino como daño de las capacidades funcionales nobles del cerebro, como la abstracción, la integración, el análisis, el pensamiento

matemático, la capacidad de respuesta ante situaciones no estructuradas, alteraciones emocionales y afectivas, también se expresa de manera nociva perpetuando el círculo vicioso de la pobreza y la exclusión, expresándose en el plano social por la apatía y debilidad que afecta el dinamismo y la participación en las actividades de socialización y la capacidad productiva familiar y comunal, efectos todos ellos irreversibles luego de cumplidos los dos años de edad y prevenibles mediante acciones sencillas de alto impacto y eficacia, pero que requieren de acciones integradas multisectoriales e ínter instituciones, donde el presente aporte de los “Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú”, constituye parte de un conjunto de acciones que el MINSA viene abordando en la erradicación de este grave problema que compromete nuestra seguridad y desarrollo como nación.

Cabe recalcar que en coherencia con lo antes mencionado y en relación a la necesidad de la aplicación de estrategias integrales, interinstitucionales e intersectoriales, el MINSA a participado de manera decidida con otros sectores en la elaboración de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, en las Mesas de Concertación de Lucha contra la Pobreza y en las Mesas de Trabajo de la Política Décimo Quinta del Acuerdo Nacional, además el MINSA ha destinado importantes recursos presupuestales para Acciones Preventivas y Promocionales a través de sus Direcciones Generales de Atención a las Personas y Promoción así como del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud del MINSA.

Es importante recalcar que el presente documento “Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú”, es producto de un esfuerzo conjunto y representa el trabajo colectivo de instituciones calificadas tanto del sector salud como de las asociaciones de la sociedad civil, colegios profesionales y universidades, comprometidos con el campo de la alimentación y nutrición en el Perú, del cual es necesario relevar el compromiso, la creatividad y la solidez técnica mostrada por todas estas instituciones y agradecer en especial a las agencias de cooperación Organización Panamericana de la Salud – OPS y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, por su asesoría técnica y auspicio.

Es necesario que estos Lineamientos sean aplicados a nivel nacional en cada uno de los establecimientos de salud para dar información-orientación sobre alimentación y nutrición a nuestra población y servir de referencia a los profesionales en su labor de educación y capacitación, así como en las acciones de comunicación.

Doctora Pilar Mazzetti Soler
MINISTRA DE SALUD



*LINEAMIENTOS DE
NUTRICIÓN DE LA
MUJER GESTANTE Y
DE LA MUJER QUE
DA DE LACTAR*

Los lineamientos de nutrición materna deben formar parte de la atención integral de salud de la mujer en edad fértil con énfasis en el periodo de la gestación y lactancia. Las recomendaciones nutricionales estarán de acuerdo a las necesidades de cada grupo, a fin de proteger la salud y nutrición de la mujer, de la niña y niño.

Lineamientos generales

1. Promover una alimentación balanceada y variada en la mujer en edad fértil con énfasis en la gestante y en la mujer que da de lactar.
2. Fortalecer el componente nutricional en la Atención Integral de Salud de la mujer.
3. Garantizar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico de toda mujer gestante y mujer que da de lactar.
4. Asegurar la suplementación con vitamina A, para puérperas en poblaciones de mayor riesgo.
5. Promover el consumo diario de sal yodada .
6. Propiciar la participación de la familia y comunidad para favorecer una maternidad saludable y segura.

Lineamientos específicos

- 1.- Asegurar el consumo adecuado de energía, de macro y micronutrientes de acuerdo a las necesidades y estado nutricional de la madre.
- 2.- Promover el consumo diario de alimentos de origen animal fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc.
- 3.- Promover el consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, C y fibra.
- 4.- Fomentar el consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional en la mujer gestante y de tres comidas principales al día más dos raciones adicionales en la mujer que da de lactar.
- 5.- Recomendar disminuir el consumo de café, gaseosas, golosinas y dulces, durante la gestación y la lactancia.
- 6.- Evitar el uso de cigarrillos, la ingesta de alcohol y otras drogas, durante la gestación y la lactancia.
- 7.- Promover la adecuada evaluación nutricional de la mujer durante el embarazo y en la etapa de lactancia.
- 8.- Identificar a la madre adolescente como de alto riesgo nutricional y de salud, en la etapa de gestación y de lactancia.



- 9.- Asegurar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico de toda mujer gestante que recibe atención prenatal y a la mujer que da de lactar.
- 10.- Asegurar la suplementación a las madres puérperas durante el primer mes con una dosis única de Vitamina A en zonas de mayor riesgo.
- 11.- Recomendar el uso de la sal yodada en las comidas.
- 12.- Promover actividad física adecuada en la mujer gestante y la mujer que da de lactar.
- 13.- Motivar y preparar física y emocionalmente a la madre para una lactancia materna exitosa
- 14.- Promover la participación de la pareja y demás miembros de la familia en el apoyo emocional y físico de la mujer gestante y la mujer que da de lactar.
- 15.- Reforzar la confianza de la madre que da de lactar.
- 16.- Promover técnicas adecuadas de lactancia y orientar a la madre en la solución de problemas específicos relacionados con la lactancia.
- 17.- Informar a la madre trabajadora sobre la leyes y normas legales a las que tiene derecho durante la gestación y el periodo de lactancia.



LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN DE LA MUJER GESTANTE Y DE LA MUJER QUE DA DE LACTAR

PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y VARIADA EN LA MUJER EN EDAD FÉRTIL CON ÉNFASIS EN LA GESTANTE Y EN LA MUJER QUE DA DE LACTAR

1. Asegurar el consumo adecuado de energía, de macro y micronutrientes de acuerdo a las necesidades y estado nutricional de la madre

Las necesidades de energía, de la mayoría de macro y micro nutrientes se incrementan durante la gestación y en el periodo de lactancia, porque el organismo necesita satisfacer las demandas tanto de la madre como la niña o niño, condición indispensable para proteger la salud del binomio madre-niña(o). Asimismo, está demostrado que adecuadas condiciones nutricionales de un niño al nacer lo protege durante todo su ciclo de vida.

Durante el embarazo se requiere cubrir las necesidades de energía, proteínas y grasas de la madre y el feto, así como también para el metabolismo y depósito de ambos. Una madre que no cubre sus necesidades de energía aumenta el riesgo de retardo en el crecimiento intrauterino y la mortalidad natal y perinatal.

La OMS recomienda para las gestantes una ingesta adicional de 285 kcal/día para las mujeres que conservan su grado de actividad física y para aquellas que reducen dicha actividad es de 200 kcal/día, diversos estudios demuestran que las necesidades de energía van a depender de los depósitos de grasa materna al momento de la concepción.

El porcentaje de energía proveniente de las grasas debe ser mayor al 20% de la energía total consumida para facilitar la ingesta de ácidos grasos esenciales y la absorción de las vitaminas liposolubles (Vitaminas A, D, E, K). La dieta de la gestante debe asegurar un adecuado consumo de ácidos grasos poliinsaturados, incluyendo los ácidos linoléico y linolénico, los cuales se encuentran principalmente en aceite de semillas, como maíz, girasol, maní, oliva.

Una madre que da de lactar debe producir en promedio 800 ml de leche al día, la energía para producir esta leche proviene de la grasa acumulada durante el embarazo, y de una cantidad extra de 500 kcal al día que la madre debe consumir a fin de no afectar su estado nutricional.

Una restricción calórica de moderada a importante o el ayuno reducen más el volumen de leche que su composición de nutrientes. Si la ingesta alimentaria de un macronutriente es inferior a lo recomendado, el efecto sobre la cantidad total de dicho nutriente en la leche es escaso o nulo. Sin embargo, la proporción de los ácidos grasos de la leche humana depende de la ingesta materna.

2. Promover el consumo diario de alimentos de origen animal fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc.

Los alimentos de origen animal son fuentes de proteínas de alto valor biológico, es decir que contiene los aminoácidos esenciales para el organismo, vitaminas y

La variedad de alimentos estimula el apetito de la madre, hace agradable su dieta y garantiza la ingesta de nutrientes.

La principal fuente alimentaria de hierro proviene de los alimentos de origen animal.

La leche, yogurt, queso, aportan buena cantidad de calcio.

minerales de alta biodisponibilidad, las cuales son necesarias para el crecimiento y desarrollo del feto, la placenta, los tejidos maternos y en la producción de leche.

a. Consumo de alimentos ricos en hierro:

Durante el embarazo la mujer requiere el hierro para el desarrollo del feto, la placenta, la síntesis de eritrocitos adicionales y reponer las pérdidas del parto. Uno de los principales problemas nutricionales durante el embarazo es la anemia nutricional la cual debe ser prevenida con un adecuado consumo de hierro en las mujeres en edad fértil y en especial durante el embarazo.

