



Documento Técnico de las
Guías Alimentarias
para los menores de **2** años de Panamá



Documento Técnico de las
Guías Alimentarias

para los menores de **2** años de Panamá

Coordinación Nacional

José De León
Eira de Caballero
Elka González
Yeny Carrasco
Nilka López

Consultora internacional

Santa Jiménez

Comité de Expertos, Comité Editor, Comité Revisor y Comité de Validación

Nutricionista Dietistas

Odalis Sinisterra - MINSa
Arelis Aguilar - MINSa
Daryelis González - MINSa
Drucyla Castillo - MINSa
Perla Ochogavía - MINSa
Marymar Salazar - MINSa
Verónica Hidalgo - MINSa
Milvia Samaniego - MINSa
Carolina Samudio - MINSa
Jesusita del Busto - MINSa
Dallys de Abrego - MINSa
Maritza Aguilera - MINSa
Kenia Lawrence - MINSa
Zenaida Sousa - MINSa
Ángela Ortega - Nutri Vidas
Dayris Conte - Nutri Vidas
Yimara Vergara - Nutri Vidas
Lisbeth Fossati - Nutri Vidas
Ashely Acosta - Nutri Vidas
Yalesky Beitia - Nutri Vidas
Héctor Moreno - CSS
Franklin Rodríguez- CSS
José Martínez- CSS
Laury Vega- CSS
Giselle Estribí - CSS
Crisol Hernández- CSS
Ingrid Vega- CSS
Keraysmi Martínez- CSS
Fanny Romero- CSS

Celmira Sanjur- CSS

Edgardo Guevara- CSS
Ana Rodríguez - MIDES
Ivis Armien - Privada Royal Center
Gloria Rivera - UNACHI
Jiniva Record - Ad Honorem Chile
Lucía Busto - Ad Honorem Argentina

Médicos y otros profesionales

Max Ramírez - Pediatra MINSa
Francisco Lagrutta - Pediatra Hospital del Niño
Libia Jiménez - Enfermera MINSa
Blas Quintero - Antropólogo Acción cultural
Ngäbe
Michelle Ahumada- Estimulación
Temprana MINSa

Fotografía

Daniel Granadillo
Ana Alveo - MINSa

Ilustraciones

Eduardo Davidson - Promoción
de la Salud MINSa
Luis Felipe Sierra - Promoción
de la Salud MINSa

Diseño y diagramación

Divegráficas Ltda.

Guías Alimentarias para los menores de 2 años de Panamá.

© MINSa Panamá

Elaborado por el Departamento de Salud Nutricional del Ministerio de Salud (MINSa) de la República de Panamá, con la colaboración de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). 1ra Edición. Panamá, 2018

ISBN: 978-9962-621-39-3

Índice

PRESENTACIÓN	7
AGRADECIMIENTOS	9
INTRODUCCIÓN	11
METODOLOGÍA	13
GUÍA 1: DÉLE AL BEBÉ SÓLO LECHE MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES, ES LO MEJOR	16
1.1. FISIOLÓGÍA DE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE.....	17
1.1.1 Sistema digestivo.....	18
1.1.2 Sistema inmunológico.....	18
1.1.3 Sistema renal	18
1.2. APEGO PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO.....	19
1.3. PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA.....	19
1.3.1 Producción de leche materna.....	19
1.3.2 Características de la leche materna.....	20
1.3.3 Composición nutricional de la leche materna.....	20
1.4. BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA.....	21
1.5. TÉCNICAS DE AMAMANTAR.....	22
1.5.1 Agarre correcto del pecho.....	22
1.5.2 Posiciones para amamantar.....	23
1.5.3 Tiempo de lactancia.....	23
1.6. EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA.....	24
1.6.1 Extracción manual de la leche.....	24
1.6.2 Extracción con extractores	24
1.6.3 Almacenamiento y conservación.....	25
1.7. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES.....	25
1.7.1 Grietas en los pezones.....	25
1.7.2 Mastitis.....	26
1.7.3 Conductos obstruidos.....	26
1.8. CONTRAINDICACIONES PARA AMAMANTAR.....	26
1.8.1 Galactosemia.....	26
1.8.2 Fenilcetonuria.....	27
1.8.3 VIH.....	27
1.9. MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA.....	27

1.10. MOMENTOS DE CONSEJERÍA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	28
1.11. MARCO LEGAL VIGENTE.....	28

GUÍA 2: A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD, OFREZCA AL NIÑO UNA VARIEDAD DE ALIMENTOS SALUDABLES.....

2.1. CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DEL LACTANTE.....	31
2.1.1 Maduración digestiva.....	31
2.1.2 Desarrollo neuromuscular.....	32
2.2. INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS.....	32
2.2.1 Características de la alimentación complementaria....	32
2.2.2 Introducción de alimentos por grupos de edad.....	34
2.2.3 Posibles riesgos al introducir la alimentación complementaria.....	38
2.3. RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD.....	40

GUÍA 3: PREPARE LOS ALIMENTOS DEL NIÑO SIN AGREGAR AZÚCAR NI SAL.....

3.1. FISIOLÓGIA DEL GUSTO.....	43
3.1.1 Características de los sabores.....	43
3.1.2 Preferencias gustativas.....	44
3.1.3 Elección de alimentos naturales y sin adicionar sal o azúcar.....	45
3.2. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE SAL, SODIO Y AZÚCAR EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	45
3.2.1 Uso de la sal o sodio.....	45
3.2.2 Uso del azúcar.....	46
3.3. CONSEJOS PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE SIN SAL Y AZÚCAR.....	47

GUÍA 4: AL AÑO DE EDAD, EL NIÑO DEBE COMER TODOS LOS ALIMENTOS SALUDABLES QUE COME LA FAMILIA.....

4.1. ALIMENTACIÓN COMO PROCESO DE CONVIVENCIA SOCIAL Y AFECTIVA.....	49
4.2. BENEFICIOS DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.....	51

GUÍA 5: PARA EVITAR LA ANEMIA OFREZCA AL NIÑO CARNES, POLLO, YEMA DE HUEVO, PESCADO Y MENESTRAS..... 52

5.1. FISIOLÓGÍA DEL HIERRO.....	53
5.2. CONCEPTO DE ANEMIA.....	54
5.2.1 Deficiencia de hierro y anemia ferropriva.....	54
5.2.2 Causas y consecuencias de la anemia por deficiencia de hierro.....	55
5.3. TIPOS DE HIERRO EN LOS ALIMENTOS Y LOS FACILITADORES... 56	
5.3.1 Tipos de hierro en alimentos.....	56
5.3.2 Inhibidores y facilitadores de la absorción del hierro..	57
5.4. PREVENCIÓN DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO A CORTO Y LARGO PLAZO.....	58

GUÍA 6: ALIMENTE AL NIÑO DESPACIO, ANÍMELO A COMER SIN FORZARLO..... 60

6.1. CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA.....	61
6.2. BENEFICIOS DE LA ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA.....	62
6.3. DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA.....	62
6.3.1 Pasos claves.....	62
6.3.2 Principios claves.....	63
6.3.3 Consejos generales para la promoción o desarrollo de la alimentación perceptiva.....	63
6.3.4 Elementos que influyen negativamente en la alimentación perceptiva.....	64

GUÍA 7: EL LAVADO DE MANOS Y LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS AYUDAN A MANTENER LA SALUD DE LOS NIÑOS..... 66

7.1. PASOS PARA EL LAVADO CORRECTO DE MANOS.....	67
7.1.1 Momentos claves para el lavado de manos.....	68
7.2. CONDICIONES DE HIGIENE DE LOS ALIMENTOS.....	69
7.3. UTILIZACIÓN DE AGUA SEGURA.....	71
7.3.1 Métodos de purificación del agua.....	71

GUÍA 8: CADA DÍA JUEGUE Y DIVIÉRTASE CON EL NIÑO..... 72

8.1. BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	73
8.2. FORMAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL HOGAR.....	74

8.3. LA ACTIVIDAD FÍSICA PARTE DEL DESARROLLO INFANTIL.....	75
8.4. TIEMPO FRENTE A PANTALLA.....	76
8.5. TIEMPO DE SUEÑO.....	77

REFERENCIAS CONSULTADAS	78
--------------------------------------	----

ANEXOS	86
---------------------	----

Índice de cuadros

Cuadro 1. Alimentación diaria recomendada para el niño pequeño....	33
Cuadro 2. Ejemplo de menú de alimentación complementaria por edad.....	36

Índice de figuras

Figura 1. Pasos para lograr un buen agarre de pecho.....	22
Figura 2. Posiciones para amamantar.....	23
Figura 3. Pasos de extracción manual de leche materna.....	24
Figura 4. Cantidad de comida en cada tiempo según la edad.....	36
Figura 5. Pasos para el lavado de manos.....	68

Presentación

Los malos hábitos de alimentación iniciados en niños menores de un año son uno de los principales responsables de la alta mortalidad y morbilidad en los niños menores de 5 años, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida del niño solo es dada en un tercio de la población mundial.

En relación a la alimentación complementaria, las madres la ofrecen antes o después del momento que debe darse y los alimentos no son nutritivos ni seguros. Estos malos hábitos traen como consecuencia problemas nutricionales en los niños a edades tempranas como deficiencias en su crecimiento normal, comprometiendo su salud y su desarrollo óptimo. Dentro de la perspectiva que se contempla en estos problemas nutricionales, es importante considerar prácticas de alimentación saludable, sobre todo desde los primeros 1000 días comprendidos desde el inicio del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño. Este período también se denomina “primera infancia”. Logrando estas buenas prácticas de alimentación saludable se obtienen resultados favorables durante toda la vida del niño hasta la adultez.

Con el objetivo de fomentar estas buenas prácticas saludables en niños menores, se han diseñado materiales para reforzarlas como son las “Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los menores de 2 años de Panamá (GABA)”, con el fin de promover la salud y la nutrición de los niños panameños a través de mensajes que informan a padres, madres y cuidadores a realizar prácticas de alimentación saludables que ayudan a la prevención y control de la malnutrición en los niños menores de dos años.

Este documento ha sido confeccionado bajo la base científica, siguiendo directrices de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y Organización Mundial de la Salud (OMS) en la preparación de Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) y la Guía Metodológica para el desarrollo de GABA para menores de dos años propuesta por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estos lineamientos permitieron elaborar dos documentos: el primero, destinado a la población y centrado en mensajes clave a la población objetivo; y el presente documento técnico, dirigido al personal de salud o cualquier otro profesional que lo requiera.

Este documento técnico deja plasmada y sustentada la evidencia científica de cada uno de los mensajes elaborados en las GABA para los menores de dos años de Panamá. Esperamos que sea de referencia y base técnica para promover cambios en la alimentación que sean favorables a los menores de 2 años.

Agradecimientos

Estamos profundamente agradecidos a las familias por su atenta y entusiasta participación en la toma de fotografías de este material, como también a todas las personas de las distintas regiones del país que colaboraron en la organización, ejecución y participación activa en los procesos de validación a través de los grupos focales y llenado de las encuestas. Agradecemos a todos los profesionales nacionales e internacionales que brindaron su apoyo técnico y valiosos aportes; como también expresamos un especial agradecimiento a la FAO por toda su colaboración durante el proceso de realización del presente documento.

Introducción

Las prácticas óptimas de alimentación que se ofrecen al niño menor de dos años se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. Los primeros 1000 días de vida representan una ventana crítica de vulnerabilidad para la población infantil, de ahí que se considere este período de gran importancia para cubrir los requerimientos nutricionales, que favorecen un crecimiento sano y mejoran el desarrollo cognitivo del menor de dos años, a la vez que reduce el riesgo de desarrollar sobrepeso, obesidad y otras enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna de manera exclusiva dentro de la primera hora del nacimiento y brindarla hasta el sexto mes y continuada hasta los dos años de edad o más, por lo que la lactancia materna exclusiva sigue siendo la mejor opción de alimentación para los niños en los primeros seis meses de vida.

Asimismo, la OMS define la alimentación complementaria como un proceso que inicia cuando la lactancia materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante. Por tanto, la introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna es necesaria para completar las necesidades nutricionales del menor.

Por otra parte, la alimentación complementaria debe ser ofrecida de manera inocua, segura y adecuada nutricionalmente a partir de los seis meses de edad y en conjunto con la lactancia materna, debe ser brindada en ambientes higiénicos adecuados lo cual contribuirá a mejorar la salud y supervivencia de la población infantil.

En el marco de los acuerdos internacionales, tales como la I y II Conferencia Internacional de Nutrición; la Estrategia Mundial de la

OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; el Plan Integral de Aplicación sobre Nutrición Materna del Lactante y Niño Pequeño; El Plan de Acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia; y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), en particular los ODS 2 “Hambre Cero” y 3 “Salud y Bienestar”, entre otros, y cónsono con las Guías para la atención integrada de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 9 años de edad de Panamá, el Departamento de Salud Nutricional elabora las primeras Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los menores de 2 años de Panamá.

Las Guías Alimentarias para los menores de 2 años se elaboraron como un instrumento educativo, y está constituida por 8 mensajes principales en las siguientes áreas temáticas: lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación perceptiva, anemia, higiene de los alimentos y estimulación temprana. Estas guías tienen el propósito de incentivar a las madres, padres y cuidadores a promover prácticas adecuadas de alimentación que contribuyan a la prevención y el control de la malnutrición en edades tempranas.

Con el fin de que los profesionales cuenten con la información técnica que fundamenta cada una de las guías, se realizó una recopilación de las distintas literaturas relacionadas con el tema, presentadas a través del siguiente Documento Técnico de las Guías Alimentarias para los menores de 2 años de Panamá.

Metodología

El proyecto para la elaboración de las Guías alimentarias para los menores de 2 años de Panamá siguió los lineamientos generales de la FAO y la OMS para la preparación de las GABA y la Guía Metodológica para el desarrollo de GABA para menores de dos años propuesta por el INCAP/OPS.

Dicho proyecto fue elaborado en dos fases: la primera fase consistió en el diseño y validación de los mensajes clave guiado por la asistencia técnica de una experta internacional en el tema. La segunda fase consistió en el diseño y validación de los contenidos e imágenes acorde a los mensajes para así desarrollar dos documentos, dando como resultado un documento dirigido a la población y otro de carácter técnico para profesionales de la salud y de los demás sectores involucrados.

Ambas fases fueron lideradas por el equipo técnico del Departamento de Salud Nutricional del Ministerio de Salud.

Los pasos que se siguieron fueron los siguientes:



Planificación: Se estableció la metodología a seguir y el cronograma de actividades para la elaboración de las GABA del menor de 2 años de la primera y segunda fase, estableciendo los productos esperados.



Diagnóstico Inicial: Se realizó el diagnóstico basado en estudios y datos existentes en Panamá a través de un taller con el comité técnico multisectorial de expertos, el cual identificó la situación de salud en este grupo de población en los aspectos de epidemiología, situación alimentaria y nutrición (estado nutricional, morbilidad, situación alimentaria, comportamiento de la lactancia materna y alimentación complementaria). Durante estos talleres se priorizaron 14 problemas de salud.



Definición de objetivos: con base en los principales problemas identificados, se establecieron los siguientes objetivos para la elaboración de la GABA del menor de 2 años para Panamá:

- Promover la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.
- Promover una alimentación complementaria oportuna y saludable a partir de los seis meses.
- Fomentar hábitos de alimentación saludable desde la más temprana edad.
- Contribuir a la prevención del sobrepeso, la obesidad y la anemia desde las etapas tempranas de la vida.

A su vez, se definieron las siguientes audiencias:

- Audiencia primaria: las madres y cuidadores de los niños y niñas menores de 2 años.
- Audiencia secundaria: personal de salud, otros parientes, educadores, amigos y vecinos.
- Audiencia terciaria: las autoridades, tomadores de decisión y los aliados estratégicos.



Cálculo de la dieta recomendada: Se utilizó la información sobre la Alimentación Diaria Recomendada (ADR) para Panamá, actualizada por el Ministerio de Salud en 2014, en el que se presentan los requerimientos nutricionales y las porciones de alimentos requeridas para la alimentación complementaria para infantes de 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad.



Elaboración de la guía técnica: En el taller de expertos, realizado en septiembre de 2016, se seleccionaron las recomendaciones más factibles a seguir con base en los principales problemas de salud en los menores de 2 años, las cuales se transformaron en 20 recomendaciones técnicas agrupadas en 8 áreas temáticas (i. Lactancia materna; ii. Alimentación complementaria a partir de los 6 meses, iii. Alimentación complementaria a partir del año; iv. Alimentación perceptiva; v. Higiene; vi. Anemia, vii. Uso de azúcar y sal; y viii. Estimulación temprana y actividad física).



Elaboración de las Guías Alimentarias: Con base en las recomendaciones obtenidas del taller con el comité técnico multisectorial de GABA, se elaboraron los mensajes principales y de apoyo, según área temática, para su posterior validación durante la primera fase.

