



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

“Análisis de métodos de alimentación
complementaria y estado nutricional en niños de 6 a
24 meses en la ciudad de Gualeguay, Entre Ríos”.

Tesista: Agustina Gomez

Título a obtener: Licenciada En Nutrición

Licenciatura en Nutrición

Noviembre, 2024

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

*A mamá y papá que me apoyaron siempre y me dieron todo para estar donde estoy;
a Benja que estuvo a mi lado acompañándome en días y noches de estudio;
a Facu que camina a mi lado y me motiva a ir por más;
a mi abuela, por todas las velitas que prendió por mi antes de rendir cada examen;
y a toda mi familia que me esperaba los fines de regreso para darme un abrazo y
recargar energías para aguantar estar lejos un poquito más.*

A todos ellos, gracias.

RESUMEN

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante y, por tanto, se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

Hoy en día se evidencia que las prácticas alimentarias en los lactantes son indicadores esenciales para el reflejo del estado nutricional durante su desarrollo.

El **objetivo** del presente trabajo fue, analizar los métodos de alimentación complementaria y estado nutricional que prevalece en niños de 6 a 24 meses en la ciudad de Gualeguay, Entre Ríos. Para ello, se realizó un **estudio** transversal, descriptivo que constó de dos partes. Una de ellas, aplicada a 27 niños de entre 6-24 meses a los que se les evaluó peso y talla, mientras que la otra estuvo orientada a una población de 27 madres en formato de encuesta.

Se utilizaron tablas de crecimiento de la OMS como referencia para determinar el estado nutricional, así como también recomendaciones de la SAP y OMS para alimentación complementaria.

Como resultado de este estudio, se obtuvo que el método de alimentación complementaria mas utilizado entre la población estudiada fue el Baby led Weaning, y el estado nutricional predominante según las gráficas de la OMS fue “normal”.

Palabras clave: alimentación complementaria, métodos de alimentación complementaria, estado nutricional.

INDICE

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
INDICE	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Lactancia y alimentación complementaria	7
2.2 Características de la alimentación complementaria	11
2.3 Objetivos de la alimentación complementaria	12
2.4 Métodos de alimentación complementaria	12
2.4.1 El método tradicional.....	12
2.4.2 El método Baby led Weaning.....	13
2.4.3 El método Baby led introduction to solids (BLISS)	14
2.5 Ventajas y desventajas de cada método.....	15
2.6 ¿Cuándo comenzar?	18
2.6.1 Pautas madurativas en niños de 0 a 24 meses:	19
2.6.2 ¿Cuáles son los riesgos de la introducción temprana y tardía?	21
2.6.2.(1) Riesgos asociados a la introducción temprana de alimentos	21
2.6.2.(2) Riesgos asociados a la introducción tardía de alimentos	21
2.7 ¿En qué cantidad?	22
2.8 ¿En qué orden?	23
2.9 Incorporación de sal	26
2.10 Necesidades energéticas.....	26
2.11 Requerimientos de macronutrientes.....	27
2.11.1 Proteínas	27
2.11.2 Hidratos de carbono	28
2.11.3 Grasas	29
2.12 Requerimiento de agua	30
2.13 Alimentos potencialmente alergénicos	32
2.14 Precauciones con ciertos alimentos.....	33
2.15 Estado nutricional	35
2.16 PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO.....	37
2.17 Recomendaciones OMS	40
2.18 Recomendaciones SAP	41

3	ANTECEDENTES	44
4	PLANTEO DEL PROBLEMA	46
5	JUSTIFICACIÓN	47
6	HIPÓTESIS.....	49
7	OBJETIVOS	50
	7.1 Objetivo general:.....	50
	7.2 Objetivos específicos:	50
8	MATERIAL Y MÉTODOS	51
	8.1 Materiales	51
	8.2 Población y muestra.....	51
	8.3 Criterios de inclusión	51
	8.4 Criterios de exclusión	51
	8.5 Operacionalización de las variables	52
	8.6 Métodos y técnicas utilizadas:.....	53
9	TRABAJO DE CAMPO	58
10	CONCLUSIÓN	72
11	BIBLIOGRAFÍA.....	74
12	ANEXOS	79