El hierro es importante para prevenir la anemia y esta asociada con parto prematuro, bajo peso al nacer, aumento de riesgo en la mortalidad materna y alteraciones en la conducta de los hijos. Además es probable que las escasas reservas maternas durante el embarazo afecten las reservas de hierro del recién nacido. También la madre que da de lactar debe incrementar el consumo de este micronutriente en esta etapa.

El hierro proveniente de todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, sangrecita etc., es considerado de alta biodisponibilidad, es decir, que se absorbe con mayor facilidad y se altera poco ante la presencia de factores inhibidores de la absorción del hierro.

b. Consumo de alimentos ricos en ácido fólico:

Una mujer gestante necesita ácido fólico para producir los glóbulos sanguíneos adicionales que necesita. También es fundamental para el crecimiento de la placenta y del feto. Esta vitamina es necesaria para la producción del ADN. Sin las cantidades adecuadas de ácido fólico, la capacidad de división de las células podría verse afectada y posiblemente provocar un crecimiento pobre del feto o la placenta. Una de las más graves consecuencias de la deficiencia de ácido fólico es el defecto del tubo neural. El tubo neural se forma en el primer mes del embarazo, por esto es importante que la mujer en edad fértil consuma cantidades adecuadas de ácido fólico antes del embarazo. También su deficiencia está asociada con otras malformaciones congénitas y con parto prematuro.

El ácido fólico contribuye en la prevención de la anemia megaloblástica

El ácido fólico está presente en todo tipo de carnes rojas, vísceras, pescados y mariscos.

c. Consumo de alimentos ricos en calcio:

El calcio es necesario para evitar pérdidas importantes de este mineral en los huesos de la madre, tanto en la etapa de la gestación como de la lactancia. Existe evidencia de que la deficiencia de calcio está asociada con un aumento en el riesgo de hipertensión inducida del embarazo, la cual incluye pre-eclampsia, eclampsia e hipertensión. En nuestro país el consumo de calcio es deficiente y su bajo consumo está asociado con osteoporosis en la edad adulta. Por esto es importante recomendar el consumo diario de leche, yogurt o queso tanto en la mujer gestante y en la mujer que da de lactar.

d. Consumo de alimentos ricos en vitamina A:

La vitamina A juega un rol muy importante en el desarrollo embrionario y también en el desarrollo del cuerpo, corazón, ojos y oídos. Es indispensable

para la formación y mantenimiento sano de los tejidos del cuerpo en especial los ojos, piel, aparatos respiratorio y digestivo así como el funcionamiento del sistema inmunológico, además contribuye a prevenir la anemia. Esta vitamina es esencial para el crecimiento, la protección de las mucosas, aparatos digestivo y respiratorio y para la defensa contra las infecciones que afectan a la madre y al niño. Existe evidencia que la deficiencia de vitamina A aumenta la mortalidad materna. Es importante asegurar las reservas maternas de vitamina A durante la gestación y durante la lactancia, a fin de promover una adecuada concentración de la misma en la leche materna.

La vitamina A está presente en todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, huevo y productos lácteos.

e. Consumo de alimentos ricos en zinc:

El zinc juega un rol importante en la división celular, metabolismo hormonal, metabolismo de proteínas y carbohidratos y en la inmunocompetencia. Al igual que con el hierro es importante el consumo diario de alimentos de origen animal debido a que son fuentes alimentarias de zinc más biodisponibles. Existe evidencia que el consumo adecuado de este micronutriente durante el embarazo mejoraría el peso y talla del niño al nacer. El zinc lo encontramos principalmente en carnes rojas, mariscos y vísceras.

3. Promover el consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra.

a. Consumo de alimentos ricos en vitamina A

Es recomendable que una mujer gestante y una mujer que da de lactar consuman todos los días alimentos vegetales con alto contenido de carotenos, como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro (espinaca, acelga). La alimentación con adecuado aporte de grasa ayudará a una mejor absorción de esta vitamina. Recordemos que una mejora en el estado de vitamina A, resultará en menor riesgo de mortalidad materna.

b. Consumo de alimentos ricos en vitamina C

Respecto a la vitamina C, se ha señalado valores bajos de esta vitamina en plasma con relación a problemas de pre eclampsia y rotura prematura de las membranas, la carencia afecta la evolución o el resultado final del embarazo. Las frutas cítricas como la naranja, mandarina, limón, toronja son fuentes de vitamina C como también otras frutas no cítricas (piña, papaya, aguaje, maracuyá), así como las verduras y el tomate.

Se aconseja que la mujer gestante y la mujer que da de lactar consuma diariamente alimentos ricos en vitamina C.

Al ingerir estos alimentos junto con alimentos fuentes de hierro de origen vegetal, se contribuye a que estos últimos se absorban y se utilicen mejor por el organismo.

c. Consumo de alimentos ricos en fibra

La disminución de la motilidad intestinal, inactividad física y presión que ejerce el peso del útero a nivel de los intestinos ocasionan con frecuencia que las mujeres gestantes sufran de estreñimiento durante los últimos meses de

El consumo de frutas y verduras de la estación son necesarias en la gestación.

La vitamina C favorece la absorción de hierro presente en los vegetales.

Consuma alimentos frescos, naturales y nutritivos.

gestación. El aumento del consumo de agua y otros líquidos y alimentos ricos en fibra ayudan a prevenir el estreñimiento, tanto de la mujer gestante como la que da de lactar. Es recomendable el consumo de cereales de granos enteros, productos integrales frijoles, frutas y verduras que son los que tienen un alto contenido en fibra.

4. Fomentar el consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional para la mujer gestante y tres comidas principales al día más dos raciones adicionales para la mujer que da de lactar.

Durante el embarazo, las mujeres necesitan consumir mayor cantidad de alimentos para hacer frente al esfuerzo suplementario que dicho estado exige a su cuerpo y cubrir así las necesidades nutricionales del niño o niña en formación y de ella misma. Es por ello que la mujer gestante debe consumir diariamente una ración adicional más de las que consumía cuando no estaba gestando, para que no se agoten sus reservas nutricionales.

Además toda mujer gestante, debe ganar peso en esta etapa por lo tanto debe aumentar la cantidad de alimentos que consume diariamente. El consumo de una ración adicional a las comidas principales puede asegurar este incremento.

Si durante el embarazo la mujer presenta vómitos excesivos, se recomienda fraccionar el número de comidas, sin disminuir la cantidad total de alimentos que la madre debe consumir diariamente.

Se recomienda evitar el consumo de alimentos chatarra (golosinas, papas fritas en hojuela y otros productos similares, etc.) pues aunque ellos pueden saciar el hambre, no van a aportar lo que la madre y su niño o niña requieren.

5. Recomendar disminuir el consumo de café, gaseosas, golosinas y dulces durante la gestación y la lactancia.

Se recomienda a las mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar que limiten su consumo de café y otras bebidas (té, cacao, ciertos refrescos), ya que estudios epidemiológicos demuestran la asociación que más de ocho tazas de café produce mayor frecuencia de abortos.

Asimismo, el café, té, cocoa y chocolate, interfieren la absorción de hierro proveniente de alimentos de origen vegetal. Es necesario también disminuir el consumo de gaseosas, golosinas y dulces, ya que su consumo exagerado puede ocasionar problemas de sobrepeso y/o obesidad.

6. Evitar el uso de cigarros y la ingesta de alcohol y otras drogas durante la gestación y la lactancia.

El tabaco, alcohol y otras drogas tienen efectos dañinos en el feto. Se ha demostrado que el consumo de éstos se asocia con peso bajo al nacer y un aumento de la incidencia de complicaciones graves, como la implantación baja de la placenta y el desprendimiento prematuro de la misma que pueden causar muerte en el período fetal y neonatal. Por ello se debe aconsejar en forma estricta que las mujeres fumadoras abandonen permanentemente el

hábito de fumar.

El alcoholismo materno se asocia con abortos espontáneos y provocan anomalías en el crecimiento y trastornos de aprendizaje, el riesgo aumenta en los bebés de madres consumidoras de cocaína y en las que toman mezclas de drogas y alcohol. No usar durante el embarazo medicamentos sin receta médica.

FORTALECER EL COMPONENTE NUTRICIONAL EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA MUJER.

7. Promover la adecuada evaluación nutricional de la mujer durante el embarazo y en la lactancia.

Promover una adecuada evaluación nutricional como parte del control prenatal de las mujeres gestantes para asegurar que tanto ellas como la niña y niño en desarrollo presenten un adecuado estado de salud y nutrición. La evaluación antropométrica de peso y talla forma parte importante de la evaluación nutricional.

a. Control del peso materno

El control de la ganancia de peso es una manera práctica de evaluar el estado nutricional de la mujer durante el embarazo.

Este incremento de peso debe estar en relación a su estado nutricional inicial o pregestacional y puede ser entre 200 a 500 g por semana. Así se garantiza un recién nacido con peso adecuado al nacer y permite que la madre acumule entre 2 y 4 kg de depósito de grasa para ser utilizado durante la lactancia.