En la segunda fase se definió que se elaboraría un documento de población, dirigido a las madres y cuidadores; y un documento técnico o manual para uso del personal de salud u otros profesionales.

Basado en los mensajes finales y validados se procedió a elaborar los contenidos para ambos documentos. Se definió el formato de fotografías como el tipo de imagen que ilustraría el contenido de ambos documentos (poblacional y técnico). Para esto se inició un proceso de toma y selección de las fotografías, donde se contempló la diversidad cultural y étnica característica de Panamá.



Validación: En la primera fase se realizó un proceso de validación de los mensajes principales y de apoyo basados en los componentes de eficacia: atracción, comprensión, involucramiento, aceptación e inducción a la acción para los diferentes mensajes. Se aplicó el método de encuesta semicuantitativa y grupos focales a madres y cuidadores de niños menores de dos años. Se realizaron también grupos focales con el personal de salud. Luego del análisis de los resultados, se definieron los ocho mensajes finales principales y de apoyo.

Durante la segunda fase se realizó la validación del documento poblacional (contenido, fotografías e íconos) utilizando nuevamente el método de encuestas semicuantitativas y grupos focales a madres y cuidadores. Dichas entrevistas se realizaron en 4 regiones de salud del país: Chiriquí, San Miguelito, Colón y Panamá Este. El proceso de validación fue realizado por nutricionistas de las regiones y de la estrategia NutriVidas, previa capacitación.

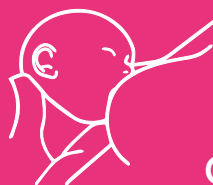


Correcciones y ajustes: En la primera fase, una vez terminado el proceso de validación de los 8 mensajes seleccionados, se procedió a presentar a un grupo de expertos para que a través de los resultados obtenidos realizaran los ajustes necesarios.

En la segunda fase, después de realizar la validación del documento poblacional, se pasó a realizar los ajustes necesarios en el contenido y fotografías del mismo.



©MINSA Panamá



GUÍA



**Dé al bebé solo leche materna
los primeros 6 meses,
es lo mejor.**

Siga dando leche materna hasta los 2 años o más.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable, es exclusiva cuando el niño solo recibe la misma ya sea directamente del pecho o extraída, sin darle ningún otro tipo de líquido o alimento, incluyendo el agua. No se consideran las soluciones de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas y minerales o medicamentos indicados por el pediatra. Es decir que si el niño solo recibe leche materna y le recetan un suplemento por ejemplo, aún continúa siendo lactancia materna exclusiva.

Los niños que son alimentados bajo este esquema y que sólo a partir de los 6 meses comienzan a recibir los alimentos, tienen menos riesgo de morbilidad y mortalidad infantil.

Se estima que solamente el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a nivel mundial. Según la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) de 2013, en Panamá es del 21.5%, observándose que en el área rural se brinda más lactancia materna exclusiva (30.8%) que en el área urbana (16.6%).

También se observó que las madres que no cuentan con estudios secundarios o enseñanza superior lactaban más del doble que las que si tenían. Asimismo, la MICS 2013 reportó que el 47% de las madres encuestadas iniciaron temprano la alimentación de leche materna, el 52.5% mantuvieron lactancia materna continua hasta el primer año y el 34.3% hasta los 2 años.

Algunas mujeres presentan dificultades para iniciar la lactancia materna con éxito al nacer su bebé a lo que se suma la falta de certeza sobre sus beneficios e importancia. Por este motivo es fundamental que la madre reciba apoyo cercano y una consejería adecuada.

Durante las consultas durante el embarazo, es importante que reciba este tipo de consejería para así garantizar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la continuación de la misma hasta los dos años de edad o más.

1.1. FISIOLÓGÍA DE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE

La fisiología del niño lactante va madurando progresivamente. Desde su nacimiento, el único alimento adecuado para el niño es la leche materna, ya que la misma está adaptada a las estructuras y funciones del sistema digestivo, el sistema renal y el sistema inmunológico del menor.

1.1.1 Sistema digestivo

- **Boca:** una vez el niño nace, su cavidad oral está adaptada sólo a la succión más no a la masticación, la cual se logra una vez tenga entre 6 a 7 meses aproximadamente. Por otro lado, la producción de saliva es mínima. La saliva contiene las enzimas amilasa o ptialina y lipasa lingual que actúan en medio ácido, por lo que su lugar de acción es el estómago.
- **Esófago:** A las seis semanas de vida del menor comienza la motilidad gástrica a aumentar la presión del esfínter inferior, haciendo que se den regurgitaciones con frecuencia durante las primeras semanas.
- **Estómago:** la capacidad estomacal del menor va aumentando de 10 a 20 ml aproximadamente desde su nacimiento, coincidiendo con la producción de la leche materna para los primeros días postparto, que es de 15 a 20 ml y llegando hasta 200 ml al primer año de vida.
- **Intestino delgado:** la acción de una lactancia materna óptima en el menor apoya la acción de tres enzimas que se producen desde el nacimiento, que son la lactasa, sacarasa y maltasa. También se produce la glucoamilasa que interviene en la digestión del almidón, la lipasa pancreática que degrada los triglicéridos de cadena larga en el intestino permitiendo la digestión de las grasas.

1.1.2 Sistema inmunológico

Las tres proteínas que se encuentran en altas concentraciones en la leche materna y que tienen beneficios inmunológicos son: la inmunoglobulina A secretoria (anticuerpo IgA), la lactoferrina y la lisozima. La IgA previene que se adhieran las bacterias a las paredes de las vías respiratorias del bebé o a las vías gastrointestinales, impidiendo así infecciones. En el período de lactancia materna exclusiva durante los seis meses también se da el proceso de la inmunidad pasiva, que es la transferencia de la inmunidad activa en forma de anticuerpos de un individuo a otro, ya que la leche materna contiene la inmunidad pasiva que estimula los procesos inmunológicos.

1.1.3 Sistema renal

Los recién nacidos aún no están en capacidad de procesar una sobrecarga de solutos a nivel renal. Esto los limita a un consumo mínimo de líquido, sobre todo con baja osmolaridad. El nivel de osmolaridad a la cual está adaptado el riñón es precisamente el que contiene la leche materna, dándose como recomendación que se dé exclusivamente, sin dar agua, ya que no la necesita.

1.2. APEGO PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO

El apego precoz se genera una vez que el niño recibe leche materna en su primera hora de nacido, donde tiene la oportunidad de recibir su primera leche o calostro.

Es importante evitar que la madre y el niño se separen desde el momento del nacimiento hasta pasado el período de hospitalización. Este hábito de permanecer juntos le ayudará a la madre a aprender a conocer los signos de hambre de su bebé y darle lactancia materna cada vez que el bebé se lo pida, estimulando los lazos de amor entre ambos.

Beneficios que se dan al permanecer madre e hijo juntos:

- El sueño del bebé es más placentero.
- Tanto la madre como su hijo crean un ritmo de sueño similar, apoyándose mutuamente.
- Cuando se da lactancia materna continua, el bebé gana peso adecuadamente.
- Menor exposición a infecciones que podría adquirir en la sala de recién nacidos.
- Ayuda a la madre a que le sea más fácil dar leche materna todas las veces que el bebé se lo pida sin tener que demorar para hacerlo, ya que reconoce rápidamente las señales.

1.3. PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA

1.3.1 Producción de leche materna

En la producción de leche materna participan dos hormonas importantes, la prolactina y la oxitocina. La succión a través del pecho materno es el único estímulo para la producción de dichas hormonas:

a) Prolactina: es la hormona responsable de la producción de leche, después del parto entre 30 a 40 horas es el tiempo que toma que la misma pueda comenzar a producir leche en mayor cantidad. Esta hormona se produce con más frecuencia en horas de la noche y tiene efectos relajantes en la madre.

b) Oxitocina: es la hormona que hace que la leche materna fluya por los conductos, haciendo que el bebé pueda dar sus mamadas efectivamente. A este proceso también se le llama reflejo de eyección de leche.

1.3.2 Características de la leche materna

a) Calostro: llamada también la primera leche, es la primera vacuna del bebé ya que es más rica en proteínas y vitaminas liposolubles y algunos minerales, además de contener oligosacáridos, inmunoglobulina A y lactoferrina. El calostro se produce solo dentro de los primeros 4 días una vez nace el bebé. Su textura y apariencia es densa, amarillenta y pegajosa y es importante orientar a la madre que eso es normal y que debe dárselo al bebé por sus efectos beneficiosos. También actúa como efecto laxativo en el bebé y ayuda a prevenir la ictericia.

b) Leche materna pre término: se le llama así a la leche materna que se produce en la madre que ha dado a luz a un bebé prematuro. La misma está adaptada naturalmente a la condición del bebé, conteniendo más proteína, minerales como el hierro y más efectos inmunes que la leche madura.

c) Leche de transición: es la leche que continúa después de la producción del calostro y se genera del día 4 al 15. Esta leche va variando día a día tanto en sus propiedades como en la cantidad, alcanzando un volumen aproximado de 600 a 800 ml/día. Aporta la vitamina K que el niño necesita para su flora intestinal, y también contiene la inmunoglobulina IgA como protección inmune.

d) Leche madura: ya es la leche que se produce a partir del día 15 después de nacido el bebé. Es completa en nutrientes, proteína, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales de acuerdo a lo que necesita el bebé. Aporta aproximadamente 75 Kcal/100 ml, su volumen es de 700 a 900 ml/día y si se trata de un parto gemelar, se producirá más leche de manera natural de tal forma que ambos tendrán la cantidad de leche que necesitan.

1.3.3 Composición nutricional de la leche materna

Como se ha mencionado anteriormente, la leche materna es nutricionalmente completa. Es rica en lactosa y de 100 ml de leche, 82 son agua. También cabe destacar que al inicio de la succión es más lactosa y al final se va tornando más rica en grasa. A continuación se presenta la descripción de los componentes nutricionales que contiene la leche materna:

a) Grasas: el tipo de grasa que contiene la leche materna son los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (ácido docosahexanoico o ADH y ácido araquidónico o AA). Estos ácidos son esenciales para el desarrollo del cerebro y la visión de menor. La cantidad de grasa es de 3.5 g por 100 ml de leche materna.

b) Carbohidratos: la lactosa es la principal fuente de carbohidrato. Son aproximadamente 7 g por 100 ml. La lactosa ayuda la absorción del hierro y calcio, los lactobacilos bifidus que contiene la leche también acidifica las evacuaciones de los niños. Los oligosacáridos que también contiene como fuente de carbohidrato protegen al menor contra infecciones gastrointestinales.

c) Proteínas: las principales fuentes de proteína de la leche son la caseína (40%) y la proteína de suero (60%). La concentración de proteína en la leche materna es de 0.9 gramos por 100 ml. Esta es la concentración proteínica más fácil de digerir en comparación con otras leches.

d) Vitaminas y minerales: las vitaminas que contienen en mayor cantidad son las vitamina A, E, C, B1, B2, B6 y B12. En cuanto a los minerales, están presentes el Ca, P, Mg, K, Cl. La osmolaridad de la leche materna es de 285 mOsm/L.

1.4. BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

Beneficios para el bebé:

- Aporta todos los nutrientes que el bebé necesita, incluyendo agua, en el balance adecuado.
- Protege de infecciones respiratorias y diarreicas.
- Contrarresta el riesgo de la muerte súbita.
- Fácil de digerir, absorbiendo adecuadamente todos los nutrientes.
- Permite que el niño alcance tanto el peso como talla adecuados para su edad.
- Disminuye el riesgo de padecer obesidad, diabetes mellitus y cáncer.

Beneficios para la madre:

- Fortalece el vínculo entre madre e hijo.
- Ayuda a que el útero retorne a su tamaño normal.
- Ayuda a la mujer a que pueda recuperar su peso más fácilmente.
- Previene el riesgo de padecer cáncer de mama u ovarios.
- Mayor ahorro de tiempo y dinero.

Beneficios para la familia:

- Aumenta el amor en la familia.
- Apoya a la economía del hogar.

Beneficios ecológicos:

- Alimento 100% natural, contribuyendo a la protección del medio ambiente, sin desechos tóxicos.

1.5. TÉCNICAS DE AMAMANTAR

1.5.1 Agarre correcto del pecho

Lo ideal es que la madre tenga al bebé en su regazo, alineado con su cara viendo hacia el pecho de la madre. En la siguiente figura se ve los pasos para lograr un buen agarre de pecho. (Figura N°1).

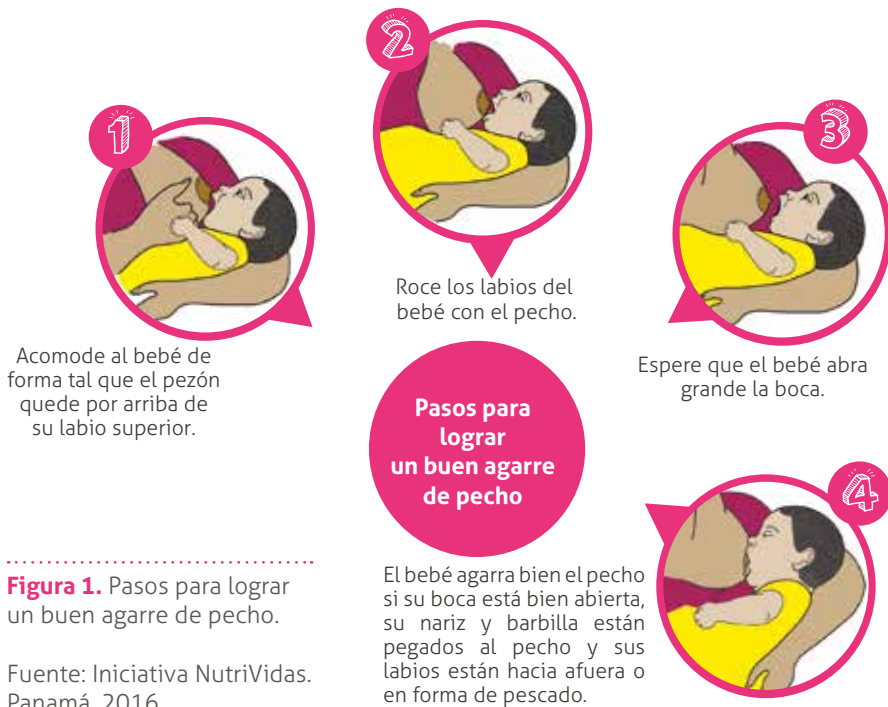


Figura 1. Pasos para lograr un buen agarre de pecho.

Fuente: Iniciativa NutriVidas. Panamá, 2016.

1.5.2 Posiciones para amamantar

La posición que adopte la madre debe ser de tal manera que tanto el bebé como ella se sientan cómodos, y que el bebé pueda tomar pecho en la cantidad que necesita.

a) Posición sentada "clásica" o de "cuna": la mamá sentada carga al bebé con la cabeza apoyada en el ángulo del codo de la mamá, en esta posición la mamá está más cómoda porque apoya la espalda en el respaldo de la silla.

b) Posición sentada de "sandía": en esta posición requiere un espacio más amplio donde se pueda sentar la mamá y cargar al bebé en una posición distinta a la anterior: el cuerpo del bebé debe pasar por debajo de la axila materna con el vientre apoyado sobre las costillas de la mamá y los pies al contrario de los de la mamá. Su cabeza es sostenida con la mano de la mamá.

c) Posición sentada de "caballito": esta posición es ideal cuando el bebé está un poco más grande. El bebé está sentado sobre el muslo de su mamá, la mamá lo sostiene colocando su mano en la cabeza del bebé, a la altura del cuello.



A. Posición clásica

B. Posición de sandía

C. Posición de caballito

.....
Figura 2. Posiciones para amamantar

1.5.3 Tiempo de lactancia

No existe un tiempo cronometrado para el momento de la lactancia ni tampoco horario específico. Durante los primeros seis meses es a libre demanda, se debe ofrecer cada vez que el bebé lo pida. Apenas nace el bebé, éste toma poca cantidad y a cada rato y a medida que va creciendo

toma más, alargando más los espacios de tiempo entre una y otra toma. Generalmente el bebé toma el pecho entre 8 y 12 veces por día.

1.6. EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

Hay algunas situaciones que obligan a la madre a tener que extraerse la leche. Si la madre decide iniciar un proceso de extracción de leche debe tomar en cuenta algunos aspectos importantes como la higiene del lugar donde lo hace, cómo va a guardar la leche extraída y cómo le van a dar la leche al bebé. Es preferible que le den la leche al bebé en tazas, cucharitas o vasitos y evitar el uso de biberón.