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), el lactante necesita el aporte de otros nutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales luego de los seis meses. Es por ello, que la madre se le considera el pilar fundamental para llevar a cabo una alimentación complementaria adecuada, ya que, si la misma desconoce cómo realizar y ofrecer una correcta alimentación, podría ocasionar graves problemas nutricionales en el lactante, siendo los más conocidos, la desnutrición en cualquiera de sus escalas (global, aguda o crónica).¹ Hoy en día se evidencia que las prácticas alimentarias en los lactantes son indicadores esenciales para el reflejo del estado nutricional durante su desarrollo¹.

También, la Organización Mundial de la Salud (OMS), explica que la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante y, por tanto, se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. Se recomienda que esta introducción de alimentos inicie después de los 6 meses de edad y que además sea de forma gradual y paulatina.² El hecho de que este proceso tenga lugar posterior a los 6 meses de edad está relacionado con el desarrollo fisiológico del organismo del infante, ya que se requiere cierto grado de madurez del sistema gastrointestinal, inmune, renal y neurológico. Es importante resaltar que la edad mencionada es el punto de partida; se requiere evaluar de manera individual si el niño está preparado para iniciar el proceso, pues cada niño va a su propio ritmo.²

La AC (alimentación complementaria) es un tema de relevancia ya que en los últimos años se han incorporado nuevos métodos para comenzar a alimentar a los niños.

Tradicionalmente, el método de introducción a la alimentación complementaria más utilizado era aquel que comienza con un periodo de alimentación triturada/papillas. Sin embargo, en los últimos años, se han desarrollado nuevas tendencias y / o formas de ofrecer al bebe su alimentación complementaria, denominados como Baby Led Weaning (BLW) que consta en ofrecer alimentos que el niño pueda tomar con su mano y llevar a su boca, y Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) que destaca específicamente la importancia de introducir alimentos complementarios ricos en hierro y en energía y evitar alimentos que puedan constituir un peligro de asfixia.^{5,17,29}

En resumen, la alimentación los primeros años de vida es crucial para un desarrollo óptimo del niño en muchos aspectos. Es por esto que resulta importante indagar sobre los

diferentes métodos aplicados. Sobre todo, es relevante analizar los métodos de alimentación complementaria y el estado nutricional que prevalece entre los niños de 6 a 24 meses de la ciudad de Gualeguay, Entre Ríos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Lactancia y alimentación complementaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS), explica que la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante y, por tanto, se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.² El concepto de alimentación complementaria es reciente, y está fundamentado en la introducción de alimentos líquidos o sólidos que complementen la lactancia materna, sin sustituirla o eliminarla.¹³

Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años, o más tarde.¹⁴

La OMS y el UNICEF recomiendan que los niños inicien la lactancia materna en la primera hora del nacimiento y sean amamantados exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida, lo cual significa que no se les proporcionan otros alimentos ni líquidos, ni siquiera agua.²

Los bebés deben ser amamantados bajo demanda, es decir, tan a menudo como el niño quiera, día y noche. No se deben usar biberones, tetinas ni chupetes.²

La recomendación de amamantar exclusivamente durante 6 meses se aplica a todas las poblaciones. Sin embargo, algunas madres no podrán hacerlo o decidirán no hacerlo, y deben ser apoyadas para que brinden una óptima nutrición a sus infantes.

La OMS promueve activamente la lactancia materna como la mejor fuente de alimentación para lactantes menores y mayores, y está procurando aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses hasta al menos el 50 % de aquí al año 2025.²

Se reconoce que el término lactancia materna por sí solo es insuficiente para describir los numerosos tipos de lactancia. Por esto OMS y UNICEF desarrollaron un conjunto de

definiciones que permiten unificar la terminología para la recolección de información sobre la lactancia.