Un aumento exagerado y brusco del peso (más de 500 g/semana) puede asociarse a la enfermedad hipertensiva del embarazo, las mujeres obesas sufren un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.

El escaso aumento del peso (menor de 200 g/semana) puede asociarse con retardo del crecimiento intrauterino.

b. Baja estatura materna

De todos los índices antropométricos básicos la baja estatura materna demostró ser el índice que más eleva el riesgo de mortalidad en el parto, por lo tanto, es de suma importancia asegurarse que las mujeres con esta condición, sean bien asistidas durante el trabajo de parto, alumbramiento y cuidado postnatal, evitando así el riesgo de bajo peso al nacer en sus hijos.

8. Identificar a la madre adolescente como de alto riesgo nutricional y de salud en la etapa de gestación y lactancia.

Múltiples investigaciones evidencian a las madres adolescentes como un grupo de alto riesgo nutricional y de salud que requiere de especiales cuidados, se ha demostrado que las mujeres adolescentes que no han terminado su crecimiento tienen mayor probabilidad de alumbrar niños más pequeños que

El incremento de peso en la mujer gestante debe estar en relación a su estado nutricional pregestacional.

Una buena nutrición de la madre adolescente asegura además el éxito de la lactancia materna.

La fibra ayuda a mejorar el funcionamiento intestinal evitando el estreñimiento.

las mujeres mayores con el mismo estado nutricional. Probablemente esto se debe a la competencia por nutrientes que se establece entre la adolescente y el feto, ambos en crecimiento; y que presentan mayores efectos negativos sobre los niveles de micronutrientes, en especial el hierro y el calcio por lo tanto genera estados de deficiencia y descompensación, como: la anemia gestacional, el mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y niñas y niños con bajo peso al nacer.

Los beneficios de la buena nutrición de la adolescente están dirigidos a mejorar el estado nutricional mediante una adecuada ganancia de peso y evitar una mayor reducción de las reservas de hierro, con la consiguiente reducción de riesgo de Bajo Peso al Nacer y de morbilidad y mortalidad materna, así como asegurar el éxito de la lactancia materna.



GARANTIZAR LA SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO DE TODA MUJER GESTANTE Y MUJER QUE DA DE LACTAR

9. Asegurar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico a toda mujer gestante y a la mujer que da de lactar.

Dado que las necesidades de hierro se incrementan durante el embarazo, la alimentación no alcanza a cubrir dichas necesidades, por lo que se recomienda suplementar con sulfato ferroso y de esta manera prevenir su deficiencia. El efecto de la suplementación es a corto plazo orientado a los grupos de riesgo, dentro de las cuales se encuentran las mujeres gestantes.

Se recomienda que la mujer gestante reciba suplementación con sulfato ferroso a partir del cuarto mes de embarazo, siendo la dosis diaria de 300 mg.

En casos de mujeres gestantes que inician el control prenatal después de las 32 semanas de embarazo, la dosis debe ser de 600 mg de sulfato ferroso.

Durante la etapa de puerperio las necesidades de hierro también están incrementadas, siendo necesario indicar la suplementación con sulfato ferroso,

pues es muy difícil que la alimentación llegue a cubrirla. Se recomienda la suplementación hasta el segundo mes post parto, con una dosis diaria de 300 mg de sulfato ferroso.

Recomendaciones:

- El suplemento debe ser ingerido media hora antes del almuerzo, de preferencia con jugos ricos en ácido ascórbico, no administrarlo con leche, infusiones de hierbas, café o té que impiden la absorción del hierro.
- No administrar el suplemento conjuntamente con otros medicamentos porque pueden disminuir su absorción.

Comunicar a la madre que las deposiciones se pondrán de color oscuro, en ocasiones pueden ocurrir molestias digestivas leves y pasajeras, si continúan, tomar el suplemento después de una comida o en forma fraccionada.

En el caso del ácido fólico es importante tener en cuenta la suplementación. La dosis recomendada es de 400 μg y debe ir acompañada con la dosis de sulfato ferroso que proporciona el MINSA, la suplementación debe continuarse hasta el segundo mes después del parto.

FOMENTAR LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A PARA PUÉRPERAS EN POBLACIONES DE MAYOR RIESGO

10. Fomentar la suplementación a las madres puérperas durante el primer mes con una dosis única de vitamina A en zonas de mayor riesgo.

En el Perú la deficiencia de vitamina A presenta una tendencia decreciente según el informe del monitoreo de indicadores nutricionales del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Sin embargo estudios focalizados en zonas de mayor pobreza indican que aun las prevalencias de retinol sérico bajo están por encima del 20%.

Las poblaciones que viven en estas áreas presentan una ingesta deficiente de alimentos fuentes de vitamina A, elevadas tasas de mortalidad infantil y materna, alta prevalencia de desnutrición y parasitosis y situaciones de pobreza y extrema pobreza, una alternativa de protección es la suplementación a puérperas con una dosis única de vitamina A de 200 000 UI administradas inmediatamente después del parto y dentro del primer mes post parto por el personal de salud.



El requerimiento de hierro se incrementa considerablemente en el embarazo debido al crecimiento del feto, la placenta y el aumento del volumen sanguíneo de la madre.

La vitamina A se encuentra como betacaroteno en: las zanahorias, mango, camote, durazno, espinaca, tubérculos, melón, papaya, etc.

Los alimentos que tienen alto contenido de yodo proceden del mar (pescados, mariscos y algas marinas), los que no se encuentran disponibles en la dieta de los pobladores de las áreas endémicas. Por ello es obligatorio el uso de sal yodada.

Durante la gestación y la lactancia se produce un aumento de las necesidades nutricionales, ya que han de cubrir el crecimiento y desarrollo del feto y luego del lactante, además de los cambios que experimentan la estructura y el metabolismo de la madre.

PROMOVER EL CONSUMO DIARIO DE SAL YODADA EN ZONAS DE SIERRA Y SELVA

1.1. Recomendar el uso de sal yodada en las comidas.

El yodo es un micronutriente indispensable para la síntesis de las hormonas tiroideas, cuyo rol es esencial en el crecimiento y desarrollo, especialmente en el cerebro su deficiencia ocasiona diferentes grados de retardo mental siendo su expresión mas severa el cretinismo endémico.

Toda la población que reside en las regiones de la sierra y selva del Perú, está expuesta permanentemente al riesgo de sufrir las consecuencias de la deficiencia de yodo, pues sus suelos son pobres en este mineral y por consecuencia sus productos animales y vegetales no contienen las cantidades de yodo necesarias para satisfacer los requerimientos. Por lo mismo, se recomienda que la población de estas áreas haga uso diario de la sal yodada en sus comidas.

PROPICIAR LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD PARA FAVORECER UNA MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA

1.2. Promover actividad física adecuada en la mujer gestante y en la mujer que da de lactar .

Además de una alimentación adecuada, la práctica regular de ejercicios es un hábito saludable tanto para la madre gestante como para la que da de lactar.

Los ejercicios no deben emplearse para bajar de peso, por el contrario, debemos recordar que durante esta etapa se espera una ganancia de peso.

Caminar es el ejercicio más seguro y recomendable para la mujer gestante, como para la que da de lactar.

Sin embargo para el caso de las mujeres que realizan labores físicas pesadas, debemos recomendar un mayor descanso durante el embarazo y la lactancia.

1.3. Motivar y preparar física y emocionalmente a la madre para una lactancia materna exitosa.

Ofrecer una adecuada orientación sobre la lactancia materna durante el control prenatal es vital. La gestante debe tener conocimiento, desde las épocas tempranas del embarazo que la producción de leche depende del estímulo de la succión, también se debe resaltar las ventajas de la lactancia y de la leche materna e informar de las desventajas de la introducción de las leches artificiales.

Numerosos estudios dan cuenta de que las mujeres amamantan por más tiempo y con menos problemas cuando son preparadas para la lactancia durante el embarazo.

Se recomienda un examen de los pezones en los primeros controles de la gestante, para iniciar una preparación adecuada para una lactancia exitosa.

14. Promover la participación de la pareja y demás miembros de la familia en el apoyo emocional y físico de la mujer gestante y la mujer que da de lactar.

A través de las actividades integrales de salud se pueden promover la participación del esposo, la familia y la comunidad, a fin de brindar el apoyo integral a la madre con énfasis en:

- Velar por una alimentación adecuada
- Facilitar el reposo físico de acuerdo a la evolución del embarazo y el periodo de lactancia
- Tranquilidad y apoyo emocional en el ambiente familiar
- Asegurara el cumplimiento del control prenatal y post natal

El afecto y la consideración que brinde la pareja y la familia estimulan y motivan a la madre a dar lo mejor de ella a su niña o niño.

El apoyo social de la comunidad constituye una estrategia eficaz para reducir el estrés y aumentar la autoestima en la mujer.