1.6.1 Extracción manual de la leche

- a) La madre debe estimularse el pecho dándose masajes alrededor en forma de círculo.
- b) Ponga la mano sobre el pecho en forma de C invertida (como muestra la figura 3), con los dedos índices y mayor por debajo del pecho y detrás de la areola, y el dedo pulgar por arriba de ella.
- c) Inclínala hacia adelante, apretar sin deslizar los dedos y apretar un poco contra el cuerpo hasta que comience a salir la leche.
- d) Ir repitiendo los pasos B y C simultánea y suavemente, y la leche irá saliendo. Se debe alternar las mamas cada 5 minutos. Termine cuando deje de salir leche.



Figura 3. Pasos para la extracción manual de leche materna
Fuente: Osorno J, Hernández A. 2007

1.6.2 Extracción con extractores

- a) Masajee las mamas en dirección al pezón.
- b) Estimule el pezón suavemente.
- c) Coloque el extractor en cada mama.
- d) Realice la extracción más o menos por 15 minutos en cada mama.
- e) Guarde la leche en bolsas estériles o en recipientes de vidrio con tapas plásticas lavadas y hervidas.

1.6.3 Almacenamiento y conservación

Entre las recomendaciones más importantes para el almacenamiento de la leche materna están:

a) Leche materna a temperatura ambiente: se puede conservar por 24 horas a 15° C; si es por 8 horas, de 16°C a 24°C o menos; y si es por 4 horas, de 25°C a 30°C (temperatura ambiente aproximadamente). Nunca debe guardarse la leche materna a temperaturas elevadas, por encima de los 37°C.

b) Refrigeración: hasta por 5 días se puede refrigerar la leche que se va a usar para el bebé, a una temperatura de refrigerador de 0°C a 4°C. Se debe colocar la leche en la parte más fría de la nevera. Cuando la va a usar, la puede calentar en baño maría para llevarla a temperatura ambiente.

c) Congelación: se puede congelar la leche materna por 2 semanas hasta 6 meses, considerando que el congelador tiene una temperatura menor de -19°C. Cuando se va a descongelar, colóquela primero en la refrigeradora por 12 horas y luego proceda al “Baño María” y dele al bebé la leche apenas esté lista.

Prefiera guardar la leche en porciones pequeñas; así, cuando vaya a hacer los “Baño María”, los hace con la cantidad específica que va a consumir el niño. En el recipiente o bolsa donde la va a conservar, colóquela la fecha del día en que se extrajo la leche para llevar el control, usando las leches más antiguas primero.

1.7. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

A continuación se presentan los problemas que con más frecuencia se pueden ver durante la lactancia y sus recomendaciones a cada situación:

1.7.1 Grietas en los pezones

Algunas recomendaciones para evitar las grietas en los pezones son:

- Debe realizar un adecuado agarre de pecho y posición el momento de amamantar.
- No suspenda la lactancia materna, continúe con el pecho que no tiene grieta.
- Comenzar a extraerse la leche manualmente para humedecer el pezón antes que el bebé lo agarre.
- Colocar solo compresas de agua fría y no usar jabones o cremas en los pezones.

1.7.2 Mastitis

La mastitis se refiere a la infección en las mamas causada por el estancamiento de la leche en los conductos mamarios, debido al mal agarre del pecho, lo cual produce que éste no se vacíe adecuadamente. También, se atribuye a la disminución del número de veces y duración de la lactancia o por el aumento de producción de leche (en el caso de parto gemelar). La mastitis provoca enrojecimiento, dolor e hipersensibilidad de la zona, también puede producir fiebre, dolores musculares, náuseas, y es necesario que la madre sea vista por un médico para que le recete medicamentos.

Algunas recomendaciones incluyen, que la madre se realice masajes y se coloque paños tibios. Además, se recomienda continuar con la lactancia, ya sea por extracción o por el pecho que está sano.

1.7.3 Conductos obstruidos

Un conducto obstruido es un conducto de leche en el pecho que está tapado. Los conductos de leche llevan la leche materna de las glándulas mamarias, que es donde se produce, hasta el pezón. Cuando un conducto está tapado, el flujo de leche del conducto del pezón podría disminuir o cesar. La leche podría acumularse y provocar que se forme un bulto sensible en el pecho.

Algunas recomendaciones para tratar el conducto obstruido:

- Amamante con frecuencia del pecho que tiene el conducto obstruido.
- Masajee el pecho antes y mientras amamante.
- Extraiga la leche después de que amamante. Use un extractor de leche manual para drenar la leche adicional después de que el bebé termine de comer.
- Aplique calor a los pechos antes de amamantar. Coloque un paño tibio y húmedo en los pechos o tome una ducha o baño con agua tibia.

1.8. CONTRAINDICACIONES PARA AMAMANTAR

1.8.1 Galactosemia

La galactosemia es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con una incapacidad para utilizar la galactosa, lo cual provoca una acumulación de ésta en su organismo, produciendo lesiones a nivel del hígado y el sistema nervioso central.

En este caso, la leche materna está contraindicada para los bebés que la padecen y los mismos deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa. En este caso, los bebés deben consumir fórmulas libres de lactosa y galactosa bajo prescripción de su pediatra.

1.8.2 Fenilcetonuria

La fenilcetonuria, también conocida como PKU, es una alteración congénita del metabolismo causada por la carencia de la enzima fenilalanina hidroxilasa, lo que se traduce en la incapacidad de metabolizar el aminoácido tirosina a partir de fenilalanina en el hígado. En este caso, está restringida la cantidad de fenilalanina que puede consumir el menor y como la leche materna la contiene, aunque en cantidades mínimas, la dieta del menor sería mixta, es decir, leche materna combinada con fórmula prescrita por su pediatra, sin fenilalanina para cumplir con sus necesidades energéticas.

1.8.3 VIH

Según la normativa nacional, a las madres que padecen de VIH les está contraindicado dar lactancia materna a sus hijos, debido al alto riesgo del paso del virus a través de la leche materna, por lo que debe seguir las indicaciones médicas.

1.9. MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

- **Las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar:** todas las mujeres tienen la misma capacidad para producir leche, independientemente del tamaño del pecho.
- **La madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia:** todos los alimentos saludables son permitidos durante la lactancia, entre más diversidad de alimentos consuma la madre, el niño tendrá la oportunidad de probar más sabores a través de la leche.
- **Si la madre está enferma debe dejar de lactar:** si se trata de enfermedades comunes como una gripe o tos, desde luego que puede continuar con la lactancia, si es algo más complejo, es mejor que consulte al médico inmediatamente, antes de suspender la lactancia.
- **El bebé no debería succionar hasta que la leche salga de color blanca:** la leche materna tiene variaciones en cuanto a color y textura, ya que tiene tres fases: calostro, leche de transición y leche madura, por tanto, debe dársele sin pensar que debe ser blanca, amarilla o transparente, esos cambios son normales que ocurran en su momento.

1.10. MOMENTOS DE CONSEJERÍA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Los consejos sobre el tema de la lactancia materna deben darse desde el embarazo de la madre:

a) Controles prenatales: en estos controles, es importante aconsejar a la embarazada sobre la importancia y los beneficios que da ofrecer lactancia materna exclusiva y, sobre todo, desde el inicio del nacimiento de su bebé.

b) Puerperio: en el puerperio se debe reforzar la continuación de la lactancia, atender todas sus dudas y mitos entre otras cosas. Además, se debe orientar sobre las técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento adecuado si la madre va a realizar banco de leche. De igual forma, si tiene dificultades para amamantar, orientarla sobre lo que puede hacer en ese caso.

c) Control de crecimiento y desarrollo: la orientación debe ser dirigida a promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y la continuación hasta los 2 años de vida o más. Esto se da en cada control de salud del niño.

También es importante que dentro de la consejería se oriente a la madre sobre los siguientes puntos para lograr una lactancia exitosa:

1

Estar bien informada, preparada y dispuesta para lactar.

2

Dar pecho inmediatamente después del parto, para estimular la bajada de la leche.

3

La madre debe mantener la calma, colocar al bebé frecuentemente al pecho y tomar abundante agua.

1.11. MARCO LEGAL VIGENTE

En Panamá, la lactancia materna está regulada por las siguientes disposiciones legales:

a) Ley No. 50 del 23 de Noviembre de 1995 por la cual se protege y fomenta la lactancia materna en Panamá. Esta ley fue publicada en la Gaceta Oficial, Órgano del Estado Año XCL Panamá, República de

Panamá, el lunes 27 de noviembre de 1995, N° 22,919 – página 1-13. Los artículos que fomentan la lactancia son el n° 1, 3, 4, 9, 10, 12 y 14.

b) Decreto ejecutivo No. 1457 del 30 de octubre de 2012, que reglamenta la ley N° 50 de 23 de noviembre de 1995, por la cual se protege y fomenta la lactancia materna.

c) Decreto No. 513 del 14 de mayo de 2013, que modifica y adiciona artículos al decreto Ejecutivo N° 1457 del 30 de Octubre de 2012, que reglamenta la Ley 50 del 23 de Noviembre de 1995, por la cual se protege y fomenta la lactancia materna.

d) Código de Trabajo. Artículo 114: Toda madre cuando este lactando dispondrá en los lugares donde trabaja de un intervalo de 15 minutos cada tres horas, o si lo prefiere, de media hora dos veces al día durante sus labores, con el objeto de alimentar a su hijo. El empleador le procurará algún medio de descanso, dentro de las posibilidades de sus labores, y mantendrá en número suficiente sillas o asientos a disposición de las trabajadoras. El tiempo empleado para tal fin deberá computarse para el efecto de la remuneración de la trabajadora como tiempo de trabajo efectivo, al igual que los intervalos antes mencionados.

Todo empleador que ocupe en el local o lugar de trabajo más de veinte mujeres, quedará obligado a acondicionar un local para que las madres alimenten sin peligro a sus hijos. Este acondicionamiento se hará dentro de las posibilidades económicas del empleador, a juicio y con el visto bueno de la Dirección Regional de Trabajo.



©MINSAs Panamá



GUÍA

2

**A partir de los 6 meses de edad,
ofrezca al niño una variedad
de alimentos saludables**

Inicie la alimentación lentamente, en cantidades
adecuadas y con consistencia suave.

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del menor, hay que introducir los alimentos complementarios gradualmente a su dieta. La transición de la lactancia materna exclusiva a la introducción de nuevos alimentos es lo que comprendemos como alimentación complementaria. Este período está comprendido entre los 6 y los 24 meses de edad y es un período donde los niños son muy susceptibles a la malnutrición si los hábitos que se forman no son lo suficientemente efectivos.

En la Encuesta MICS del 2013 de la República de Panamá, los resultados encontrados fueron: que la introducción de alimentos blandos, semisólidos y sólidos entre los 6 a 8 meses fue de 60.8%; el 40% de los niños no iniciaron la alimentación complementaria al momento preciso que debe darse; se observó que la alimentación complementaria se inició más adecuadamente en el área urbana en comparación con el área rural. La frecuencia mínima de comida es solo del 65.5%, menor en los que están lactando, y aumenta a medida que aumenta la edad del niño, mientras que la población rural presenta la frecuencia mínima más baja.

Partiendo de estos datos, es de suma importancia ahondar en el tema de la alimentación complementaria y concientizar a la población panameña sobre la misma, para que ésta sea efectuada en todos los hogares donde haya niños menores de dos años.

2.1. CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DEL LACTANTE

2.1.1 Maduración digestiva

El aparato digestivo no sólo ejerce como órgano de absorción y secreción, sino que también posee funciones de barrera, de regulación hormonal y de defensa.

Entre los 4 a 6 meses del niño, el reflejo de extrusión, que es aquel donde el niño empuja con su lengua los alimentos hacia afuera, va desapareciendo, y mejoran los reflejos de succión y deglución, donde se dan una serie de movimientos coordinados de los labios, las mejillas, la lengua y la faringe.

A nivel del esófago, se combina un tono muscular y una velocidad de tránsito menores que en el adulto, que combinados con la inmadurez del esfínter que separa el esófago del estómago y con que el vaciamiento gástrico es más lento, conllevan en algunos casos a que aparezcan regurgitaciones que irán mejorando con el paso de las semanas alrededor del período de introducción de alimentos.

A nivel intestinal, aumenta la producción enzimática que favorece la digestión y absorción de los alimentos, también se da un aumento en la producción de saliva que ayuda a deglutir los alimentos. Al iniciar la alimentación se activa el sistema de barrera del organismo, estimulando la producción de especies protectoras que refuerzan la microbiota intestinal.

2.1.2 Desarrollo neuromuscular

Aproximadamente, a los seis meses el niño es capaz de sentarse con un poco de apoyo e inclinándose hacia adelante. Esto facilita la introducción de alimentos y también tiene un buen control del cuello, observa los alimentos y si se estimula acercándose a la boca, él la abrirá.

Cuando el niño va desarrollando paulatinamente la masticación y deglución, favorece la fonación y el lenguaje en su momento. Otros aspectos relacionados con el desarrollo de la alimentación del niño son agarrar los objetos y alimentos correctamente, pasarlos de una mano a otra o agarrar la cuchara por sí solo.

2.2. INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

La introducción de alimentos es un proceso donde la madre o cuidador debe organizarse de tal manera que debe adaptar el momento, el espacio, hacerlo sobre todo con paciencia y tomar en cuenta tres aspectos primordiales en el alimento: frecuencia, consistencia y cantidad. Es un solo alimento a la vez y que el alimento sea de manera natural sin ningún agregado artificial. Es importante mantener la lactancia materna, que puede ser dada después de haber ofrecido el alimento.

2.2.1 Características de la alimentación complementaria

Entre las características de la alimentación complementaria están:

a) Tipo de alimentos. Poco a poco hay que ir logrando que el niño llegue a probar los alimentos de todos los grupos. Por ejemplo, del grupo de almidones, granos y cereales (que es el grupo con el que se debe comenzar), puede ir iniciando con papillas de cereal de arroz, avena entre otros o verduras como ñame, otoo, plátano o papa. El grupo de frutas y vegetales variados de todos los colores es otro grupo con el que puede continuar seguidamente, seguida del grupo de las carnes como pollo y res entre otros. Posteriormente sigue el grupo de lácteos y por último el grupo de grasas (a los 6 meses solo necesitan una cucharadita).

Es importante destacar que se deben introducir alimentos en su forma natural y evitar aquellos productos procesados o altamente procesados industrialmente (enlatados, en paquetes, entre otros). En el Cuadro N°1 se muestra el modelo de alimentación diaria recomendada para el niño pequeño, dividida por grupo de edad y por grupo de alimentos, mostrando las porciones que se le debe dar por día.

Cuadro 1. Alimentación Diaria Recomendada para el niño pequeño

Alimentos	Frecuencia	6-8 meses	9-11 meses	12-24 meses
Puré de verduras o arroz	Diariamente	½ taza (5 cucharadas)	½ taza ó ¼ taza (5 ó 3 cucharadas)	1 taza ó ½ taza (10 ó 5 cucharadas)
Menestras	Mínimo 3 veces por semana	1/3 taza (4-5 cucharadas)	1/3 taza (4-5 cucharadas)	1/3 taza (4-5 cucharadas)
Cereal o pan	Diariamente	½ taza	½ taza ó 1 rebanada	½ taza ó 2 rebanadas
Vegetales (cocidos)	Diariamente	½ taza	½ taza	½ taza
Frutas	Diariamente	2 porciones	2 porciones	2 porciones
Pollo Carne de res pescado	4 veces por semana 2 veces por semana 1-2 veces por semana	1 onza picada (1cucharada)	2onzas picadas (2 cucharadas)	1 onza picada (1cucharada)
Huevos	Mínimo 3 veces por semana	1 unidad (Solo yema)	1 unidad (Solo yema)	1 unidad
Lácteos (leche, yogurt)	Diariamente	Leche Materna a libre demanda	Leche Materna a libre demanda	Leche Materna o 1 vaso de leche
Aceite	Diariamente	1 cucharadita	1 cucharadita	2 cucharaditas

Fuente: MINSa. Alimentación Diaria Recomendada para Panamá. Panamá, 2014.

b) Consistencia de la comida. La alimentación complementaria se debe comenzar con alimentos en forma de puré o papilla o licuado. No puede ser en consistencia muy líquida porque tienen baja densidad energética y los llenan rápidamente. Deben ser espesos de tal forma que en una cuchara se puedan mantener sin que se escurran. Esta consistencia, a partir de los 9 meses pasa a trozos pequeños, cuidando que el niño no se atore.

c) Cantidad de comida. Es importante que la cantidad que el menor reciba cumpla con las calorías que él requiere: para el niño de 6 a 8 meses debe recibir 403 kcal; el niño de 9 a 11 meses, 543 kcal; y de 12 a 24 meses, 760 kcal.

La capacidad gástrica del niño es normalmente de 30 ml por kg de peso. Debido a su capacidad, la cantidad de alimento en un tiempo de comida es muy poca y es importante tener en cuenta la frecuencia en este caso. Poco a poco, cuando él va creciendo, la capacidad gástrica irá aumentando sucesivamente.