Tabla 1. Clasificación lactancia materna (OMS)

LACTANCIA MATERNA COMPLETA El lactante es alimentado exclusiva o predominantemente a pecho. LACTANCIA MATERNA PARCIAL	Lactancia Materna Exclusiva: el lactante no recibe ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales.
	Lactancia materna predominante: el niño es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como el té.
	El niño es amamantado algunas veces y otras recibe alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos.

Extraído de: OMS. “Alimentación del lactante y del niño pequeño” Organización Mundial de la Salud.²

A partir de los 6 meses de edad, los niños deben comenzar a comer alimentos complementarios seguros y adecuados mientras continúan amamantando hasta por 2 años o más.²

Beneficios de la lactancia materna

Para la madre:

- Favorece el restablecimiento del vínculo madre-hijo.
- Refuerza la autoestima.
- Menor sangrado posparto.
- Menor riesgo subsiguiente de padecer anemias.
- Mayor espaciamiento entre embarazos (postergación de la primera ovulación posparto).
- Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico.
- Menor riesgo de depresión posparto.
- Más rápida recuperación física (rápida involución uterina posparto).
- Mayor practicidad para la alimentación nocturna, en viajes, etc.
- Ayuda a estilizar la silueta (utilizando la grasa de reserva posparto para producir leche).^{1,16,20}

Para el niño:

- Llega en forma estéril, a temperatura ideal.
- Permite la colonización apropiada del *Lactobacillus Bifidus* (en el intestino del niño la formación de ácido láctico impide la proliferación de bacterias patógenas).
- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Desarrollo de una personalidad más segura e independiente.
- Nutrición óptima, especialmente del SNC.
- Menor incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante del RN.
- Menor incidencia de desnutrición infantil.
- Menor incidencia de muerte súbita del lactante.
- Menor incidencia de infecciones y alergias respiratorias y digestivas. En varios estudios analizados, infantes no amamantados tenían un riesgo tres veces mayor de hospitalización por enfermedad severa respiratoria en comparación con quienes recibieron lactancia materna exclusiva al menos por cuatro meses.
- Menor incidencia de enfermedad celiaca.
- Menor incidencia de infecciones urinarias.
- Protección contra diabetes mellitus.
- Protección contra obesidad e hipercolesterolemia. Se ha demostrado que la leche materna contiene leptina de forma natural, que puede ser absorbida directamente en el lactante. Esta hormona actúa en los centros de control del peso corporal en el cerebro.
- Protección contra algunas formas de cáncer.
- Protección contra infecciones de oído medio en la primera infancia.
- Menor incidencia de problemas dentales u maloclusión.
- Asociación con inteligencia superior. La concentración de ácido siálico en el cerebro se ha ligado a la capacidad de aprendizaje en animales. La leche humana es una rica fuente de este ácido. En un estudio, la mayor concentración de ácido siálico en los niños amamantados se relacionó con un mayor potencial de desarrollo cerebral.
- Mejor reacción a las vacunas y mayor capacidad para defenderse más rápidamente de las enfermedades.
- Menor incidencia de maltrato infantil y abandono, por los lazos afectivos que se crean.
- No requiere suplemento vitamínico y mineral, ni agua u otros líquidos (pecho exclusivo).
- Menor incidencia de eczemas y otras afecciones de la piel. - Menor incidencia de enfermedades intestinales del adulto (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn).^{1,16,20}

Para la familia:

- Mejor desarrollo de la familia como célula social.
- Menor gasto en medicamentos, alimentos sustitutos, etc.
- Menor ausentismo laboral por enfermedades de los hijos.
- Mejor atención de los niños pequeños por mayor espaciamiento entre embarazos.
- Economía: el costo de alimentar a una madre que amamanta es sensiblemente inferior al de alimentar a un niño con fórmula infantil. Por otro lado, la alimentación con fórmula predispone a un exceso de enfermedad, que aumenta el costo del cuidado de salud.^{1,16,20}