15. Reforzar la confianza de la madre sobre su capacidad para dar de lactar.

Transmitir a la madre en todo momento que ella tiene la capacidad de producir suficiente leche para satisfacer a su niña o niño, si esta dispuesta a amamantarlo frecuentemente durante el día y la noche y recibe el apoyo de las personas que la rodean.

Es necesario recordarles a las madres que los niños o niñas pasan por períodos de rápido crecimiento en los cuales necesitan más leche y lloran para que les den de mamar con más frecuencia. Estos períodos ocurren alrededor de las 2 semanas, 6 semanas, 2 meses, 3 meses y entre los 4 y 6 meses. El incremento

Las madres informadas sobre las ventajas de la lactancia materna y que cuenten con el apoyo de la familia y la comunidad refuerzan su intención de dar de lactar.

“Para saber como será en gran medida el próximo milenio, basta con ver cómo atendemos hoy a nuestros niños”.

Kofi A. Anan prólogo al “Estado mundial de la infancia 1998”.

de la frecuencia y duración de las lactadas hacen que la madre produzca toda la leche que su niño necesita.

La experiencia demuestra que el apoyo social constituye una estrategia eficaz para reducir el estrés y aumentar la autoestima. Las mujeres que logran amamantar a sus niños suelen experimentar un aumento de la confianza en sí mismas.

16. Promover técnicas adecuadas de lactancia y orientar a la madre en la solución de problemas específicos relacionados con la lactancia.

Todas las madres que dan de lactar y principalmente las primerizas deben ser orientadas y ayudadas para aplicar correctamente las técnicas para una lactancia efectiva y duradera, las cuales están señalados en los lineamientos de nutrición infantil.

17. Informar a la madre trabajadora sobre la leyes de normas legales a las que tiene derecho durante la gestación y el período de lactancia.

Es necesario que la madre trabajadora conozca los beneficios que le otorga la legislación nacional para que pueda insistir en sus derechos de continuar amamantando a su bebé.

Entre los dispositivos legales vigentes tenemos:

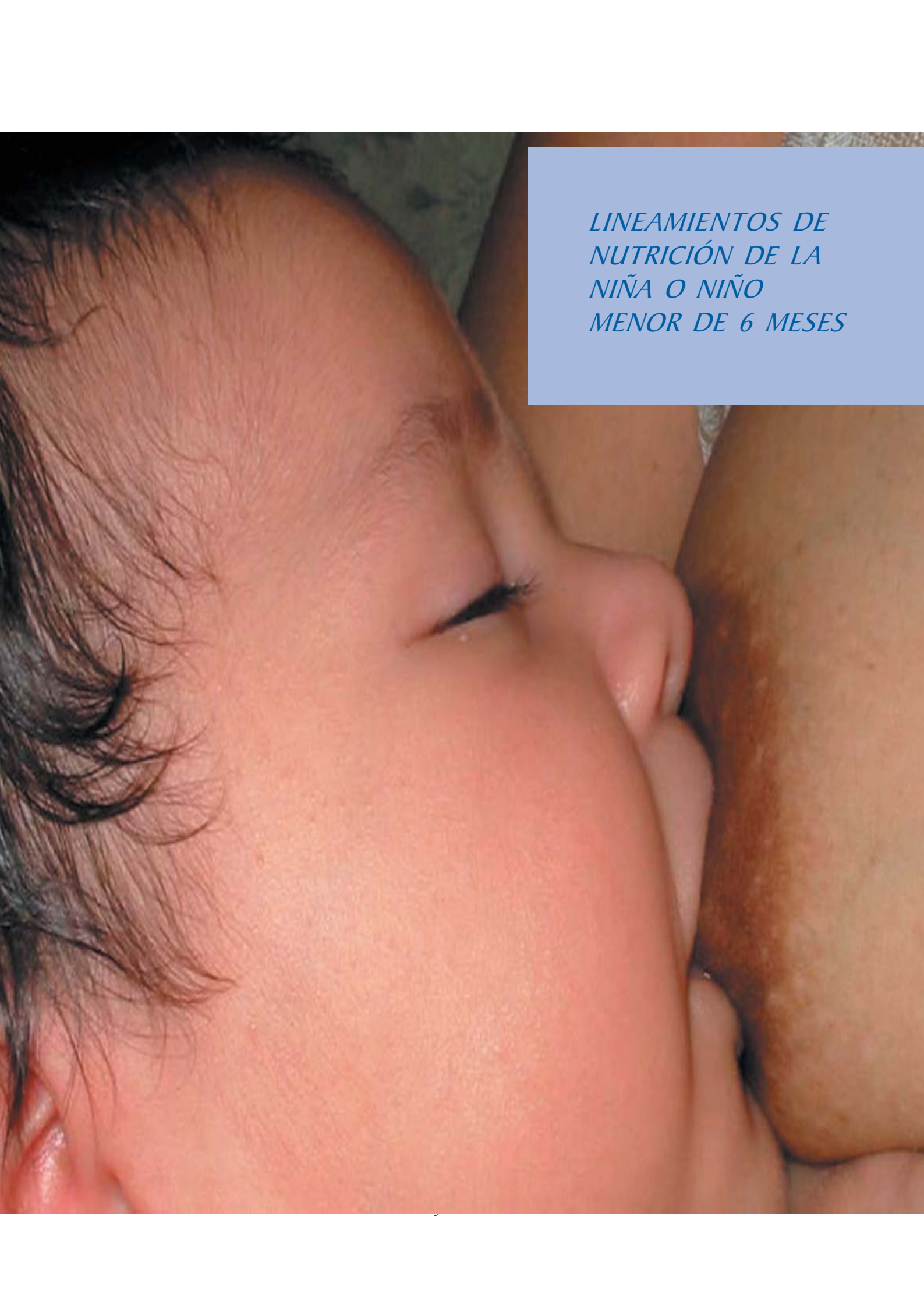
- Ofrecer 14 semanas de descanso para la madre: Licencia de 45 días, pre y post parto
- De acuerdo a la ley 27240 (Artículo 1, Año 1999, 23 de diciembre), la madre trabajadora, al término del periodo post natal, tiene derecho a una hora diaria de permiso para lactancia materna, hasta que su hijo tenga como mínimo seis meses de edad.

Se recomienda que en todo centro de trabajo apoye a la madre, estableciendo los siguientes puntos:

- Proveer una cuna en el lugar del trabajo o cerca de él, donde las madres puedan dejar a sus bebés durante las horas de trabajo, y a donde pueden ir a lactar a sus bebés durante la hora de lactancia.
- Ofrecer un lugar limpio, cómodo y privado para que las trabajadoras puedan extraer su leche y proveer de una refrigeradora en dónde guardarla.

La madre debe averiguar si le permiten llevar al bebé a su centro de trabajo, o si el lugar donde labora cuenta con una Cuna para persuadirla de aprovechar esta oportunidad.

Si el centro laboral queda cerca de su casa, alguna persona puede llevarlo en los horarios de lactancia o ella puede salir a dar de lactar.

A close-up, profile view of a baby's face, showing the forehead, eye, nose, and mouth. The baby has dark hair and is looking towards the right. The skin is smooth and has a natural pinkish tone. The background is slightly blurred, showing what appears to be a person's arm or shoulder.

*LINEAMIENTOS DE
NUTRICIÓN DE LA
NIÑA O NIÑO
MENOR DE 6 MESES*

La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a un niño durante los primeros 6 meses de vida.

Es rica en todos los nutrientes que necesita para un crecimiento, y desarrollo adecuado protegiéndolo contra las enfermedades.

Dar de lactar es mucho más que dar alimento, es dar amor, seguridad, placer y compañía.

El apoyo familiar es fundamental para una lactancia exitosa.

Lineamientos específicos

1. Promover la lactancia materna exclusiva, como práctica saludable y como único alimento para la niña y niño durante los primeros 6 meses de vida, desalentando el uso de agüitas, infusiones u otros alimentos, para contribuir con el desarrollo integral de la niña y niño.
2. Facilitar el contacto entre la madre y el niño dentro de la primera hora después del nacimiento para que el niño inicie la lactancia y se estreche la relación madre-niña(o)
3. Enseñar la importancia del calostro durante los primeros días de vida.
4. Enseñar y promover las técnicas correctas de amamantamiento.
5. Enseñar a las madres que lo necesiten la técnica de extracción manual de leche, la conservación y la forma adecuada de dársela al niño.
6. Promover y fomentar la re-lactación en casos de lactancia mixta y alimentación artificial.
7. Mantener la lactancia materna y aumentar su frecuencia cuando el niño esta enfermo.
8. Los niños nacidos de madres con VIH deben recibir lactancia artificial desde su nacimiento para disminuir el riesgo de adquirir la infección de VIH. (R.M. N 619-99-SA/DM)
9. Promover la adecuada nutrición de la madre que da de lactar.
(Ver lineamientos de nutrición de la madre que da de lactar)
10. Cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa
11. Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucesdaneos de la Leche Materna



Uno de los principales derechos que tienen las niñas y niños cuando nacen, es una nutrición adecuada.

LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN DE LA NIÑA O NIÑO MENOR DE 6 MESES

1. Promover la Lactancia Materna Exclusiva, como práctica saludable y como único alimento para la niña y niño durante los primeros 6 meses de vida, desalentando el uso de agüitas, infusiones u otros alimentos para contribuir con el desarrollo integral de la niña y niño.

La Leche materna constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a una niña y niño durante los primeros 6 meses de edad, debido a sus ventajas nutricionales, inmunológicas, higiénicas y psicológicas. No existe ningún sucedáneo o sustituto artificial que pueda igualar su calidad.

El agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos de la niña y niño, incluso en los climas secos y calurosos. Por lo tanto, no es necesario dar a la niña o niño otros líquidos para saciar su sed.

La introducción de agüitas, infusiones u otros alimentos atenta contra una lactancia materna exitosa y contribuye a incrementar el riesgo de enfermedades infecciosas.

La alimentación de la niña o niño con leche materna debe ser a libre demanda. Estimular la succión frecuente asegura la producción de leche materna. Las niñas o niños dormilones deben ser despertados para que lacten con frecuencia a fin de asegurar su alimentación.

El contacto de la madre con agua fría, determinados alimentos y comidas así como el uso de medicamentos no son impedimentos para dar de lactar.

2. Facilitar el contacto entre la madre y la niña o niño dentro de la primera hora después del nacimiento para que la niña(o) inicie la lactancia y se estreche la relación madre-niña(o)

El niño debe ser colocado al pecho inmediatamente (en la primera hora) después de nacido para estimular la producción de leche.

El contacto piel a piel madre-niña(o) inmediatamente después del parto, durante unos 15 minutos a más, facilita la lactancia y disminuye la morbilidad neonatal. De otro lado, la madre está muy sensible y atenta respecto a su niña o niño y él está completamente alerta; la interacción entre ambos el contacto piel a piel, visual y auditivo, fortalecerán el vínculo afectivo.

Las madres a las que se les practica una operación cesárea también pueden amamantar inmediatamente después de la misma (en la primera hora), si recibieron anestesia local y disponen de la ayuda de un personal de salud para acomodarse al momento de amamantar a su niña o niño.

El uso de medicamentos por la madre con supervisión médica por lo general no impide el inicio de la lactancia.

3. Enseñar la importancia del «calostro» durante los primeros días de vida.

Entre los primeros tres a cinco días posteriores al nacimiento, la secreción mamaria recibe el nombre de «calostro», la consistencia de la leche materna en esta etapa es de un líquido de color amarillento, espeso, rico en proteínas, vitamina A y sustancias inmunológicas importantes para la protección de la niña o niño contra las infecciones.

El calostro es la leche más apropiada para el recién nacido, porque protege la mucosa intestinal con inmunoglobulina A secretoria, impidiendo de este modo la implantación de gérmenes patógenos.

El calostro tiene un efecto laxante ayudando a la niña o niño a eliminar el meconio (las deposiciones negruzcas que tiene el niño en los primeros días), disminuyendo la presentación de ictericia «fisiológica» del recién nacido.

La producción del calostro puede parecer escasa; sin embargo, debe brindarse seguridad a la madre que esa cantidad y valor nutritivo se ajustan a las necesidades de la niña o niño.

4. Enseñar y promover las técnicas correctas de amamantamiento.

Una buena técnica para amamantar estimula una adecuada producción de leche, evita la aparición de grietas y favorece una lactancia materna exitosa

- Para una adecuada técnica de amamantamiento se recomienda que la madre adopte una postura cómoda y relajada para ella, evitando posiciones que generen tensión en los músculos.



El calostro es la primera leche de color amarillo claro y es el mejor alimento del bebé en los primeros días de nacido, ya que contiene inmunoglobulinas que protegen la mucosa intestinal.

Más allá de la composición de la leche materna, la lactancia va a llenar necesidades mutuas de afecto y comunicación.

La posición de la madre debe permitir que la cabeza de la niña(o) descansa sobre la flexión del codo.



Coloque el pezón en el labio inferior del bebé para que abra la boca, la niña o niño succionará más leche y no lastimará el pezón.

- Con el pezón, roce el labio inferior para que el bebé abra bien la boca.



- Atraiga al bebé hacia su pecho, asegurando que la boca de la niña(o) cubra la mayor parte de la areola. El labio inferior de la niña(o) debe estar evertido (dirigido hacia fuera). La nariz y la barbilla de la niña(o) deben estar tocando su pecho, recuerde que el niño respira por las alas de la nariz.

- Sostener su pecho delicadamente. Coloque sus dedos debajo del pecho, con el pulgar encima. Recuerde que el colocar los dedos en forma de tijera, puede impedir que la niña(o) logre coger bien la areola .



Al dar de lactar al niño debe haber una alternancia de mamas a fin de evitar la acumulación de leche en una de ella. El vaciamiento adecuado asegura una buena alimentación.

Posición acostada

Es más cómoda después del parto y ayuda a descansar mientras amamanta. La niña o niño y la madre deben estar de costado, uno frente al otro o también la niña o niño puede estar acostado encima de la madre. Para mayor comodidad la madre puede ayudarse con una almohada o frazada para sostener a la niña(o)



Posición sentada

La madre debe estar sentada y con la espalda apoyada en el respaldar de la silla o cabecera de la cama.



El contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia. Lo mejor es que el recién nacido permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento y se le permita mamar espontáneamente en cuanto dé señales de estar preparado para ello.

La tarea de lograr que las mujeres que deciden ser madres gocen de su maternidad y hagan felices a sus hijos e hijas nos involucra a todos.

Posición sandía

Es una buena posición para después de una cesárea o para amamantar gemelos o mellizos. La madre debe estar sentada y ayudarse con una almohada o frazada cada lado. Los pies del niño(a) hacia atrás debajo del brazo de la madre. La madre coloca su brazo debajo del cuerpo del niño(a) y con su mano le sostiene la cabeza como si estuviera cargando una sandía.



Posición de bailarina

Coloque su mano sosteniendo el cuello del bebé mientras amamanta. Esta es una buena posición para niños(as) con hipotonía muscular o Síndrome de Down.



Posición de caballito

Se coloca al la niña o niño frente a la madre montado en su pierna, esta es una buena posición para amamantar niños(as) que vomitan mucho cada vez que maman o niños(as) con paladar hendido.



5. Enseñar a las madres que lo necesiten la técnica de extracción manual de leche, la conservación y la forma adecuada de dársela al niño(a).

Las actividades de la madre fuera del hogar son las razones más frecuentes que manifiestan las madres y profesionales de la salud para no practicar una adecuada lactancia materna.

El conocimiento de la correcta extracción y conservación de la leche humana, será muy útil para que las niñas o niños continúen recibiendo su leche materna, aun en circunstancias que lo dificultan.

Existen diversos métodos para extraer la leche, tales como las pezoneras, las bombas eléctricas de los más diversos tipos y el método de extracción manual. Este último se caracteriza por ser una técnica sencilla, práctica, libre de costo y cuya utilización implica menor riesgo de contaminación al compararse con cualquiera de los otros métodos.

Medidas de higiene para la extracción de leche:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes de la extracción de la leche y secarlas con una toalla o trapo bien limpio y que sea de uso exclusivo.
- Usar un recipiente con tapa, frasco o taza de plástico o vidrio bien limpio y resistente al calor.

Las madres que trabajan también tienen la oportunidad de dar lactancia materna exclusiva extrayéndose la leche en forma manual para ser administrada a la niña o niño durante su permanencia en el trabajo.

La educación prenatal puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se aborda la técnica de lactancia y se refuerza la confianza de la madre en su capacidad para lactar.

La técnica de extracción manual comprende los siguientes pasos:

1. Hacer masajes en forma circular alrededor de la mama, de arriba hacia abajo (se puede usar un peine) para estimular la producción.
2. Frotar suavemente los pezones para estimular los reflejos hormonales de la lactancia.
3. Rodear el pecho con una mano colocando el pulgar por arriba de la areola y los demás dedos por debajo.
4. Presionar la mama, empujándola contra el pecho de la madre, para exprimir la leche.



5. Comprimir la mama con el dedo pulgar por encima en el límite externo de la areola y presionando, sin que el dedo resbale hacia el pezón.



6. Presionar y soltar en forma intermitente y rítmica. Si la leche no fluye, lo recomendable es relajarse y no presionar más fuerte, sino más constante y rítmicamente, hasta producir el reflejo de eyección, en que saldrán uno o varios «chorritos» de leche por algunos minutos.