Para dar apoyo a la población, sobre todo a la niñez menor de dos años, el MINSA distribuye los platos graduados para niños de 6 a 24 meses. El primer nivel del plato indica la cantidad de $\frac{1}{2}$ taza o 5 cucharadas para el niño de 6 a 8 meses; el segundo nivel, de $\frac{3}{4}$ o 7 cucharadas, es para los de 9 a 11 meses; y por último, el tercero de una taza o 10 cucharadas, para el niño de 12 a 24 meses (ver Figura N°5).

d) Frecuencia de comida. El niño necesita tener una frecuencia de alimentos diaria, incluyendo varios tiempos de comida, y adicionalmente las meriendas o entre comidas. Como su capacidad gástrica es limitada, no se puede quedar tanto tiempo sin consumir alimento, es decir, que los lapsos entre un tiempo de comida y otro no deben ser tan largos como los de un adulto.

Entre los 6 y los 8 meses, al niño se le deben dar dos comidas principales al día, contemplando que es amamantado, y 4 veces si no es amamantado; a los de 9 a 11 meses, 3 comidas al día si es amamantado y 4 veces si no es amamantado; y a partir de los 12 meses debe comer de 4 a 5 veces al día.

Siempre se deben dar meriendas al niño en todos los grupos de edad, ya sea frutas, lactancia materna, o algún cereal en pequeñas cantidades. No se deben dar antes de la comida porque, de lo contrario, no va a comer su comida principal (ver cuadro N°2). La Vitacrema puede ser otra opción que se adquiere de forma gratuita para los niños que forman parte del programa (PATMI) en las instalaciones de salud y es un alimento nutritivo.

2.2.2 Introducción de alimentos por grupos de edad

Las Guías para la atención integral de niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años de edad de Panamá es un documento que especifica que cuando el niño cumpla 6 meses debe iniciar su alimentación complementaria, y contempla los siguientes procesos de alimentación del niño:

El proceso de alimentación del niño puede dividirse en los siguientes grupos de edad: infantes de 6 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses.

a) De los 6 a 8 meses:

- Continuar con la lactancia materna.
- Iniciar con alimentos suaves, frescos y fáciles de digerir, en forma de papilla, evitando que el niño se atore.
- Se le deben ofrecer como alimentos de inicio cereales, verduras, frutas, menestras, carnes, aceite o mantequilla (una cucharadita). Evitar introducir productos altamente procesados en latas o bebidas en cartón. Prefiera alimentos en su forma natural, frescos y saludables.
- En cuanto a la consistencia, debe ser en forma de purés, papillas, majados, desmenuzados, molidos y licuados. Además, se puede agregar una cucharadita de aceite vegetal (figura n° 5).
- Cantidad: $\frac{1}{2}$ taza o 5 cucharadas por cada comida servida.
- Frecuencia: 2 a 3 veces al día: desayuno, almuerzo, cena y merienda (cuadro n°2).

b) De los 9 a 11 meses:

- Continuar con la lactancia materna.
- Agregar nuevos alimentos como macarrones, coditos, huevo entero.
- Incluir los alimentos en forma de trozos pequeños.
- La cantidad aumenta a $\frac{3}{4}$ taza o el equivalente que es 7 cucharadas por cada tiempo de comida. (figura n° 5).
- Frecuencia: 3 a 4 veces al día como desayuno, almuerzo, cena o merienda (cuadro n°2).







c) De los 12 a 24 meses:

- Cuando el niño cumple un año debe disfrutar de los alimentos saludables con el resto de la familia.
- La consistencia de los alimentos debe ser igual que el resto de la familia, evitando que se atore.
- Cantidad: 1 taza o 10 cucharadas por cada comida servida (figura n° 5).
- Frecuencia: 4 a 5 comidas al día como desayuno, almuerzo, cena y meriendas (cuadro n°2).



Figura 4. Cantidad de comida en cada tiempo según la edad

Cuadro 2. Ejemplo de menú de alimentación complementaria por edad

	DE 6 A 8 MESES	DE 9 A 11 MESES	DE 12 A 24 MESES
5:30 a.m.	Leche materna	Leche materna	Leche materna
Desayuno 8:00 a.m.	Media taza de papilla de cereal	1 bolita de pan en trocitos Media taza de puré de manzana	Media taza de avena cocida Media tortilla asada 1 huevo revuelto
			
10:00 a.m.	Leche materna	Leche materna	Leche materna
Almuerzo 12:00 p.m.	5 cucharitas de puré de plátano maduro con zanahoria 1 cucharita de pollo desmenuzado	7 cucharitas de puré de papa con espinaca 1 cucharita de carne molida	5 cucharitas de arroz 5 cucharitas de lentejas 1 naranja
			
3:00 p.m.	Media taza de puré de papaya - Leche materna	Media taza de sandía Leche materna	Un mango pequeño Leche materna
Cena 6:00 p.m.	Media taza de puré de pera	5 cucharitas de puré de frijoles 2 cucharitas de zanahoria picada 1 cucharita de pollo picado	Media taza de coditos con queso y leche Media taza de tomate picado 1 muslo de pollo
			
8:00 p.m.	Leche materna	Leche materna	1 vaso de leche
10:00 p.m.	Leche materna	Leche materna	

Fuente: MINSA. Alimentación Diaria Recomendada para Panamá. Panamá, 2014.



Otras recomendaciones generales a considerar son:

- Cuando se está en este proceso de introducción de alimentos, se debe tener en cuenta que la lactancia materna debe continuar, pero no significa que uno llena primero de leche al niño y seguido viene la comida. Sería al revés: primero se le ofrece el alimento al niño con paciencia y dedicación y, una vez ha terminado, se le da el pecho.
- Se debe tener mucho cuidado con el tipo de alimento que se va a escoger por las alergias alimentarias. Existen algunos alimentos que son alérgenos y que debemos omitir al menos en el primer año de vida del niño.
- Introduzca un alimento nuevo a la vez y no varios a la vez, para dar la oportunidad a que el niño lo pruebe con calma y lo acepte o lo rechace. Si lo rechaza, otro día se le vuelve a dar hasta que lo acepte. Hay que tener presente que esto es un proceso de adaptación y que hay que tener paciencia.
- Las madres o cuidadores deben tenerle al niño sus propios utensilios como plato, vaso y cucharita desde el inicio de la introducción de alimentos.
- El lugar de ofrecer los alimentos al niño debe estar limpio y adecuado, y si es posible, con su silla y mesa ajustada.
- Todas las carnes que se le vayan a ofrecer al niño deben ir respectivamente desmenuzadas minuciosamente y sin hueso para evitar accidentes.
- Evitar todo tipo de distracción, como que el niño camine, para evitar que se atragante.

2.2.3 Posibles riesgos al introducir la alimentación complementaria

a) Riesgos de introducción precoz o tempranamente de la alimentación complementaria (antes de los 4 meses):

- La lactancia materna deja de ser la prioridad cuando en realidad es lo único que necesita el bebé en ese momento.
- Mayor riesgo de padecer enfermedades respiratorias, resfriados comunes entre otras.
- Daño renal por sobrecarga de solutos (desechos nitrogenados y minerales que se deben excretar por vía renal).
- Deficiencias nutricionales específicas que aporta solo la leche materna.
- Alergias alimentarias.
- Riesgo de atragantamiento.
- Riesgo de padecimiento de enfermedades como hipertensión, diabetes, obesidad.
- Manifestaciones diarreicas, distensión abdominal entre otras complicaciones a nivel intestinal.

b) Riesgos de introducción tardía (después de los 6 o 7 meses):

- Deficiencias nutricionales que aportan los alimentos que ya necesita estar consumiendo él bebé, como por ejemplo hierro, vitamina A y zinc.
- Retardo en el crecimiento.
- Pérdida de peso.
- Atramiento por sólidos (no ha aprendido a deglutir).
- Rechazo del niño a los sólidos.
- Trastornos en la fonación y lenguaje en meses posteriores.
- Aumenta la sensibilización a alergias.

c) Alergias alimentarias:

La alergia a los alimentos ocurre cuando el sistema inmune reacciona frente a una sustancia concreta (alérgeno) que es bien tolerada por la mayoría de las personas. El alérgeno es principalmente una proteína de un alimento con la que el afectado entra en contacto por ingestión, contacto o inhalación. La reacción más común es la formación de anticuerpos IgE (inmunoglobulina E). Las manifestaciones clínicas en la

alergia pueden tener un inicio agudo, con diarrea grave, vómitos, dolores abdominales, fiebre, etc.; o un inicio tardío que cursa con retraso en el crecimiento (peso y talla), heces voluminosas, distensión abdominal y signos de malnutrición como anemia ferropénica (por mala absorción de hierro).

A los seis meses de edad es un período de sensibilidad donde se puede potenciar la aparición de alergias, por tanto, es importante no incluir en la alimentación del niño alimentos que sean altamente alérgenos, como son el huevo, el maní, la leche de vaca, el pescado, los mariscos, el trigo o la soya.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones a seguir para proteger al niño de la aparición de alergias:

- Sea preciso al introducir los alimentos: es a los 6 meses, no antes ni después.
- Si los padres biológicos o familiares han presentado alergias, deben informar al médico del niño para llevar la introducción de alimentos con algunas indicaciones dadas por el mismo.
- Preferiblemente, introduzca estos alimentos alergénicos posterior a la introducción de nuevos alimentos, en pequeña cantidad y observar si hay reacción para valorar si se puede aumentar la cantidad.
- Algunos alimentos causan una ligera erupción alrededor de la boca, como los ácidos. Esto no significa que presente una alergia, por tanto, no se deben suspender.

d) Rechazo al comer algunos alimentos:

- La presentación del plato es importante; use colores que le sean llamativos al niño para sus utensilios y trate de que el orden de los alimentos sea atractivo a la vista.
- Practique con combinaciones de alimentos que enmascaran algunos sabores que usted presenta que al niño no le gustan.
- Anime al niño a comer con paciencia y dedicación sin distractores que le impidan disfrutar del momento.
- A los niños les gustan más los sabores dulces que otro tipo de sabor, por tanto, algunos alimentos que precisamente no son tan dulces como los vegetales, le costará un poco más. Esto no quiere decir que hay que aplazarlo para después, al contrario, entre más temprano se le ofrezca, más rápido lo irá aceptando.

2.3. RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD

Es importante mantener los cuidados especiales durante la enfermedad del niño, y sobre todo la alimentación. De eso dependerá que el niño se pueda recuperar más rápido.

Algunas recomendaciones a tener en cuenta durante la enfermedad son las siguientes:

a) Si es menor de 6 meses:

- Dele más leche materna de lo habitual, de día y noche. Aunque lo vea decaído y que no pide, hay que ofrecerle. Eso le ayudará a tener fuerza y recuperarse.

b) Después de los 6 meses:

- Más líquido y más leche materna para la rehidratación. Así se sentirá mucho mejor.
- Más alimentos suaves de lo habitual. escoja los preferidos del bebé para que se los coma. Probablemente disminuya la cantidad de lo que come, por tanto, debe aumentar la frecuencia. De esta forma tendrá más energía para recuperarse rápido.
- Anime al niño a comer con dedicación y paciencia. Comprenda que se siente mal y que querrá comer poco.

c) Período de diarrea: se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. Algunas recomendaciones para este caso son:

- Continuar dando lactancia materna.
- En el caso de alimentación complementaria, debe continuar como lo habitual, sin saltar las comidas. Enfátice en ofrecer arroz, carnes como pollo, yogurt y frutas como la manzana.
- Dar al niño sales de rehidratación oral, muchos líquidos y agua, además de llevarlo al médico
- No dar azúcares refinados (dulces, jugos), bebidas azucaradas, refrescos embotellados o de latas, frituras, embutidos.

d) Período de estreñimiento: El estreñimiento es un trastorno que se caracteriza por la dificultad o la imposibilidad de evacuar que tenga una persona. Durante los primeros meses de vida de un bebé, tanto la coordinación entre los movimientos de su intestino como la relajación del esfínter de su ano no es muy eficiente o no ha madurado lo suficiente.

En el primer mes, muchos bebés expulsan heces duras, pueden tardar entre 2 y 4 días en evacuar. En ese caso, se debe consultar al médico sobre qué puede hacer en este caso. A partir de los seis meses de edad del bebé, si presenta estreñimiento se le pueden ofrecer frutas, menestras, vegetales, avena cocida que por su contenido de fibra le ayudarán a expulsar las heces con mayor facilidad.



©MINSa Panamá



GUÍA

3

**Prepare los alimentos del niño
sin agregar azúcar ni sal.**

Los alimentos naturales son los más saludables.

Llevar una alimentación saludable desde que el niño inicia su alimentación complementaria y a largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, ya sea por deficiencias o por exceso, así como distintas enfermedades no transmisibles. Debido al aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida ha dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios no saludables caracterizados por su mayor contenido de calorías, azúcares libres, sal o sodio, grasas saturadas y trans que han conducido a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.

La prevalencia de exceso de peso en menores de 5 años, según la Encuesta de Niveles de Vida de 2008, fue de 11.3% y en el Monitoreo Nutricional en las Instalaciones de Salud del MINSA en 2014 se observó un sobrepeso a nivel nacional del 7.6% y la obesidad del 3%.

Los hábitos de alimentación saludable durante los 2 primeros años de vida, son necesarios para un crecimiento saludable, así como el de las áreas de desarrollo social, emocional y cognitivo, por lo que se debe evitar el consumo de alimentos no saludables, no sólo durante la primera infancia sino a lo largo de la vida.

El consumo de alimentos naturales es una práctica saludable que se debe promover desde la alimentación complementaria con el fin de favorecer a la aceptación al gusto por los sabores naturales de los alimentos.

3.1. FISIOLÓGÍA DEL GUSTO

El gusto de los alimentos y la interpretación de los distintos matices de los sabores se ven influenciados de manera directa por la percepción olfativa. Los movimientos del bolo alimenticio en la boca hacen que se estimulen receptores de distintas regiones de la lengua y junto con los movimientos deglutorios se genera un flujo aéreo retronasal que aporta información olfativa complementaria.

En la lengua, los botones gustativos se agrupan formando papilas de distintos tipos. El número de botones gustativos depende de la edad, presentando alrededor de 270 en el recién nacido y descendiendo aproximadamente al centenar en individuos mayores de 75 años.

3.1.1 Características de los sabores

Entre algunos de los factores que caracterizan los distintos sabores podemos mencionar:

- El sabor salado se debe a sales ionizadas.
- El sabor agrio está producido por ácidos. La intensidad de la sensación gustativa depende de la concentración de hidrogeniones. Cuanto más fuerte sea el ácido, mayor es la sensación.
- El sabor dulce está producido en la mayoría de las ocasiones por compuestos orgánicos: azúcares, entre otros.
- El sabor amargo, al igual que el dulce, está producido casi en su totalidad por sustancias orgánicas en vez de agentes químicos.

3.1.2 Preferencias gustativas

Los sentidos del gusto y el olfato se inician en el útero y ambos son funcionalmente maduros durante el tercer trimestre. La deglución fetal de líquido amniótico es significativa en etapas avanzadas de la gestación y esta etapa prenatal prepara al feto para conductas de alimentación posteriores y aceptación de la alimentación posnatal. Las respuestas aprendidas incluyen preferencias por estímulos experimentados dentro del útero, como el sabor y los olores de los alimentos consumidos por la madre y que se transmiten a través del líquido amniótico.

El paso desde el ambiente intrauterino con un flujo continuo de nutrientes y un ambiente controlado en luz y temperatura hacia una etapa de ciclos de sueño y vigilia, hambre y saciedad, requiere de adaptación por parte del recién nacido. Los recién nacidos muestran tanto conductas aprendidas como innatas, que guían su alimentación y moldean los patrones de aceptación de los alimentos.

Las preferencias por lo dulce y la aversión a lo amargo, son innatas. La búsqueda de alimento y succión de leche materna presentes al nacer, dependen de estas preferencias. Las respuestas aprendidas en la etapa intrauterina (preferencias de sabor y olor) y las destrezas neuromusculares necesarias para el consumo de alimentos sólidos continúan su desarrollo en la etapa posnatal. Los sabores y olores de los alimentos que consume la madre también se transmiten a través de la leche materna, y los lactantes aprenden a preferir dichos sabores, por lo que será muy importante que la madre consuma una variedad de alimentos saludables, con lo que muy precozmente estará transmitiendo esa variedad de sabores al niño.

Es importante mencionar que es en el período de los 6 a 24 meses donde se establecen la mayor parte de los hábitos, preferencias y aversiones alimentarias que condicionarán en gran medida el tipo de

alimentación futura; de allí la importancia de no agregar sal y azúcar a la alimentación complementaria de los niños, porque luego sus papilas gustativas se van a acostumbrar a éste tipo de sabores y van a rechazar los alimentos naturales.

3.1.3 Elección de alimentos naturales y sin adicionar sal o azúcar

El tipo de alimentos que reciba el niño durante los dos primeros años de vida influirá en gran medida en el tipo de alimentación que consuma en el futuro.

Dentro de los factores que influyen se pueden mencionar los siguientes:

- a) La formación del gusto alimentario:** asociado a varios factores genéticos y ambientales, en especial de los sabores dulce y salado.
- b) Transmisión genética:** la respuesta de un niño frente a un alimento es adquirida, excepto por la preferencia innata por el dulce y la aversión al sabor amargo.
- c) Factores culturales:** el entorno cultural puede reducir el número de alimentos que el niño pudiese incorporar en su alimentación (variedad de alimentos y grupos de alimentos), aumentar el número de comidas diarias y el tiempo entre comidas.
- d) Imitación:** la observación de hábitos alimentarios de adultos cercanos al niño (padres, hermanos, abuelos, cuidadores, etc.) lo condicionará en mayor medida a comer lo que él ve comer.

3.2. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE SAL, SODIO Y AZÚCAR EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

3.2.1 Uso de la sal o sodio

Un consumo elevado de sal y sodio desde la niñez aumenta el riesgo de sufrir de hipertensión arterial, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular en la vida adulta.

Se estima que el requerimiento de sodio de los menores de 6 meses es de 0.12 g/día. A partir de los 7 hasta 12 meses requieren 0.37 g/día y de 1 a 3 años, 1 g/día. Estos requerimientos son proporcionales a las necesidades energéticas del niño y se cubren a través del sodio presente en los alimentos, sin añadir el sodio proveniente de la sal.

El excedente de sodio en la alimentación del niño pequeño puede venir de la sal de mesa o de alimentos procesados con ingredientes a base de sodio como los son: salchicha, jamón, tocino y otros embutidos; también las sopas de paquete y condimentos artificiales como caldos, cubitos, salsas de soya o inglesa, entre otros.

3.2.2 Uso del azúcar

El consumo excesivo de las calorías provenientes de los azúcares libres contribuyen, principalmente, al aumento de peso, presencia de caries y reducen el apetito en los menores de 2 años. La obesidad infantil es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, algunos tipos de cánceres, entre otras enfermedades crónicas.

Entre algunos de los factores asociados al riesgo del desarrollo de la obesidad infantil están: exceso de peso previo al embarazo, exposición al tabaco, excesivo aumento de peso de la madre durante el embarazo, peso elevado al nacer y el aumento rápido de peso durante la infancia. El consumo de alimentos con alto contenido calórico es uno de los principales factores que promueven la obesidad infantil, siendo el consumo de las bebidas azucaradas una de las principales causas de preocupación en salud pública en este tema.

La ingesta de azúcares libres debería reducirse a lo largo de la vida. Los menores de 2 años no requieren del consumo de azúcares libres para cubrir sus necesidades calóricas, pero se podrían agregar a partir del año. No es recomendado agregar más de 3 cucharaditas (15 gramos) de azúcar añadida, lo cual representa 60 calorías, aportando el 8% de las calorías totales diarias, y la cual puede venir del azúcar blanca, morena, miel, que se le agregó a alguna preparación, o puede ser de un refresco o jugo al cual le añadieron azúcar.

Los datos de los que se dispone indican que la ingesta de azúcares libres en niños y adultos se debería reducir a menos del 10% de la ingesta calórica total; pero para obtener mayores beneficios para la salud, esa cantidad debería ser inferior al 5%. Por azúcar libre se entienden todos los azúcares (azúcar refinada, morena, miel, raspadura, otros) que los consumidores, cocineros o la industria añaden a los alimentos o las bebidas (jugos, néctares, concentrados, otros).

Muchas de las bebidas procesadas tienen por porción más de 25 gramos de azúcar, lo cual representa 5 cucharaditas de azúcar, que sobrepasa las cantidades que pueden recibir los niños mayores de 12 meses.

3.3. CONSEJOS PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE SIN SAL Y AZÚCAR

Con el fin de promover una alimentación saludable sin sal y azúcar, brinde a la madre o al cuidador los siguientes consejos:



- Al elaborar preparaciones con frutas que ya contienen su azúcar natural, no agregue azúcar a la misma.
- Al preparar otros alimentos a base de verduras o carnes, no es necesario agregar sal. Así, el niño aprenderá a disfrutar del sabor de los alimentos en su forma natural.
- Utilice condimentos naturales como el culantro, apio, cebolla, ajo, orégano, entre otros.
- Evite el uso de condimentos artificiales como los consomés, cubitos, caldos o sazónadores, y sopas instantáneas.
- Evite los alimentos procesados con alto contenido en azúcar, sal, grasas saturadas y colorantes como las sodas, bebidas, golosinas, papas fritas, sopas de paquetes, salchichas, alimentos enlatados entre otros alimentos
- No se recomienda ofrecer jugos de frutas procesados o bebidas azucaradas antes del primer año de vida, como por ejemplo las sodas, bebidas azucaradas de mezclas en polvo, bebidas saborizadas, bebidas para deportistas, jugos comerciales y néctares.
- El agua es la mejor opción para saciar la sed de su hijo. Los niños pequeños necesitan alrededor de 2 tazas de agua por día para cubrir sus necesidades de líquidos, no así las bebidas. Una vez que su bebé empieza a comer alimentos sólidos, se recomienda ofrecerle un total de 4 a 8 onzas por día de agua potable en una taza. Esto ayudará al bebé a familiarizarse con el sabor y a adquirir el gusto por el agua simple. No añada azúcar o miel al agua para que el niño la acepte.
- Evite ofrecer alimentos procesados altos en calorías y azúcar, como los cereales azucarados, galletas dulces, golosinas, entre otros, ya que promueven el exceso de ganancia de peso.
- Al elegir los alimentos procesados o ya preparados, elija opciones sin sal (o con cantidades limitadas) o sin azúcares añadidos.
- Antes de elegir los alimentos procesados revise la etiqueta de los alimentos y la lista de ingredientes. Elija alimentos con cantidades nulas o muy limitadas de azúcares añadidos y sodio (sal).
- No deberá darles miel a niños menores de 12 meses, ya que puede causar una condición seria conocida como botulismo.
- Al ofrecer yogurt, prefiera el yogurt natural o yogurt sin azúcares añadidos o que no tengan más de 23 gramos por 6 onzas.



©MINSA Panamá



GUÍA

4

Al año de edad, el niño debe comer todos los alimentos saludables que come la familia.

Una buena alimentación refleja un buen crecimiento y desarrollo.

La formación de hábitos alimentarios saludables se enseña desde edades tempranas. Los hábitos alimentarios saludables que se adquieren en la infancia ayudan a tener buenas condiciones de salud a lo largo de la vida.

A partir del año de vida, los niños deben compartir la mesa familiar y comer los mismos alimentos que consume el resto de la familia, tanto en el tipo de alimentos, la cantidad, frecuencia y consistencia requerida en esta etapa.

La alimentación complementaria es un proceso que comienza cuando la leche materna se complementa con otros alimentos y termina cuando el niño se incorpora completamente a la alimentación familiar y se debe mantener hasta los 24 meses.

A los 2 años se espera que los niños tengan una transición completa a los alimentos que comprende la alimentación familiar. Por esta razón, es crucial que la alimentación familiar incluya una variedad de alimentos en cantidades suficientes.

4.1. ALIMENTACIÓN COMO PROCESO DE CONVIVENCIA SOCIAL Y AFECTIVA

Durante los primeros años, los niños desarrollan fuertes vínculos de afecto con las personas que están a su alrededor, ya que ellos están observando y aprendiendo de su entorno.

Compartir los alimentos con otros es una actividad humana de mucho significado que en la primera infancia permite:



Oportunidad familiar para el desarrollo del apego con el menor. La evidencia ha demostrado que tanto el apego como la alimentación, son reguladores del estrés y de los afectos del infante, por lo que el apego inseguro durante los primeros dos años predice el riesgo de obesidad a los 4 años y 15 años de vida.



En familia no solo velar por ofrecer una alimentación saludable, sino que también brindar valor al cómo, dónde, cuándo y quién los ofrece.

3

Permite el vínculo e integración familiar para dar y recibir afecto, sentirse valioso para los demás y comunicarse, por lo que se le debe hablar durante las comidas y responder a sus peticiones verbales y no verbales.

4

Que el lugar y momento donde se desarrolle facilite que los niños aprendan con el ejemplo. No sólo están aprendiendo a comer, sino el hábito de la alimentación, el placer de disfrutar con la familia, nuevas conductas que desarrolla con el grupo, tales como esperar, usar los cubiertos, el vaso, entre otras conductas que marcan su futuro y vínculo social, por lo que durante las comidas familiares se debe colocar al niño sentado frente a los otros miembros de la familia para que tenga oportunidad de interactuar con ellos.

5

Se debe ofrecer los alimentos en su propio plato, vaso y cubierto, preferiblemente sobre una mesa o lugar adecuado y limpio.



4.2. BENEFICIOS DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Al año de edad, el menor debe comer los mismos alimentos saludables que come toda la familia, con la misma consistencia y en un lugar adecuado. No es necesario hacer preparaciones diferentes. Algunos beneficios son:



- Mejor aprendizaje, ya que promueve un buen desarrollo del cerebro.
- Más sano, más activo y más alegre.
- Ganancia de peso y crecimiento adecuado.
- Desarrollo de nuevas experiencias sensoriales necesarias para que prefieran los alimentos saludables.
- Oportunidad para que los padres o cuidadores modelen conductas alimentarias saludables y positivas dentro y fuera del hogar, que luego los menores imitarán. Se debe evitar los comentarios negativos y expresiones faciales o reacciones sobre los alimentos y bebidas saludables delante de los menores.
- Promueven la preparación de una alimentación saludable para toda la familia, generando un ambiente con alimentos saludables para el menor en el hogar.



©MINSa Panamá



GUÍA

5

Para evitar la anemia ofrezca al niño carnes, pollo, yema de huevo, pescado y menestras

Los niños sin anemia aprenden más, son alegres y activos.

El hierro es un mineral esencial que interviene en la formación de la sangre y que se encuentra en la hemoglobina, proteína presente en los glóbulos rojos encargada de transportar el oxígeno a los tejidos. El hierro se encuentra distribuido en diversos alimentos que se les deben ofrecer a los menores, al iniciar la alimentación complementaria para evitar situaciones como la anemia y otros síntomas causados por su deficiencia.

En el Monitoreo Nutricional en los pacientes que asisten a las instalaciones del MINSA de Panamá en 2014, se encontró una prevalencia de 33.9% de anemia en los niños de 6 a 59 meses, donde la mayor prevalencia, de 49.5% se encontró en los menores de 6 a 11 meses, y de 36.8% en el grupo de 12 a 23 meses, por lo que se considera un problema de salud pública en la población infantil de Panamá.

La prevalencia nacional de anemia en niños de 12 a 23 meses de edad representa un problema de salud pública severo de 52.5%. Por otro lado, en preescolares y escolares se considera un problema moderado de 36% y 24.7% respectivamente.

5.1. FISIOLÓGÍA DEL HIERRO

El hierro es el cuarto elemento más abundante en la superficie terrestre. En un hombre adulto, la cantidad aproximada de hierro es de 4 g distribuidos en la hemoglobina (~2,5 g), las reservas principalmente hepáticas (~1 g) y en la mioglobina y otras proteínas enzimáticas que son dependientes del metal (~0,3 g). Diariamente, un adulto sano pierde ~0,025% de su hierro total (equivalente a 1 mg), el cual debe ser reemplazado por la dieta. Estas pérdidas son producidas por la descamación de las células epidérmicas y epiteliales del tracto gastrointestinal y por el micro sangramiento fisiológico intestinal. Para el caso de las mujeres, los niños y adolescentes en crecimiento, esta cifra aumenta debido al sangrado menstrual y a las necesidades del crecimiento.

Existen dos tipos de hierro que provienen de la alimentación y se absorben en el organismo, estos son:

a) Hierro hemínico (Fe-Hem): forma parte exclusivamente de alimentos de origen animal como las carnes, ya sea como hemoglobina y/o mioglobina. Es absorbido intacto a nivel del enterocito en las primeras porciones del intestino, fundamentalmente en el duodeno y su absorción prácticamente no es afectada por la composición de la alimentación, por lo que se absorbe entre el 20 y 30%.

b) Hierro no hemínico (Fe-No Hem): se encuentra principalmente en los alimentos de origen vegetal, pero también en las sales minerales y algunos alimentos de origen animal como la leche, y los huevos y su absorción está determinada por múltiples factores dietarios que favorecen o impiden su solubilidad. El hierro no hemínico requiere de un pH ácido para reducirse y pasar de Fe III a Fe II; la forma ferrosa se puede unir a complejos de bajo peso molecular que son solubles.

5.2. CONCEPTO DE ANEMIA

La anemia se define como una concentración de hemoglobina más baja que el punto de corte para Panamá acogido de recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que en menores desde los 6 meses hasta los 5 años es de 11.0 g/dl. Valores inferiores de este se considera anemia y en casos de reportarse niveles de hemoglobina menor o igual de 7 mg/dl (anemia severa) se deberá referirse a evaluación y manejo hospitalario.

5.2.1 Deficiencia de hierro y anemia ferropriva

Con una nutrición adecuada, se almacena una reserva de hierro en los tejidos y se utiliza cuando no se absorbe suficiente hierro, por ejemplo, cuando el consumo alimentario es inadecuado o la biodisponibilidad es baja. El tamaño de la reserva corporal de hierro, principalmente en el hígado, es por lo tanto un índice del estado nutricional férrico.

La deficiencia de hierro se manifiesta en tres etapas sucesivas de desarrollo:

- **Primera etapa:** ocurre depleción de los depósitos de hierro. Ésta ocurre cuando el organismo ya no tiene reservas de hierro, aunque la concentración de hemoglobina permanece por encima de los límites establecidos.

Una depleción de los depósitos de hierro se determina mediante una concentración sérica baja de ferritina (<12µg/L). Debido a que la ferritina es una proteína reactiva de fase aguda, es importante tomar en cuenta que su concentración en la sangre aumenta ante la presencia de enfermedades inflamatorias/ infecciosas clínicas y subclínicas. Por lo tanto, no se puede usar para evaluar con exactitud la depleción de los depósitos de hierro en entornos donde los problemas de salud son comunes.

- **b) Segunda etapa:** se conoce como eritropoyesis con deficiencia de hierro. Los glóbulos rojos en desarrollo tienen mayor necesidad de hierro y, en esta etapa, la disminución en el transporte de hierro está asociada con el desarrollo de eritropoyesis con deficiencia de hierro. Sin embargo, la concentración de hemoglobina continúa por encima del valor límite establecido. Este estado se caracteriza por un incremento en la concentración receptora de transferrina y aumento de la protoporfirina libre en glóbulos rojos.

- **c) Tercera etapa:** manifestación más grave de la deficiencia de hierro cuando ocurre la anemia ferropriva. La anemia ferropriva se desarrolla cuando la reserva de hierro es inadecuada para la síntesis de hemoglobina, resultando en concentraciones de hemoglobina por debajo de los límites establecidos. Para diagnosticar la anemia ferropriva, se necesita calcular tanto la deficiencia de hierro como la concentración de hemoglobina.

Por razones de orden práctico, la primera y segunda etapa con frecuencia se consideran conjuntamente como deficiencia de hierro.

5.2.2 Causas y consecuencias de la anemia por deficiencia de hierro

a) Causas de la anemia:

- Depósitos disminuidos al nacer ya sea porque el niño nació antes de tiempo, ya que en el último trimestre de la gestación es cuando se traspasa la mayor proporción de hierro desde la madre al feto.
- Disminución de los depósitos por la ligadura precoz del cordón umbilical, ya que esto determina un menor paso de sangre desde la placenta al recién nacido.
- Aporte insuficiente de hierro ya sea porque en los alimentos hay un bajo contenido de hierro o porque ese hierro tiene baja biodisponibilidad.
- Requerimientos aumentados debido a la demanda por el crecimiento.
- Pérdidas aumentadas por sangrado, episodios repetidos o prolongados de diarrea y algunos parásitos hematófagos.

b) Consecuencias de la anemia:

- Mayor morbilidad infantil.
- Deterioro del desarrollo cognitivo y del rendimiento escolar. Si ocurre en edad temprana pueden ser irreversibles o parcialmente reversible, incluso tras la recuperación de los depósitos de hierro. Niños anémicos en el período lactante presentan una reducción leve del coeficiente intelectual a los 6 años de edad. El déficit de hierro en la infancia puede producir alteraciones en el coeficiente intelectual que perduran durante toda la vida. Los niños con anemia ferropénica al año de edad, evaluados mediante la escala de Bayley, a los 10-12 años presentaron puntajes significativamente menores en las pruebas del rendimiento motor y mental.