7. Rotar la posición de los dedos, para vaciar la leche de todos los sectores del seno. No presionar ni jalar sólo el pezón ya que se inhibe el reflejo de eyección. La extracción manual puede tomar aproximadamente entre 15 y 20 minutos.

Conservación de la leche materna

Calostro

- A temperatura entre 27° y 32°C: durante 12 a 24 horas

Leche madura

- A 15 °C: hasta 24 horas
- De 19° a 22° C: hasta 10 horas
- A 25 ° C : entre 4 y 8 horas
- Refrigerada entre 0° a 4°C : entre 5 y 8 días.

Alimentando a la niña o niño con la leche extraída:

En primer lugar, la leche refrigerada debe ser calentada en «baño María». Se introduce el recipiente de leche fría en una olla con agua caliente para entibiarla. La leche nunca debe calentarse directamente sobre el fuego, ni en horno de microondas.

- La leche debe darse con taza y cucharita, colocando a la niña o niño en posición semi-sentada, para asegurarnos que se alimente sin dificultad. El recién nacido prematuro se alimenta con gotero.
- Tener en cuenta que la niña o niño menor de 4 meses empuja hacia fuera lo que toca con su lengua; por ello, para que el niño(a) degluta bien la leche, la persona que ofrezca la leche evitará tocarle la lengua con la cucharita o la taza.
- Si la niña o niño no toma toda la leche, la que sobra debe descartarse. La leche calentada no debe volver a refrigerarse. Calentar solo lo necesario.

6. Promover y fomentar la re-lactación en casos de lactancia mixta alimentación artificial.

Una mujer que ha interrumpido la lactancia de su niña o niño, recientemente o en el pasado, puede volver a producir leche, incluso sin embarazo adicional. A esta medida salvavidas se llama *re-lactación*.

Se aconseja aplicar la re-lactación en los siguientes casos:

- Para niños que han sido separados de sus madres, porque ellos o sus madres requieren hospitalización.
- Para el manejo de algunas niñas o niños enfermos, que han detenido su amamantamiento antes o durante una enfermedad. Y aquellos niñas o niños que han sido alimentados artificialmente y no toleran la leche artificial.

La rápida velocidad de crecimiento y desarrollo impone necesidades nutricionales únicas que se suman a sus necesidades de mantenimiento y relativamente elevadas.

La consejería nutricional, las demostraciones prácticas y la discusión en grupo sobre temas como los mitos y temores sobre la lactancia materna son métodos muy útiles. Mejor si se incluyen a las personas que influyen sobre la decisión de amamantar en el ambiente social de la madre, como el padre, las abuelas, vecinas y amigas.

- Para las niñas o niños que tuvieron bajo peso al nacer, y a quienes fue imposible amamantar de manera eficaz en las primeras semanas de vida.
- Para las niñas o niños con problemas de alimentación, particularmente aquellos menores de 6 meses, cuyas madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia o cuya producción de leche ha disminuido significativamente como resultado de una mala técnica o un mal asesoramiento.
- En situaciones de emergencia, para aquellas niñas o niños desamparados y cuyo amamantamiento fue interrumpido.
- En situaciones individuales, por ejemplo cuando una madre eligió alimentar artificialmente a su niña o niño y cambia de manera de pensar, ya sea para aprovechar las ventajas del amamantamiento o mejorar la relación madre-niña o niño.

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

- Un extremo de la sonda se fijara en el pezón y el otro extremo irá en el frasco que contiene la leche. Este mecanismo permite que la niña o niño se alimente y estimule a la vez el pezón al succionarlo.
- Enseñar la técnica de lactancia y recomendar lactar al bebé cada 2 horas.
- La leche contenida en el frasco se debe ir reduciendo día a día, primero en cantidad y después en frecuencia, hasta que la madre produzca toda la leche que la niña o niño necesita.

La producción de la leche materna se recupera progresivamente, se requiere paciencia y el apoyo del personal de salud a la madre.



7. Mantener la lactancia materna y aumentar su frecuencia cuando el niño(a) está enfermo.

El objetivo de continuar alimentando con leche materna a un niño(a) enfermo, es evitar un mayor deterioro de su estado de salud y nutrición.

Es un error el mantenimiento del ayuno prolongado en niños(as) con diarrea aguda, en la creencia de que disminuirá la duración y gravedad de la enfermedad.

La continuidad de la alimentación con leche materna disminuye los cambios en la permeabilidad intestinal, contribuyendo al restablecimiento de la función intestinal y mejorando con ello el estado nutricional de la niña o niño. Además, la introducción temprana de alimentos, tras la rehidratación inicial, ha demostrado que reduce tanto el volumen como la duración de la diarrea. La leche materna es bien tolerada, por lo que en un niño con diarrea se le debe continuar ofreciendo el pecho, con mayor frecuencia que antes.

En caso de una niña o niño con infección respiratoria se sugiere lo mismo, asegurándose que se retiren las mucosidades para evitar la obstrucción de la nariz.

En general en cualquier enfermedad de la infancia se debe continuar con la lactancia materna.

8. Las niñas o niños nacidos de madres con VIH deben recibir lactancia artificial desde su nacimiento para disminuir el riesgo de adquirir la infección de VIH. (R.M. N 619-99-SA/DM)

Al momento del nacimiento o a cualquier edad durante la etapa de lactancia cuando una madre está infectada con VIH SIDA y/o el diagnóstico del niño(a) es seropositivo para el VIH se recomienda suspender la lactancia materna y cambiarla por alimentación artificial, a fin de disminuir la probabilidad de mayor infección por esa vía. (Ref. Manual de Manejo del Niño Infectado por el virus de Inmunodeficiencia. 1998).

9. Promover la adecuada nutrición de la madre que da de lactar. (Ver lineamientos de nutrición de la mujer que da de lactar)

10. Cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa

Todo establecimiento de salud que cuente con servicio de maternidad y de cuidados de recién nacidos, debe asegurar el cumplimiento de los 10 pasos para lograr una lactancia materna exitosa.

- Disponer de una norma escrita referida a la lactancia materna y darla a conocer a todo el personal de salud.
- Capacitar a todo personal de salud para poner en práctica la norma
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y como ponerla en práctica