5.3. TIPOS DE HIERRO EN LOS ALIMENTOS Y LOS FACILITADORES

5.3.1 Tipos de hierro en alimentos

Se conoce como biodisponibilidad del hierro a la proporción de hierro dietario que es absorbido y utilizado por el cuerpo. El principal factor que influye sobre la biodisponibilidad de este mineral es su forma química. El hierro se presenta en la naturaleza como hierro hemínico y como hierro no hemínico.

a) Hierro hemínico: forma parte exclusivamente de alimentos de origen animal, sus fuentes son las carnes de res, pollo, pescado, otros.

b) Hierro no hemínico: se encuentra principalmente en los alimentos de origen vegetal. Se encuentra en alimentos como las menestras, vegetales verde oscuros y de origen animal como la leche y huevo, estos últimos carecen del factor facilitador de absorción natural como las carnes.

La leche tanto humana como de vaca tienen poco hierro (0,8 mg % la leche humana y 0,6 mg % la de vaca), pero la leche humana se absorbe en un 50%, mientras que la leche de vaca sólo un 10%. Esta diferencia de la leche materna se debe a su contenido más bajo de calcio, fósforo y proteínas, pero una mayor cantidad de lactoferrina y vitamina C. Esto explica por qué niños alimentados al pecho tienen niveles de hemoglobina incluso más altos durante los primeros 6 meses de vida, que niños alimentados con otro tipo de leche.

La OMS clasifica como una dieta de baja biodisponibilidad (5 % de absorción de hierro) aquella que contiene cantidades de carne < 30 g o cantidades de ácido ascórbico < 25 mg; una dieta de mediana biodisponibilidad (10

%) aquella que contiene cantidades de carne entre 30 y 90 g o cantidades de ácido ascórbico entre 25 y 75 mg, y una dieta de alta biodisponibilidad (15 %) aquella que contiene cantidades de carne > 90 g y/o cantidades de ácido ascórbico > 75 mg.

5.3.2 Inhibidores y facilitadores de la absorción del hierro

a) Inhibidores: Entre los compuestos presentes en los alimentos que dificultan su absorción están los fitatos, polifenoles, oxalatos, caseína, calcio, aluminio, fosfato (fosfoproteínas tanto en la clara como en la yema), la proteína de soya y pectinas (frutas). Todos estos compuestos forman complejos insolubles con el hierro, lo cual es el mecanismo por el cual interfieren con su absorción a nivel intestinal.

- Los fitatos (ácido fítico) se encuentran distribuidos en los granos, legumbres, nueces, vegetales, raíces y frutas. Estos compuestos pueden disminuir la absorción de hierro no hemínico entre 51% a 82%, debido probablemente a la formación de fitatos di y tetra férricos.
- Los polifenoles (taninos), reducen la biodisponibilidad de hierro debido a la formación de complejos insolubles que no pueden ser absorbidos. Se encuentran en el vino rojo, ciertos vegetales como la berenjena, espinaca, lentejas, hojas de remolacha, algunas hierbas y especias, pero principalmente en el té y el café.
- Los oxalatos están presentes principalmente en las leguminosas, pero debido a su carácter termolábil, se logra reducir su concentración con el proceso de cocción y se disminuye la interferencia con la absorción de hierro.
- El calcio interfiere considerablemente en los porcentajes de absorción, tanto del hierro hemínico como del no hemínico, reduciendo la tasa de biodisponibilidad entre un 30 a un 50 %, cuando se consume algún producto rico en calcio durante la principal comida del día.

b) Facilitadores: Existen diferentes compuestos que contribuyen a la absorción del hierro no hemínico, como el ácido clorhídrico, los ácidos orgánicos de los alimentos (ácido ascórbico) y algunos aminoácidos (cisteína). La carne tiene un efecto favorecedor y hay otros compuestos como fructosa y lactosa que son capaces de estimular la absorción del hierro.

La vitamina C aumenta la biodisponibilidad, aún en presencia de factores inhibidores, tales como los fitatos, los taninos y el calcio, además tiene la característica particular de incrementar la biodisponibilidad del hierro

presente en alimentos fortificados, ya que su capacidad de reducción sobre este mineral se mantiene en el rango del 75 al 98 %, previniendo la formación de hidróxido férrico insoluble.

Se ha determinado que el hecho de incluir 25 mg de ácido ascórbico en dos de las comidas del día duplica la absorción de hierro. Debido a esto, la recomendación dietética consiste en consumir alimentos fuente de vitamina C junto con las comidas principales.

5.4. PREVENCIÓN DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO A CORTO Y LARGO PLAZO

Para reducir o controlar las deficiencias de hierro, los países deben ejecutar de manera coordinada las siguientes estrategias:



.....

a) Diversificación alimentaria: introducción de una diversidad de alimentos complementarios en cantidades adecuadas. Introducir alimentos ricos en hierro y aumentar el consumo de los facilitadores. Evitar el consumo de inhibidores de la absorción de hierro.

.....

b) Acciones de salud pública: promoción de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria; educación alimentaria de los alimentos fuentes de hierro y sus facilitadores; la desparasitación a partir de los 12 meses, así como medidas de saneamiento básico.

Realizar el “clampeo” oportuno del cordón umbilical, para posibilitar una mejor reserva de hierro durante los primeros 6 meses de vida, por lo que la OMS recomienda retrasar el pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical aproximadamente entre 1 y 3 minutos después del parto

.....

c) Fortificación de los alimentos. Programas de fortificación de alimentos como el cereal fortificado del programa nacional PATMI del MINSA para los menores a partir de los 6 meses. Consumo de alimentos o preparaciones a base de harina de trigo fortificada. Consumo de arroz fortificado con hierro.

.....

d) Suplementación de micronutrientes (preventiva y terapéutica). Suplementación diaria de hierro en los menores de 24 meses como estrategia preventiva.

.....

.....

e) Biofortificación. El Instituto de Investigación Agropecuaria de Panamá (IDIAP) ha desarrollado tecnologías para elaborar alimentos biofortificados que son alimentos fitomejorados con el fin de aprovechar la diversidad natural del contenido de hierro presente en el mismo como el arroz biofortificado con alto contenido de hierro y zinc, como también los frijoles con alto contenido de hierro, por lo que se puede promover su consumo en los niños de los lugares que los producen.

.....



RECUERDE

Es sumamente importante la prevención de la anemia desde antes del embarazo y en los menores de 24 meses, ya que es una manera de disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, permite un peso adecuado en los niños nacidos a término, facilita en el menor un mejor desarrollo cognitivo, motor y socio emocional, una mejor capacidad de aprendizaje y en el futuro un mejor rendimiento escolar, así como una mejor capacidad productiva en la edad adulta.

.....



©MINSA Panamá



GUÍA

6

**Alimente al niño despacio,
ánimelo a comer sin forzarlo.**

Es un momento especial de cariño y amor

La crianza perceptiva es un estilo de crianza que está diseñado para fomentar el desarrollo de la autorregulación y promover el desarrollo cognitivo, social y emocional. La autorregulación incluye aspectos que pueden incidir en las conductas alimentarias de manera positiva incluyendo el autocontrol, fuerza de voluntad, control de la conducta, gratificación, emociones, función ejecutiva y control inhibitorio; siendo la alimentación perceptiva uno de los aspectos que la compone.

Los lactantes carecen de la capacidad de expresar sus necesidades alimentarias y psicoemocionales de manera verbal clara, por lo que los cuidadores deben aprender a conocer y atender las formas como se comunican sus niños a partir de diferentes conductas.

6.1. CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA

La “alimentación perceptiva” o responsiva se refiere a principios de cuidado psicosocial que deben emplearse al alimentar al niño, enfocada en la atención activa y estimulación durante los momentos de la alimentación infantil, el cual implica una reciprocidad entre el niño y su cuidador, basándose en tres aspectos:

- El niño muestra señales de hambre o saciedad a través de acciones motoras, expresiones faciales o vocalizaciones.
- El cuidador reconoce las señales y responde rápidamente de manera cálida a la señal y apropiada para la etapa del desarrollo del niño.
- El niño experimenta una respuesta dada por el cuidador.

Una alimentación no perceptiva es aquella alimentación caracterizada por la falta de comunicación efectiva entre el cuidador y el niño, y puede manifestarse de las siguientes formas:

- El cuidador domina la alimentación mediante conducta de control y presión hacia el niño.
- El niño trata de controlar la situación y el adulto adopta una actitud de regaño hacia el niño.
- El cuidador no se involucra e ignora al niño.

Cuando los cuidadores controlan la alimentación del niño de manera exagerada a través de regaños y castigos, no solo pueden anular las señales internas reguladoras de hambre y saciedad del niño (es decir, el niño no sabrá si tiene hambre o si ya se llenó), sino que se piensa que

pueden interferir con el desarrollo de la autonomía y la capacidad de sentirse competente del niño.

6.2. BENEFICIOS DE LA ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA

La conducta alimentaria comienza desde el nacimiento y progresa durante los primeros años. Está fuertemente condicionada por el aprendizaje y las experiencias vividas según el ambiente social donde se desenvuelve. Este período es crítico en el desarrollo de preferencias y hábitos alimenticios, ya que el niño afianza su personalidad y comienza a desarrollar autonomía.

Los beneficios de la alimentación perceptiva son:

- Facilita el aprendizaje a reconocer la sensación de hambre y saciedad.
- Se desarrolla y mantiene una comunicación entre el menor y el adulto, el cual facilita la respuesta adecuada del adulto tras el inicio de la señal de hambre y saciedad del niño.
- Evita conflictos que determinen patrones alterados de alimentación.

6.3. DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA

6.3.1 Pasos claves

Para el buen desarrollo de la alimentación perceptiva en el menor de 2 años, se debe aplicar los siguientes pasos claves:



6.3.2 Principios claves

Se presentan los siguientes seis principios necesarios al momento de desarrollar la alimentación perceptiva:

- **Entorno alimentario:** agradable, cálido y nutritivo.
- **Comunicación:** recíproca, clara y consistente de las expectativas alimentarias.
- **Horarios:** predecibles para la alimentación, lo cual ayudaría a asegurar que el niño tenga hambre cuando le ofrezcan la comida.
- **Oferta alimentaria:** saludable, de buen sabor y apropiadas para el desarrollo.
- **Respuesta alimentaria:** emocionalmente de apoyo, contingente y apropiada para el desarrollo.
- **Posición del menor:** sentado frente al cuidador y otros.

6.3.3 Consejos generales para la promoción o desarrollo de la alimentación perceptiva

- Brindar la alimentación despacio y con paciencia. Si el niño deja de comer, esperar unos minutos y volver a ofrecer el alimento.
- Mantener el contacto visual durante el momento de la comida, ya que la misma es un periodo de aprendizaje y amor.
- Asista al niño cuando come por sí sólo, permitiéndole que toque y explore la comida. No se preocupe si el niño se ensucia en el momento, cuando termina puede tomarse tiempo para limpiar todo.
- Converse con el menor durante los momentos de comida. Responder cálidamente a las señales verbales del menor.
- Elogiar o felicitarlo por los comportamientos adecuados durante la comida (como permanecer sentado tranquilo). Hablar con ternura y amor. Recree el tiempo de comida usando juegos, cantos, frases como una "cucharadita por papá y otra por mamá".
- Identifique los signos de hambre como bostezar, llanto, irritabilidad, debilidad, apuntar o señalar la comida, abrir la boca cuando la cuchara está cerca, alcanzar o tratar de agarrar la cuchara o el alimento, emocionarse al ver una determinada comida, expresar deseo por algún alimento específico con balbuceo, palabras o sonidos, entre otros signos con el fin de iniciar o continuar alimentándolo.

- Identificar signos de satisfacción o saciedad como sacudir la cabeza, voltear la cara, cerrar la boca, botar la comida, vomitar, entre otros signos, con el fin de que es el momento de parar la alimentación.
- Introduzca poco a poco y con paciencia diferentes sabores naturales, lo cual influirá en la aceptación de los alimentos. Se recomienda una introducción paulatina, un alimento por vez, esperando 4-6 días para introducir otro nuevo. No se debe rendir, se debe intentar en otro momento y puede ser necesario realizar entre 15 y 20 intentos antes de que el menor adquiera el gusto por nuevos alimentos y sabores. Una vez introducido un alimento, la repetición de la exposición al mismo, contribuye a su aceptación. Se debe dejar que el menor elija cuanto y cuando desee probar o comer un alimento.
- Estimule al menor mientras come con el fin de permitir que los momentos de comidas sean más placenteros.
- Desarrollar un intercambio positivo, enfocado a animar a los niños a comer.
- Involucre al menor durante las preparaciones de los alimentos.
- Asegure un ambiente agradable con pocas distracciones. Enfóquese en la comida y en su valioso momento de comer. Apague las distracciones como televisión, celulares, tabletas, otros.
- Establecer un horario regular entre las comidas principales, meriendas y tiempos de sueño. Las rutinas desarrollaran en el menor el buen hábito de esperar el momento de la comida.
- Durante las comidas familiares se debe colocar el menor frente a los otros miembros de la familia, lo cual permitirá la interacción necesaria para el buen desarrollo de hábitos alimentarios.

6.3.4 Elementos que influyen negativamente en la alimentación perceptiva

a) Forzar, obligar o discutir al brindar la alimentación. Forzar al menor a comer o aplicar algún tipo de amenaza o maltratarlo durante la alimentación, obligar a comer alimentos nuevos, discutir o gritar durante el tiempo de comida, hablar de temas o palabras desagradables, entre otros comportamientos desfavorables.

b) Utilizar los alimentos como elementos de premios o castigo. Los premios y/o castigos al momento de las comidas puede ayudar para que el menor adquiera hábito en la forma de comportarse en el momento de la alimentación. Para ello se debe identificar lo que el menor considere agradable o que le parece desagradable, para así determinar la selección del premio o castigo a utilizar.

Al premiar es favorable que el cuidador le refuerce al menor las conductas adecuadas y que requiere que se repitan, por medio de muestras de afecto como abrazo o palabras afirmativas o de felicitaciones como “¡Qué bien has comido todo hoy!”, a su vez podría motivarlo, llevándolo hacer algo que le guste al menor como jugar algún juego, deporte, visitar un lugar especial. No utilice golosinas o comida chatarra como premio.

El castigo debe aplicarse por un periodo corto en el tiempo y debe relacionarse con la falta cometida, debe llevar al menor a pensar sobre las consecuencias de su actitud y explicarle que su conducta puede implicar un castigo. Si aun así persiste en su actitud, entonces se puede aplicar un castigo consecuente con lo que se ha hablado, pero no deben utilizarse como primer recurso ante una conducta inadecuada, evitando tomar decisiones a la ligera o que reflejen la pérdida de la paciencia del adulto, ejemplo si el niño tira la comida, será él quien lo recoja.

c) Utilizar distractores durante la alimentación. Los niños pierden interés rápidamente, regularmente se distraen con el ruido, la luz e incluso sus propios pensamientos. El uso de elementos que son del agrado del niño como: televisión, juguetes, mascotas, celulares, tabletas, juegos electrónicos, radio aumenta la pérdida de interés por la comida. En consecuencias pueden ocurrir:

- Pérdida de apetito: lo cual conllevaría a deficiencias nutricionales y bajo peso.
- Consumo excesivo: no saborear los alimentos inducirá a una mayor ingesta de los mismos y aumenta el riesgo de acumulación excesiva de peso.

Evite que esté frente al televisor o uso de otros equipos electrónicos como celulares, computadoras o tabletas durante las comidas.



RECUERDE

El comportamiento apropiado durante la comida es una habilidad que se aprende. Una buena forma de enseñar a los niños a comportarse durante la comida es poniendo el ejemplo, enseñarles que el momento de las comidas debe ser un momento agradable, tranquilo y de compartir.



©MINSA Panamá



GUÍA

7

El lavado de manos y la higiene de los alimentos ayudan a mantener la salud de los niños.

Lávese las manos, antes de preparar y dar los alimentos.
Elija agua limpia.

Las recomendaciones de la OMS y UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial incluye iniciar, a partir de los 6 meses de edad, la alimentación complementaria no sólo de manera adecuada, sino que incluye que la misma debe ser segura.

Una revisión sistemática y metanálisis realizada en 2005 sobre intervenciones para la reducción de las diarreas en países menos desarrollados se encontró que el lavado de manos es la mejor práctica para reducir la posibilidad de morbilidad por diarreas en un 44%, mucho más efectivo que otras medidas como el tratamiento de agua, que se estima en el 39%, saneamiento, en un 32%, la educación sobre higiene, en el 28%, abastecimiento de agua, en el 25% y estrategias de tratamiento de agua en la fuente, del 11%. Combinar todos estos métodos es la vía para prevenir cientos de miles de muertes prematuras en el mundo.

En Panamá, las principales causas de mortalidad entre los niños de 1 a 4 años de 2000 a 2014 fueron la diarrea y la gastroenteritis. El porcentaje de niños menores de 5 años que presentaron diarreas agudas dos semanas antes del desarrollo de las encuestas MICS en 2013 fue del 12.1%, con prevalencias por arriba del 20% en las comarcas indígenas y la provincia de Bocas del Toro.