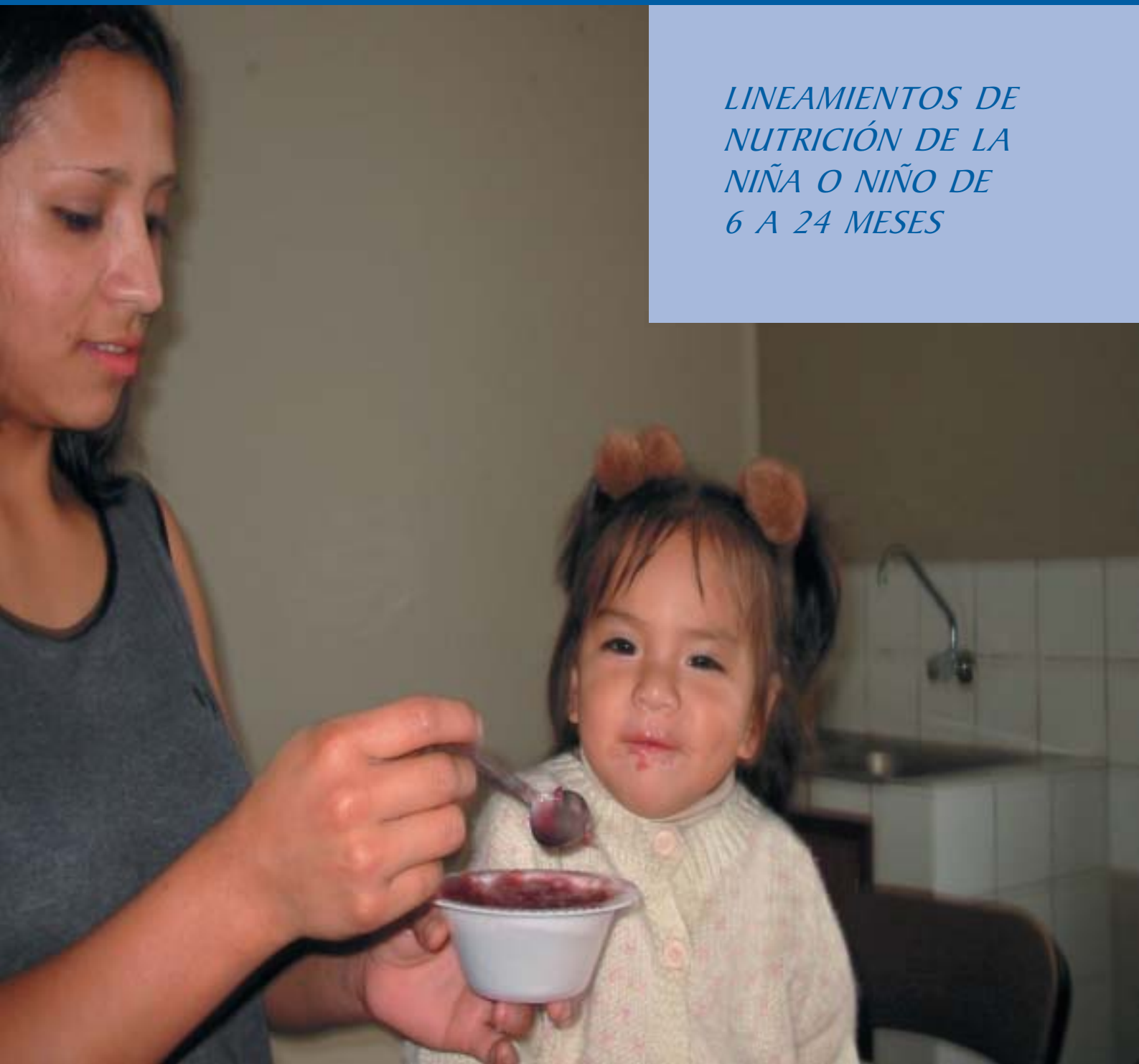


- Ayudar a las madres e iniciar la lactancia materna durante la primera hora siguiente al parto.
- Mostrar a las madres como deben darle mamar al niño y como deben mantener la lactancia si han de separarse de sus hijos.
- Dar a los recién nacidos solo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicadamente indicados
- Dar facilidades para que las madres y sus niños estén juntos durante las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia materna a demanda
- Evitar dar biberón o chupón a los niños alimentados a pecho.
- Organizar grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del establecimiento de salud.

11. Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Las autoridades y el personal de salud deben promover el cumplimiento de la normatividad contenida en el CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA (Resolución WHA 34.22, 1981) y de la adaptación nacional: Normas para la comercialización de sucedáneos de la leche materna y alimentos infantiles complementarios, con el propósito de fomentar y proteger la práctica de la lactancia materna.

*LINEAMIENTOS DE
NUTRICIÓN DE LA
NIÑA O NIÑO DE
6 A 24 MESES*



A partir de los 6 meses de edad la niña o niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria.

Cuando el niño(a) empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño.

Una comunicación permanente a través del canto, palabras tiernas, y las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación afectiva entre los niños(as) y sus padres o cuidadores.

Lineamientos específicos

1. Continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.
2. A partir de los 6 meses de edad iniciar la alimentación complementaria.
3. Practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales de la niña o niño, respondiendo con paciencia y amor.
4. Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, para evitar infecciones.
5. Iniciar con alimentos semi-sólidos (papillas, mazamorras, purés) evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia conforme la niña o niño crece y se desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, triturados y luego picados, hasta que la niña o niño se incorpore en la alimentación familiar.
6. Alimentar a la niña o niño durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y desarrolla según su edad.
7. Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece a la niña o niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad.
8. Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita y huevo. Incorporar leche y/o productos lácteos en las comidas de la niña o niño.
9. Promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles en la zona.
10. Enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina).
11. Suplementar con Sulfato ferroso, vitamina A - Necesidades de Yodo.
12. Durante los procesos infecciosos, fraccionar es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas de la niña o niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.

Después de los seis meses de edad es más difícil que los niños amamantados exclusivamente alcancen sus necesidades nutricionales a partir de la leche materna únicamente. Más aún en términos de desarrollo, la mayoría de niños están listos para recibir otros alimentos alrededor de los seis meses (Taylor y Morrow, 2001)

LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN DE LA NIÑA O NIÑO DE 6 A 24 MESES

1. Continuar la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

La leche materna sigue siendo un importante aporte nutricional en la alimentación de la niña o niño después de los 6 meses de edad y hasta el segundo año de vida debido a que:

- Tiene un contenido de grasa relativamente alto comparado con la mayoría de alimentos complementarios, siendo una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales.
- Provee cantidades sustanciales de calcio, vitamina A y riboflavina.
- El impacto nutricional de la lactancia es más evidente durante períodos de enfermedad, cuando el apetito de la niña o niño hacia otros alimentos se ve disminuido, pero la lactancia materna se mantiene.
- Protege contra infecciones y reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad.



El continuar la lactancia materna también aporta al bebé consuelo y apoyo emocional, mientras aprende a recibir nuevos alimentos. Permite además que madre e hijo continúen en contacto y que hagan del destete un proceso interactivo y gradual.

2. A partir de los 6 meses de edad iniciar la alimentación complementaria.

Conforme los niños(as) crecen, se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales. En este momento

resulta necesario introducir alimentos adicionales a la leche materna. A este proceso se le denomina alimentación complementaria, el cual se inicia a los 6 meses y finaliza alrededor de los dos años de edad, que es cuando la alimentación con leche materna es reemplazada totalmente por los alimentos de la olla familiar.

La diferencia entre la cantidad de energía y nutrientes que una niña o niño necesita y la cantidad que proviene de la leche materna se denomina brecha de energía y nutrientes. Esta se hace más grande conforme la niña o niño va teniendo mas edad, por lo que es importante que, además de la leche materna, el niño(a) tenga una alimentación complementaria .

La cantidad de alimentos requeridos se incrementará conforme el niño(a) vaya aumentando en edad. Si la brecha no es cubierta, el niño(a) puede detener su crecimiento o crecer lentamente, debido a la falta de energía y nutrientes.

3. Practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales de la niña o niño respondiendo con paciencia y amor

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no sólo *de qué* alimentos se le ofrece a la niña o niño en sus comidas (*qué dar de comer*), sino también es importante la manera de *cómo, cuándo, dónde y quién* da de comer a una niña o niño.

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

Un estilo «controlador», donde la madre o cuidadora decide cuándo y cómo come el niño(a) puede ocasionar que las niñas o niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño(a) en riesgo de sobrepeso.

Un estilo «dejar hacer», donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños(as) menores de un año, salvo que el niño(a) este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.

Un estilo “Interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño.

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

1. Hablar con los niños(as) durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
2. Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños(as) a comer pero sin forzarlos,
3. Dar de comer directamente a los niños(as) pequeños y ayudar físicamente a los niños(as) mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo a sus señales de apetito y saciedad,



4. Cuando las niñas o niños no desean comer, se debe experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer,
5. Minimizar las distracciones durante la comida,

4. Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, para evitar infecciones.

Para evitar enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados se recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado. Igualmente mantener limpia las manos y la cara del niño(a).
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de la comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.



5. Iniciar con alimentos semi - sólidos (papillas, mazamoras, purés) evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia conforme la niña o niño crece y desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, triturados y luego picados, hasta que la niña o niño se incorpore en la alimentación familiar.

Alrededor del 6º mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños(as) a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores.

Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. Alrededor de los 8 meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros).

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semi-sólidas como papillas, mazamoras o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas.

La alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar y apropiados para su edad. A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

6. Alimentar a la niña o niño durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y desarrolla según su edad.

El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida.

La mayor incidencia de enfermedades diarreicas se presenta entre los 6 y 12 meses de edad, *debido a las malas prácticas de higiene durante la alimentación de niño.*





La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar.

A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y, finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir (pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que la niña o niño los pueda comer por sí solo.

Para iniciar la alimentación con preparaciones semisólidas, se recomienda elegir una hora cercana al mediodía, antes de la siguiente lactada.

7. Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece a la niña o niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad.

En niños(as) amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente.

Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.

Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca.

Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas.

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a $\frac{1}{2}$ taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a $\frac{3}{4}$ de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales.

Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

8. Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita y huevo. Incorporar leche y/o productos lácteos en las comidas de la niña o niño.

Debido al crecimiento y desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aún teniendo en cuenta su biodisponibilidad.

A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.

Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños(as) consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A.

Es imprescindible incorporar en la alimentación de la niña o niño productos que tengan alta biodisponibilidad de hierro; su deficiencia conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño así como en su proceso de aprendizaje. Los alimentos fuentes de este mineral son las carnes, vísceras y sangrecita.

El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, por su contenido y alta biodisponibilidad, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a),



Se define como densidad energética (DE) a la cantidad de kilocalorías que hay en un gramo de alimento.

Ejm: agua con DE: 0 kcal/g,
caldo con DE: 0.2 kcal/g y
puré de papa con DE: 0.9 kcal/g

por que además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño, además de continuar con la leche materna.

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.



9. Promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles en la zona

La forma más efectiva de prevenir la deficiencia de vitamina A en la niña o niño, consiste en suministrarle una alimentación variada, que incluya además de la leche materna, el consumo diario de verduras de hojas verdes (espinaca, acelga), frutas y verduras de color amarillo o naranja (papaya, mango, plátano de la isla, zapallo, zanahoria). Estos alimentos fuentes de vitamina A, se caracterizan por estar disponibles en la mayoría de los hogares.

El consumo diario de alimentos que contengan vitamina C favorece el mantenimiento de los huesos y cartílagos así como refuerza las defensas orgánicas, sobretodo de las vías respiratorias altas. Por ello se recomienda el consumo de frutas como la naranja, aguaje, camu camu, maracuyá, papaya y las verduras, como el tomate que tienen alto contenido de vitamina C, cuya ingesta después de las comidas, favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales. Existe una asociación directa entre el contenido de vitamina C en la dieta y el porcentaje de absorción del hierro de cereales, hortalizas y leguminosas.

10. Enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina).

Las grasas provenientes de la alimentación infantil deben proporcionar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en niveles similares a los que se encuentran en la leche materna .

La grasa es importante en la alimentación de la niña o niño, ya que:

- Aportan ácidos grasos esenciales : ácido linoléico y ácido linolénico.
- Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K)

- Incrementan la densidad energética de las comidas de la niña o niño.
- Mantiene la viscosidad de las comidas independientemente de su temperatura.

Agregar a una de las comidas principales de la niña o niño una cucharadita de grasa que puede ser bajo la forma de aceite, mantequilla, margarina.

Una ingesta muy baja de grasa ocasiona una inadecuada ingesta de ácidos grasos y baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil y una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro.

1.1. Suplementar con Sulfato Ferroso, Vitamina A - Necesidades de Yodo.

La suplementación con sulfato ferroso:

La suplementación de hierro es necesaria para corregir y prevenir la deficiencia de hierro siendo su efecto a corto plazo, está orientada a los grupos de riesgo, en éste caso a los niños de 6 a 12 meses de edad, niños prematuros y los de bajo peso al nacer.

La niña o niño nacido a término debe recibir suplementos de sales ferrosas a partir del 6º mes hasta los 12 meses de edad. La dosis de prevención es de 1 mg de hierro elemental / kg de peso / día, en forma de jarabe de sulfato ferroso. El período de suplementación será de 6 meses.

Para el niño prematuro y la niña o niño de bajo peso al nacer se indicará 5 mg/día a partir del tercer mes hasta el sexto mes y 10 mg a partir del 6º mes.

Asegurar que la niña o niño tome el suplemento inmediato no retenerlo en la boca, para evitar que se tiñan los dientes. El suplemento debe guardarse en lugares no accesibles a los niños(as) para evitar la ingesta accidental, que puede causar intoxicación fatal.

Evitar el té y el café porque interfieren con la absorción del hierro proveniente de alimentos de origen vegetal.

Suplementación con vitamina A

La suplementación con vitamina A está orientada a corregir y prevenir deficiencias de vitamina A en el corto plazo en las zonas de mayor riesgo del país (pobreza y extrema pobreza). Una alternativa de prevención para los niños de 6 meses a 2 años de edad en dichas zonas será fomentar la suplementación cada 6 meses, la misma que debe ser administrada únicamente por el personal de salud.

Niñas y niños entre 6 y 11 meses es de 100 000 UI (una dosis)

Niñas y niños entre 12 y 71 meses es de 200 000 UI (una dosis cada seis meses)



Los ácidos grasos esenciales son importantes en el crecimiento y desarrollo de los tejidos sobretodo en la constitución del sistema nervioso central



Necesidades de Yodo

El yodo es nutriente esencial para las funciones del organismo, siendo esencial en el crecimiento y desarrollo particularmente del cerebro. Sus necesidades se incrementan a partir de los 6 meses entre 40 y 50 $\mu\text{g}/\text{día}$.

La deficiencia de yodo es un riesgo latente en toda la extensión de la sierra y selva del Perú, debido a los suelos pobres en yodo, consecuentemente los productos animales y vegetales nativos, no contienen las cantidades necesaria de yodo.

Para disminuir el riesgo de sufrir las deficiencias de este micronutriente en la población se recomienda la utilización de sal yodada en las comidas .

12. Durante los procesos infecciosos, fraccionar las comidas de la niña o niño ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.

Las enfermedades infecciosas son muy frecuentes en los primeros 2 años de vida, siendo este período el de mayor riesgo de desnutrición, en algunos casos la enfermedad puede disminuir el apetito, por este motivo se recomienda ofrecer alimentos a la niña o niño para prevenir la pérdida de peso y evitar la desnutrición, siendo necesario continuar con el aporte de energía y demás nutrientes.

Recomendaciones:

- Ofrecer pequeñas cantidades de alimentos y con mayor frecuencia, entre seis y ocho veces.
- Incrementar líquidos.
- Mayor frecuencia de la lactancia materna.
- Brindar variedad de comidas; éstas deben ser favoritas, atractivas y en preparaciones que le agraden a la niña o niño.

Si la niña o niño vomita después de recibir alimentos, es conveniente interrumpir temporalmente la alimentación, hidratarlo e intentar nuevamente, ofreciendo pequeñas cantidades de alimento según la tolerancia.

Es recomendable que los niños(as) con sarampión, diarrea, infecciones respiratorias y otras infecciones ingieran alimentos ricos en vitamina A, para favorecer la recuperación de las mucosas digestivas y respiratorias y disminuir las complicaciones.

Inmediatamente después de los procesos infecciosos, la niña o niño requiere de un mayor consumo de alimentos para acelerar su recuperación nutricional y crecimiento. Cuando la niña o niño recupera su apetito, se debe aprovechar para darle una comida adicional al día, además de las tres comidas principales y las dos entre comidas adicionales por un período de 2 semanas.



Bibliografía

1. Bosch V, Lara E. Las grasas en la dieta. Arch. Latinoam. Nutr. 1988; 38(3):506-18.
2. Cohen R, Mrtek MD. Comparación del abstencionismo materno y tasas de enfermedad infantil entre mujeres que amamantan y quienes dan fórmulas infantiles en dos corporaciones. Am. Med. J. Health Promot. 1995; 10(2):148.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Saque el máximo provecho de lo que consume. Roma : 1992.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Organización Mundial de la Salud. Grasas y aceites en la nutrición humana. Consulta de FAO/OMS de expertos. Roma: UNICEF / OMS; 1997.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Organización Mundial de la Salud. Necesidades de energía y de proteínas. Ginebra: OMS; 1985. Serie Informes Técnicos N° 724.
6. Fundación Cavendes Venezuela. Guías de alimentación para el niño menor de 6 Años. Caracas: 1,994.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Para la vida. Un reto de comunicación. Madrid: UNICEF; 1993
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. Madrid: UNICEF; 2003.
9. Illingworth R. El niño normal: los problemas de los primeros años de vida y su tratamiento. 3a ed. 1989.
10. James W.P.T, Schofield E C. Necesidades humanas de energía: manual para planificadores y nutricionistas. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Roma: UNICEF; 1996.
11. La Leche League International. Información sobre el almacenamiento de leche humana [en línea] (fecha de acceso 5 de diciembre del 2,003). URL disponible en : <http://www.lalecheleague.org/Lang/FAQhmsg.html>.
12. Mahan K, Scotty-Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 9a ed. México: 1998.
13. Nelson J, Moxness K y col. Dietética y nutrición: manual de la clínica Mayo. 7a ed. Madrid: 1996.
14. Organización Mundial de la Salud - Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Relactación: revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Ginebra: OMS; 1998.

15. Organización Panamericana de la Salud - Conocimientos actuales sobre nutrición. Washington D. C.: 8a ed.; OPS-OMS; 2003.
16. Organización Mundial de la Salud. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Ginebra: OMS; 1997.
17. Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Salud y desarrollo del niño. Ginebra: OMS; 1998.
18. Organización Panamericana de la Salud. Módulo para capacitación sobre lactancia materna. Ginebra: OPS; 1990.
19. Perú. Ministerio de Salud. Lineamientos de política del sector salud 2002-2012 Lima: MINSA; 2002.
20. Perú. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención de Deficiencias de Micronutrientes (PREDEMI). Normas técnicas para la prevención y control de deficiencias de micronutrientes. Lima: MINSA; 1999.
21. Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil. Para que nuestros hijos crezcan y vivan sanos: carpeta de información para la promoción y el apoyo de la lactancia materna y la alimentación infantil. Buenos Aires: 1990.
22. Torún B, Menchu M, Elias L.. Recomendaciones dietéticas diarias del instituto de nutrición de Centroamérica y Panamá - INCAP. Guatemala: 1996.
23. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lecturas en Lactancia Materna, Ablactancia y Vacunación antitetánica: Para capacitación del personal de salud. Lima: UPCH; 1995.
24. Wellstart International's. Expanded promotion of breastfeeding (EPB). Apoyo comunitario a la lactancia materna: currículum de capacitación. Washington: 1996.
25. World Health Organization. Department of Nutrition for Health and Development World Health Organization. Complementary Feeding: family foods for breastfed children. París: WHO; 2000.
26. Ziegler E. Filer L. Conocimientos actuales sobre nutrición. Washington D.C.: 7a ed.; Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud; 1997.