El lavado de manos con jabón interrumpe la cadena de transmisión de enfermedades. Cuando las personas no usan jabón para lavarse las manos que previamente han estado en contacto con heces humanas o de animales, fluidos como secreciones nasales y alimentos o agua contaminadas pueden transmitir bacterias, virus, parásitos y otros agentes patógenos a diversos huéspedes, que se transmiten finalmente al organismo.

Las bacterias presentes en las manos de los niños son similares a las que podemos encontrar en un adulto, pero si tenemos presentes la alta especificidad de este tipo de organismos podemos destacar algunas que son las más comunes: *Staphylococcus epidermis*, *Staphylococcus aureus*, *Corineformas*, *Aspergillus*, *Penicillium*, *Cladosporium* y *Mucor*.

7.1. PASOS PARA EL LAVADO CORRECTO DE MANOS

Lavarse las manos es la intervención más económica y con mayor impacto en la salud pública, la cual puede salvar vidas si se realiza de manera adecuada. Se deben seguir los siguientes pasos para el lavado correcto de las manos:



Figura 5. Pasos para el lavado de manos.

7.1.1 Momentos claves para el lavado de manos

- Antes de manipular alimentos y con frecuencia durante su preparación.
- Antes de darle comida al menor.
- Antes de comer.
- Después de ir al baño.
- Después de cambiar el pañal a un bebé.
- Después de tocar un alimento diferente (especialmente crudos) o después de manipular carnes rojas o de ave crudas.
- Después de sonarse o limpiarse la nariz, toser o estornudar en sus manos.
- Después de tocar basura o superficies sucias.
- Después de recoger algo del suelo.
- Después de manipular sustancias químicas (incluidas las utilizadas para limpiar).
- Después de jugar con mascotas.

7.2. CONDICIONES DE HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

La manipulación higiénica de los alimentos se refiere a todas las medidas que se tomen para garantizar la inocuidad de los alimentos. Antes de ofrecer alimentos al menor, se debe asegurar que los alimentos pasaron por un proceso de limpieza, lavado, desinfección y enjuague adecuado, entre otras recomendaciones:

a) Lavado: Todos los alimentos deben ser lavados antes de cocinarlos y también cuando se van a consumir crudos.

b) Desinfección: Las frutas y vegetales se deben lavar colocándolas en el chorro de agua y posteriormente desinfectar diluyendo una cucharadita de cloro por cada galón de agua. Se recomienda sumergir estos alimentos dentro de un recipiente con esta preparación por 2 minutos, luego se retiran y se enjuaga con abundante agua fría para eliminar el olor a cloro.

c) Contaminación cruzada: Toda persona que prepara los alimentos debe evitar la contaminación cruzada, la cual consiste en la transferencia de microorganismos de alimentos crudos a alimentos cocinados, por lo que es importante la separación de alimentos cocidos con alimentos crudos; alimentos listos para comer con los crudos; alimentos listos para comer con aguas no seguras; alimentos crudos con utensilios sucios; alimentos contaminados con insectos u otro animal. Se puede evitar la contaminación cruzada de la siguiente manera:

- Separe las carnes rojas, la carne de ave y el pescado crudos de los demás alimentos.
- Utilice equipos y utensilios diferentes, como cuchillos y tablas de cortar, para manipular alimentos crudos.
- Conserve los alimentos en recipientes con tapa para evitar el contacto entre los crudos y los cocinados.
- Al hacer la compra, mantenga separados la carne roja, la carne de ave y el pescado crudos de los demás alimentos.
- En el refrigerador, guarde la carne roja, la carne de ave y el pescado crudos debajo de los alimentos cocinados o listos para el consumo para evitar la contaminación cruzada.
- Lave los platos que hayan estado en contacto con alimentos crudos. Utilice un plato limpio para los alimentos cocinados.
- Los líquidos utilizados para marinar la carne cruda no se deberían verter sobre la carne cuando ésta esté cocinada y lista para el consumo.

d) Cocción: Se debe realizar la cocción completa y adecuada de los alimentos, sometiendo el alimento a calor a una temperatura mayor de 60° C durante un tiempo adecuado para eliminar los microorganismos y para ablandarlos; por lo que se recomienda lo siguiente:

- Cocinar completamente los alimentos, especialmente las carnes rojas, la carne de ave, los huevos y el pescado.
- Los alimentos congelados (carne, pescado y pollo) deben descongelarse completamente antes de cocinarlos. Si se desea volver a utilizar el alimento luego de una hora de su cocción, se deben recalentar completamente los alimentos cocinados.
- Los hornos microondas pueden cocinar el alimento de forma desigual y dejar partes frías donde las bacterias peligrosas pueden sobrevivir, por lo que se debe asegurar que los alimentos cocinados en el microondas hayan alcanzado una temperatura segura de forma uniforme. Algunos envases de plástico liberan sustancias químicas tóxicas cuando se calientan, por lo que no deberían utilizarse para calentar alimentos en el microondas.
- Hierva los alimentos como sopas y guisos para asegurarse de que alcanzaron los 70°C.

e) Almacenamiento: Se debe ofrecer al menor alimentos frescos inmediatamente después de su preparación. Lo mejor es no guardarlos, ya que por el mal almacenamiento existe el riesgo de intoxicación alimentaria u otras enfermedades.

Desechar cualquier alimento que no fue consumido de la porción ofrecida al menor, incluyendo la leche sobrante.

Al almacenar los alimentos cocidos a temperaturas seguras:

- **Almacenamiento en calor:** se debe asegurar que la temperatura esté cerca o por encima de 60° C antes de servirlo, revisando que la temperatura antes de servirlos se sienta tibia. Evite soplar con la boca los alimentos listos para comer de su niño o niña.
- **Almacenamiento en frío:** los alimentos almacenados en frío pueden variar de 10°C o menos, según el tipo de alimento (carnes, pescados y mariscos a 5°C, las frutas y vegetales entre 7 a 10°C). Almacene en el refrigerador en envases limpios y tapados, evitando colocar los alimentos calientes dentro de la nevera. Si la parte central del alimento pasa mucho tiempo con temperaturas por arriba de los 10 °C se corre el riesgo de que proliferen los microbios, alcanzando rápidamente una concentración susceptible de causar enfermedades. En refrigeración, las frutas y vegetales pueden conservarse de dos a tres días, las carnes máximo un día, y los platos mixtos entre uno o dos días. Refrigere los alimentos cocidos después que se hayan enfriado. Recuerde que no debe dejar alimentos cocinados a temperatura ambiente durante más de 2 horas. Algunos alimentos donde proliferan más rápidamente microorganismos son las preparaciones a base de huevo, leche, carnes que se consumen frías, vegetales y con mayonesa.

f) Higiene del sitio u utensilios: Asegurarse que el área de preparación de los alimentos esté limpia, incluyendo los utensilios y superficies antes, durante y después de manipular o preparar los alimentos. También se deben limpiar bien los utensilios antes de servir los alimentos. Se debe lavar con jabón y agua limpia todos los utensilios empleados para alimentar al niño.

g) Otras: Los alimentos no deben tener contacto con el piso, ni con sustancias desinfectantes o químicos.

7.3. UTILIZACIÓN DE AGUA SEGURA

El agua utilizada para preparar los alimentos debe ser segura, lo cual significa que la misma está libre de microorganismos peligrosos y de sustancias químicas tóxicas en niveles que podrían provocar dolencias y/o enfermedades. El agua insegura es la proveniente de ríos y canales, ya que contienen parásitos y patógenos que pueden causar diarrea, fiebre tifoidea o disentería, por lo que es necesario utilizar agua segura para:

- Preparar los alimentos
- Lavar la fruta, los vegetales y verduras
- Añadir a los alimentos
- Preparar bebidas
- Hacer hielo
- Limpiar los utensilios de cocina y los cubiertos
- Lavarse las manos

7.3.1 Métodos de purificación del agua

El hervido, la cloración y la filtración son medios importantes de desactivar los patógenos microbianos, pero no eliminan las sustancias químicas nocivas.

Para desinfectar el agua debe:

- **Hervir el agua:** Calentar el agua hasta que aparezcan las burbujitas y luego déjela hervir por 5 minutos.
- **Cloración del agua:** Puede utilizar una (1) gota de cloro por litro de agua o 5 gotas por galón de agua. Mezclar o agitar y dejarlo reposar por 30 minutos. Debe prepararse diariamente.
- **Filtrar el agua:** Si recoge agua de lluvia, filtrarla con paños limpios y hervirla por 5 minutos.

Para almacenar el agua se recomienda mantenerla en recipientes limpios cerrados o tapados; protegidos de la contaminación de pájaros u otros animales; que no hayan sido utilizados para pinturas o productos químicos (aceites, herbicidas); y recúbralo con mallas para prevenir la reproducción de los mosquitos vectores del dengue.



©MINSA Panamá



GUÍA



Cada día juegue y diviértase con el niño.

Estimule a su niño a través de ejercicios, juegos
y otras actividades.

La práctica de la actividad física diaria es un elemento importante en la salud y bienestar de los niños y los adultos, también como medida de prevención de la obesidad en el individuo, y a su vez forma parte de la crianza perceptiva durante esta etapa. Estos tiempos de actividad física, junto con los patrones de sueño y el tiempo frente a las pantallas están interrelacionados entre sí.

La actividad en la primera infancia es elemental en el desarrollo motor y cognitivo de los menores, y es un elemento crítico para lograr un buen desarrollo y aprendizaje, así como la confianza necesaria, la cual repercutirá durante el resto de su vida.


Algunos expertos recomiendan que se involucre a los niños pequeños en actividades físicas estructuradas 30 minutos al día, se les den oportunidades de actividad física no estructurada por lo menos 60 minutos al día, y que el sedentarismo no sea mayor a 60 minutos seguidos, con excepción del tiempo de sueño.


8.1. BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA


Para un buen desarrollo infantil se debe promover la estimulación temprana, caracterizada por una relación afectiva con el menor, en donde el mismo sea amado y deseado por sus familiares. La estimulación temprana le permite al menor vivir experiencias diferentes y sumatorias que le dan protección, estímulo y sensación de conquista y realización, como también lo llevan a fortalecerse corporalmente, a experimentar emociones diferentes y a desarrollar la inteligencia.

Los primeros tres años de vida son los más importantes para el desarrollo del cerebro. Los estímulos que se le da al niño en ese periodo son fundamentales para desarrollar sus sentidos, movimientos, pensamiento y aprendizaje.

Los beneficios de estimular activamente al menor son:

-  Niños más sociables, activos y seguros

.....
-  Buen desarrollo del cerebro, favoreciendo el aprendizaje

.....
-  Desarrollo de la cultura de la actividad física que previene la obesidad y otras enfermedades.

.....

Para un buen desarrollo infantil se debe promover las siguientes áreas:

a) Motor grueso: son los grandes movimientos del cuerpo, piernas y brazos.

b) Motor fino: son los movimientos finos y precisos de las manos y dedos.

c) Lenguaje: es la capacidad de comunicarse y hablar.

d) Socio-afectivo: es la capacidad de relacionarse con los demás y expresar sentimientos y emociones.

e) Cognitiva: es la capacidad de conocer a través de los sentidos y el pensamiento.

8.2. FORMAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL HOGAR

- Seleccione un ambiente tranquilo y seguro para desarrollar las actividades.
- El momento ideal para estimularles es cuando están despiertos y tranquilos.
- Participen ambos padres o aquellas personas encargadas del cuidado diario en la estimulación de los niños.
- Háblele en todo momento, mírelo a la cara para que sienta que tiene su atención.
- Colóquele cosas para mirar como objetos brillantes, que se muevan, que cuelguen, de diversos materiales y formas.
- Ofrézcale cosas para sentir y sostener. Al inicio puede colocarlo sobre una colcha o manta, cambiarlo de posición para que sienta su propio cuerpo y toque su manta, y luego, a medida que vaya logrando sostener, se le pueden ir cambiando los objetos.
- Permítale comer con sus manos, sostener su taza, tomar trozos de comida pequeños.
- No se moleste si su niño juega arrojando cosas, es cuando comprende que pueden soltar los objetos. Practique tirando la pelota.

- Realice ejercicios diariamente o por lo menos tres veces a la semana de movimientos repetitivos de piernas, brazos, cabeza, hombros y manos, mínimo de cinco veces.
- Premie o festeje los resultados obtenidos o progresos en el desarrollo del menor.
- Evite forzar su respuesta si no quiere hacer una determinada actividad.
- Para realizar las actividades de estimulación debe dejar pasar 30 minutos después de comer.
- Aproveche las actividades diarias como la alimentación, el baño, el juego, el vestirle para hacer los ejercicios o actividades de estimulación.
- Se debe minimizar el tiempo que pasan sentados o sujetos en sillas o carritos, o sedentarismo prolongado en los menores de 2 años, cuando están despiertos, a menos de 1 hora seguida. A su vez, se debe evitar que pasen tiempo (no más de 2 horas) delante de pantallas de televisión, computador, teléfonos móviles, tabletas, otros.

8.3. LA ACTIVIDAD FÍSICA PARTE DEL DESARROLLO INFANTIL

- Participe con el bebé todos los días en juegos adecuados a su desarrollo.
- Asegure diariamente tiempo para que el menor se mueva libremente como saltar, caminar y empujar cosas, lanzar pelotas y bailar con música. Ayudan a los niños a liberar su energía y a su vez que exploren el mundo a su alrededor, su ambiente, mirar alrededor y dentro de objetos de manera supervisada, apropiadas a su edad y seguras, lo cual ayudará con su desarrollo motriz.
- Motive al menor a arrastrarse, gatear, caminar, correr, saltar, bailar, atrapar, según la etapa de desarrollo del menor.
- Promueva que realice actividades estructuradas guiadas por algún adulto y actividades no estructuradas como juegos recreativos al aire libre o en áreas cerradas en familia o con otros niños, donde pueda jugar libremente y con seguridad. A medida que los niños

crecen es necesario ir aumentando gradualmente la intensidad de las actividades.

- Diviértase con el niño jugando, caminando, bailando, saltando o a través de cualquier otra actividad que genere que el niño realice movimientos por sí mismo. Siempre supervise estas actividades.
- Acompañe las actividades o ejercicios con música, canciones, rimas y juegos.
- Diseñe o confeccione sus propios instrumentos para los ejercicios.
- Para los menores de 2 años que ya caminan se debe promover que sean físicamente activos durante al menos 180 minutos al día (3 horas) distribuidos a lo largo del día.
- Los equipos que limitan o controlan los movimientos del niño, como los asientos para el automóvil, sillas altas para comer, cunas, corralitos y coches deben usarse sólo para lo que fueron diseñados (seguridad, transporte, comer, dormir) y no simplemente para confinar al niño a un espacio.

8.4. TIEMPO FRENTE A PANTALLA

- Limite el tiempo que los menores pasan frente a las pantallas, ya que impiden que estén físicamente activos, como también que coma adecuadamente.
- Evite que estén frente al TV u otro tipo de pantallas durante las comidas, ni una hora antes de acostarse.
- Supervise el tipo y tiempo de la comunicación que mantenga el menor con otros familiares que están lejos de casa.
- Seleccione y use junto al niño los medios digitales que serán usados por el menor, los cuales debe ser programas y aplicaciones de alta calidad. Evitar que el niño utilice los medios digitales por sí solo.
- Evite usar los medios digitales como medio para calmar al niño.
- Evite tener pantallas en las habitaciones, a la hora de la comida y a la hora destinada para jugar.
- Evite exponer a los niños a aplicaciones con mensajes publicitarios y/o insalubres o que no promuevan estilos de vida saludables.
- Todo cuidador debe ser un buen ejemplo para el niño en lo relacionado al uso de los medios digitales o de pantalla, especialmente en los momentos cuando se debe aprovechar la interacción con su niño.

8.5. TIEMPO DE SUEÑO

- Establezca una rutina consistente de sueño y descanso en el menor y del cuidador. Tener horarios regulares puede ayudar a los bebés a ser menos exigentes y desarrollar patrones de sueños.
- Esté alerta a los tiempos de transición del menor según su etapa, las cuales pueden afectar su patrón del sueño, como el periodo de dentición que puede ser un problema temporal que puede afectar el sueño y la alimentación del menor.
- De los 12 a los 24 meses, los niños duermen entre 11 a 14 horas al día, incluyendo la noche y las siestas. En este punto, los niños deben ser capaces de dormir durante toda la noche. Los niños que duermen lo suficiente tienen mayor probabilidad de comer y crecer sanos.

Referencias consultadas

1. American Academy of Pediatrics, American Public Health Association NRC for, Health and Safety in Child Care and Early Education. Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs, Third Edition [Internet]. 3rd ed. Elk Grove, Village I, editors. 2011. 579 p. Disponible en: http://www.healthybeveragesinchildcare.org/resources/CaringForOurChildren_NationalHealthandSafetyStandards.2011.pdf
2. Asamblea Legislativa. Ley 50 del 23 de noviembre de 1995. Por la cual se protege y fomenta La Lactancia Materna en Panamá, 1995 [Internet]. Panamá; 1995. p. 23. Disponible en: <http://www.organojudicial.gob.pa/cendoj/wp-content/blogs.dir/cendoj/ley-50-de-1995-nov-27-1995.pdf>
3. Benedict F, Bernard C. El desarrollo del niño en la primera infancia: echar los cimientos del aprendizaje, informe temático [Internet]. Francia; 1999 [cited 2018 Feb 4]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116350so.pdf>
4. Birch L, Ammerman A, Beech B, Benjamin S, Branen L, Britt D, et al. Early Childhood Obesity Prevention Policies The Importance of Early Assessment of Risk [Internet]. Washington; 2011 [cited 2018 Feb 2]. Available from: http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report_Files/2011/Early-Childhood-Obesity-Prevention-Policies/Young_Child_Obesity_2011_Report_Brief.pdf
5. Black MM, Aboud FE. Responsive Feeding Is Embedded in a Theoretical Framework of Responsive Parenting1–3. *J Nutr.* 2011 Mar 1;141(3):490–4.
6. Castillo-Durán C, Balboa C P, Torrejón S C, Bascuñán G K, Uauy D R. Alimentación normal del niño menor de 2 años: Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría 2013. *Rev Chil pediatría.* Sociedad Chilena de Pediatría; 2013 Oct;84(5):565–572.

7. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ejercicios de Estimulación Temprana [Internet]. México; 2016. p. 12. Disponible en: <http://files.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf>
8. Comisión Nacional para el fomento de la lactancia materna., UNICEF, INCAP, OPS-OMS. Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. Folleto. Panamá; p. 4.
9. Contraloría General de la República. Panamá Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2013 Resultados principales [Internet]. Panamá; 2014. Disponible en: https://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/MICS_FINAL.pdf
10. Daza W, Dadán S. Alimentación complementaria en el primer año de vida. In: Curso continuo de actualización en Pediatría CCAP volumen 8 número 4 [Internet]. Bogotá; 2009. p. 27. Disponible en: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_complementaria_1ano_vida.pdf
11. Dixon B, Pena M-M, Taveras EM. Lifecourse Approach to Racial/Ethnic Disparities in Childhood Obesity. *Adv Nutr An Int Rev J.* 2012;3:73–82.
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud. Lactancia promoción y apoyo en un Hospital Amigo del Niño. In: Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral [Internet]. Washington, D.C.; 2008 [cited 2018 Feb 2]. p. 1–273. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_training-course_s3_es.pdf?ua=1
13. Frewtrell L, Kaufmann R, Kay D, Enanoria W, Haller L, Colford J. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce. *Lancet Infect Dis.* 2005;5:42–52.
14. Gaitán C D, Olivares G M, Arredondo O M, Pizarro A F. Biodisponibilidad de hierro en humanos. *Rev Chil Nutr. Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología;* 2006 Aug;33(2):142–8.
15. González E, de Caballero E, De León J, Barba A, Sinisterra O. Monitoreo Nutricional en las Instalaciones de Salud del MINSA [Internet]. Panamá; 2014 [cited 2018 Feb 2]. Disponible en: <http://190.34.154.88/procedimientos/ProgramaNutricion/Estudios e Investigaciones en Nutrición/Informe Monitoreo Nutricional 2014.pdf>

16. González E, de Caballero Eira, Caballero Dalba, Eysseric J, Sinisterra O, Fontes F, et al. VII censo de talla de escolares de primer grado de las escuelas oficiales, Panamá 2013 [Internet]. Panamá; 2013 [cited 2018 Feb 2]. Disponible en: <http://190.34.154.88/procedimientos/ProgramaNutricion/Estudios e Investigaciones en Nutrición/Censo de Talla 2014.pdf>
17. González Urrutia R. Biodisponibilidad del hierro. *Rev Costarric Salud Pública*. 2005;14 (Cdc):1–10.
18. Goodway J, Getchell N, Raynes D, National Association for Sport and Physical Education. *Active start : a statement of physical activity guidelines for children from birth to age 5*. 2nd ed. National Association for Sport and Physical Education; 2009. 48 p.
19. Hamner H, Perrine C, Scanlon K. Usual Intake of Key Minerals among Children in the Second Year of Life, NHANES 2003–2012. *Nutrients*. 2016 Jul 30; 8(8):468.
20. Institute of Medicine of the National Academies. *Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate* [Internet]. Washington, D.C: National Academies Press; 2005. 638 p. Disponible en: <https://www.nap.edu/read/10925/chapter/8#282>
21. Jiménez S, Pineda S, Sánchez R, Rodríguez A, Domínguez Y. *Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad, Documento técnico para los equipos de Salud*. [Internet]. Habana; 2009 [cited 2018 Feb 2]. 80 p. Disponible en: <http://files.sld.cu/puericultura/files/2011/02/guías20alimentarias202.pdf>
22. Jiménez S, Sánchez R, Pineda S. *Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad. Folleto*. Habana; 2011.
23. León-Cava N. *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia* [Internet]. Washington, D.C: Programa de Alimentación y Nutrición (HPN); Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2002 [cited 2018 Feb 2]. 184 p. Disponible en: <http://www.lactaria.org/images/materiales/cuantifi.pdf>
24. Machado K. *Alimentación complementaria: perceptiva y preventiva*. *Rev Gastrohup*. 2013;15(2):36–44.
25. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. *Krause Dietoterapia*. Elsevier Health Sciences Spain; 2012. 1263 p.

26. Ministerio de Salud de Brasil. Guías alimentarias para la población Brasileña [Internet]. segunda. Brasil; 2015 [cited 2018 Feb 2]. 152 p. Disponible en: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentaria_poblacion_brasilena.pdf
27. Ministerio de Salud de Chile, UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. In: Shellhorn C, Valdés V, editors. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud [Internet]. Chile; 1995 [cited 2018 Feb 4]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod 1beneficios manual.pdf>
28. Ministerio de Salud de Chile. Guía de alimentación del niño (a) menor de 2 años [Internet]. cuarta. Chile; 2015 [cited 2018 Feb 2]. 55 p. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf>
29. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Lactancia Materna [Internet]. segunda. Chile; 2010 [cited 2018 Feb 2]. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/manual_lactancia_materna.pdf
30. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. Guías Alimentarias para la población Infantil. Consideraciones para los equipos de salud [Internet]. Buenos Aires; 2010. 71 p. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000319cnt-A04-guias-alimentarias-pob-inf-equipos.pdf>
31. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. Guías alimentarias para la población Argentina [Internet]. Buenos Aires; 2013 [cited 2018 Feb 2]. 262 p. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04_Guia_Alimentaria_completa_web.pdf
32. Ministerio de Salud de Panamá. Alimentación Diaria Recomendada para Panamá. Panamá; 2014
33. Ministerio de Salud de Panamá. Análisis de situación de Salud [Internet]. Panamá; 2015. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_2015.pdf
34. Ministerio de Salud de Panamá. Guía para la atención integral de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 9 años de edad. Panamá [Internet]. Panamá; 2013 [cited 2018 Feb 2]. 320 p. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/normatividad/guia_integral_0.pdf

35. Ministerio de Salud de Panamá. Guías Alimentarias para Panamá [Internet]. segunda. Panamá; 2014 [cited 2018 Feb 2]. 16 p. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/destacado/2-guias_alimentarias_documento_final.pdf
36. Ministerio de Salud de Panamá. Norma para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá. [Internet]. Panamá; 2016 [cited 2018 May 8]. p. 133. Disponible en: http://www.pasca.org/userfiles/Normas_TARV_Panama_version_final.pdf
37. Ministerio de Salud de Panamá. Resolución N° 1319 del 21 de noviembre de 2017, Que adopta la norma integral de prevención y control de las deficiencias de micronutrientes. [Internet]. Panamá; 2017. p. 6–36. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28429/GacetaNo_28429_20171220.pdf
38. Ministerio de Salud de Paraguay. Guía alimentarias para la población Paraguaya. [Internet]. Uruguay; 2016 [cited 2018 Feb 2]. 101 p. Disponible en: http://msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MS_guia_web.pdf
39. Ministerio de Salud Panamá. Resuelto N° 0521 del 14 de junio de 2011. Documento capacitación e higiene para la manipulación de alimentos, guía metodológica y práctica [Internet]. Panamá; 2011. p. 6–48. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/26849/GacetaNo_26849_20110812.pdf
40. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Normas y protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años [Internet]. Ecuador; 2013 [cited 2018 Feb 2]. 48 p. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf
41. Ministerio de Salud Pública de Paraguay. Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años del Paraguay. Paraguay; 2012.
42. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y Protocolos para el Manejo de Bancos de Leche Humana y para la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. FAO [Internet]. Ecuador; 2010 [cited 2018 Feb 2];127. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/LACTANCIA_MATERNA_NIV-EL_HOSPITALARIO.pdf

43. Ministerio de Salud Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS [Internet]. Madrid; 2015 [cited 2018 Feb 2]. 27 p. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
44. Morales Puebla JM, María E, Sánchez M, Ángel M, García C. Fisiología del gusto. In: Virtual de Formación en Otorrinolaringología Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial [Internet]. España; [cited 2018 Feb 2]. p. 1–8. Disponible en: [http://seorl.net/PDF/Cavidad oral faringe esofago/069 - FISIOLÓGÍA DEL GUSTO.pdf](http://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/069%20-%20FISIOLOGÍA%20DEL%20GUSTO.pdf)
45. National Academies of Sciences, Engineering and M. Review of WIC Food Packages: Proposed framework for revisions: interim report [Internet]. Rasmussen KM, Latulippe ME, Yaktine AL, editors. Washington, DC; 2016 [cited 2018 Feb 4]. 570 p. Disponible en: <https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/ops/IOMWICFoodPkg-Revisions-InterimReport.pdf>
46. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011–2012. JAMA. 2014 Feb 26;311(8):806.
47. Olivares G M, Walter K T. Consecuencias de la deficiencia de hierro. Rev Chil Nutr [Internet]. Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología; 2003 Dec;30(3):226–33.
48. Olivares M, Arredondo M, Pizarro F. Hierro. In: Tratado de Nutrición. segunda. España: Médica-Panamericana; 2010. p. 669–86.
49. Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Codex alimentarius: Higiene de alimentos [Internet]. Roma, Italia; 2009. 143 p. Disponible en: [http://www.intercalidad.com.ec/higiene alimentos 4 edicion codex_2009.pdf](http://www.intercalidad.com.ec/higiene_alimentos_4_edicion_codex_2009.pdf)
50. Organización Mundial De La Salud. Estrategia l Mundial para para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. [Internet]. Ginebra; 2003 [cited 2018 Feb 2]. 1-30 p. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42695/1/9243562215.pdf>

51. Organización Mundial de la Salud. Plan Integral de Aplicación sobre Nutrición Materna del Lactante y Niño Pequeño [Internet]. Ginebra; 2014 [cited 2018 Feb 2]. 1-22 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130456/1/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf
52. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Celebrando 100 años de salud [Internet]. Washington DC; 2003 [cited 2018 Feb 2]. 1-37 p. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf
53. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Internet]. Washington, D.C; 2010 [cited 2018 Feb 2]. 1-108 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf
54. Órgano Ejecutivo, Ministerio de Salud. Decreto Ejecutivo 1457 del 30 de octubre de 2012. Que reglamenta la ley N° 50 de 23 de noviembre de 1995 [Internet]. Panamá; 2012. p. 12–52. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27156/Gaceta-No_27156_20121102.pdf
55. Osorno J, Hernández A. Consejería en lactancia materna. Curso de Capacitación Manual del Participante [Internet]. Argentina; 2007 [cited 2018 Feb 2]. 1-146 p. Disponible en: https://www.unicef.org/elsalvador/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf
56. Pérez-Escamill R, Segura-Pérez S, Lott M. Guías de alimentación para niñas y niños menores de dos años: Un enfoque de crianza perceptiva [Internet]. Durham, NC: Healthy Eating Research; 2017 [cited 2018 Feb 2]. 1-69 p. Disponible en: http://healthyeatingresearch.org/wpcontent/uploads/2017/10/GuiaResponsiva_Final.pdf
57. Pizarro F, Calvo DE. El significado a mediano y largo plazo de la deficiencia de hierro y zinc durante los primeros dos años de vida, para asegurar un buen crecimiento temprano. In [cited 2018 Feb 2]. p. 49–69. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050833/pizarro.pdf>
58. Primer Consenso Centroamericano de Alimentación en el Primer Año de Vida [Internet]. [cited 2018 Feb 2]. Disponible en: <http://lugaresdeguatemala.com/andeguat/wp-content/uploads/2015/02/I-Consenso-Centroamericano-Alimentación-en-el-Primer-Año-de-Vida.pdf>

59. Roundtable on Obesity Solutions, Food and Nutrition Board, Health and Medicine Division, National Academies of Sciences, Engineering and M. Obesity in the Early Childhood Years [Internet]. Olson S, editor. Washington, D.C.: National Academies Press; 2016 [cited 2018 Feb 4]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/23445>
60. Story M, Fox T, Corbett A. Recommendations for Healthier Beverages [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 2]. Disponible en: <http://healthy-eatingresearch.org/wp-content/uploads/2013/12/HER-Healthier-Bev-Rec-FINAL-3-25-13.pdf>
61. Trenchi N. Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad [Internet]. Primera. Montevideo; 2011. 144 p. Disponible en: http://files.unicef.org/uruguay/spanish/guia_crianza.pdf.
62. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, Van Horn L V, Feig DI, Anderson CAM, et al. Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. American Heart Association, Inc.; 2017 May 9 [cited 2018 Feb 4]; 135(19):e1017–34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27550974>
63. World Health Organization. Archived: Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers [Internet]. World Health Organization, editor. WHO. World Health Organization; 2001 [cited 2018 Feb 4]. 1-114 p. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en/
64. World Health Organization. Ending Childhood Obesity Report of the Commission on [Internet]. Geneva; 2016 [cited 2018 Feb 4]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?
65. Xu H, Wen LM, Hardy LL, Rissel C. A 5-year longitudinal analysis of modifiable predictors for outdoor play and screen-time of 2-to 5-year-olds. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2016; 13.

Anexos

ALIMENTACIÓN DE LA MADRE LACTANTE

Toda madre durante el periodo de lactancia debe mantener una alimentación saludable, ya que esta influye en la composición y calidad de la leche materna, en cuanto a ácidos grasos y de algunas vitaminas y minerales, por lo que debe tener presente que debe consumir alimentos de todos los grupos en cantidades adecuadas.

Cantidad de alimentos que debe comer la madre lactante al día

TIPO DE ALIMENTO	FRECUENCIA	CANTIDAD
Arroz o pasta	Diariamente	1 y ½ taza (3 cucharones)
Menestras	Mínimo 3 veces por semana	1 taza (3-4 cucharones)
Pan o tortilla o bollo o cereales, verduras o plátano o papa	Diariamente	6 rebanadas o 3 unidades o 1 ½ taza
Frutas	Diariamente	4 porciones
Vegetales	Diariamente	1 y ½ taza
Pollo o pavo Pescado o tuna o sardina Carne de res o puerco liso	3-4 veces por semana 2-3 veces por semana 1 vez a la semana	5 onzas (1-2 presas)
Huevo	Mínimo 3 veces por semana	1 unidad
Lácteos (leche, yogurt)	Diariamente	3 vasos
Azúcar	Diariamente	8 cdtas.
Grasas	Diariamente	4 cdtas.

Fuente: Alimentación Diaria Recomendada para Panamá. MINSA 2014.



¿Qué necesita la madre lactante para aumentar la producción de leche?

Facilitar la succión frecuentemente (ofrecer el pecho al menor) a libre demanda, tomar abundante agua y cada vez que amamanta.

Ejemplo de menú para madre lactante

Tiempo de comida	Tipos de alimentos
Desayuno	1 taza de avena con $\frac{1}{2}$ taza de leche evaporada 2 rebanadas de pan 1 huevo revuelto con vegetales 1 rebanada de queso 1 rebanada de piña
Merienda	1 naranja
Almuerzo	Sopa de pollo (1 mustlo) 1 $\frac{1}{2}$ taza de verduras picadas (maíz, zapallo, yuca, plátano) 1 taza de zanahoria y chayote $\frac{1}{2}$ taza de arroz
Merienda	1 pera
Cena	1 taza de arroz 2/3 tazas de frijoles 1 bistec pequeño $\frac{1}{2}$ taza de vegetales con 2 cucharadas de aceite
Merienda	1 batido (1 taza de leche + $\frac{1}{2}$ guineo)

Documento Técnico de las
Guías Alimentarias
para los menores de **2** años de Panamá

Con la colaboración de



Organización de las Naciones
Unidas para la Alimentación
y la Agricultura