Para la sociedad:

- Perspectivas de una sociedad más sana en el futuro.
- Ahorro de tiempo y combustible.
- Mayor bienestar por sentimientos de competencia familiar para la crianza de los hijos.
- Menor gasto en atención de patologías y posibilidad de reorientar fondos de Salud Pública hacia la prevención.
- Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral de los padres.
- Contribución al equilibrio ecológico.
- Disminución de la morbi-mortalidad infantil.
- Menor gasto por la adquisición de leches artificiales, tetinas y biberones.^{1,16,20}

Alimentación complementaria

Se denomina alimento complementario a aquellos alimentos y bebidas complementarias distintos de la leche materna o la fórmula (líquidos, semisólidos y sólidos) que se le dan a un bebé para aportar nutrientes y energía.²⁷

El sexto mes de vida de un lactante es la edad adecuada para comenzar con alimentación complementaria, recomendación de las distintas asociaciones internacionales, puesto que coinciden en que a esta edad sus condiciones de desarrollo biológico, motriz y neurológico facilitarán al menor a una mejor aceptación y adaptación de dicho proceso.¹⁸

La AC requiere de la maduración de los sistemas gastrointestinal, renal, neurológico e inmunológico del niño, los cuales permitirán establecer las recomendaciones para introducir de una forma segura los diferentes alimentos de acuerdo con su maduración biológica.¹⁶

Se considera que un bebé está preparado cuando adquiere las destrezas psicomotoras que permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos. Como cualquier otro hito del

desarrollo, no todos los niños lo van a adquirir al mismo tiempo, aunque en general estos cambios suelen ocurrir en torno al sexto mes.⁹

Para iniciar la alimentación complementaria se requiere: Presentar un interés activo por la comida, la desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua), ser capaz de agarrar comida con la mano y llevarla a la boca y mantener la postura de sedestación con apoyo.⁹

2.2 Características de la alimentación complementaria

La Alimentación complementaria debe cumplir con ciertas características. Debe ser oportuna, nutricionalmente adecuada, segura o inocua y perceptiva.¹⁶

Que sea oportuna significa que debe ser iniciada en el momento en que las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y a libre demanda, así como adecuarse al estado gastrointestinal, renal, neurológico e inmunológico del niño.¹⁶

Nutricionalmente adecuada significa que debe proveer la energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales con alimentos suficientes, balanceados, aceptados cultural, social y económicamente.¹⁶

Que sea segura o inocua significa que debe ser preparada, almacenada y servida de forma higiénica.¹⁶

Y que sea perceptiva quiere decir que debe ser brindada con afecto y paciencia, atendiendo las señales de apetito o de saciedad del niño, y que la frecuencia de las comidas y el método de alimentación deben ser adecuados según su edad.¹⁹ En esta se tienen en cuenta también aspectos psicosociales como el patrón del sueño, la actividad física, el tiempo de descanso y las técnicas para calmar al niño; los cuales afectan indirectamente al establecimiento de patrones alimentarios en la familia, repercutiendo finalmente en la ingesta calórica, peso y salud del niño. La alimentación perceptiva se basa en la idea de que una alimentación complementaria adecuada no sólo está relacionada con los alimentos que el niño come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién es la figura que lo alimenta.²³

La alimentación complementaria debe ser variada, incluyendo desde el inicio alimentos de todos los grupos y asegurándose que los 5 sabores básicos están presentes. Cuatro semanas después del inicio de la alimentación complementaria, deberán de haberse incorporado al menos 2 alimentos de cada grupo.¹⁸

2.3 Objetivos de la alimentación complementaria

Algunos de los objetivos principales de la alimentación complementaria son:

- Aportar energía, proteínas y micronutrientes esenciales que ya no se cubren únicamente con leche humana o fórmulas infantiles.
- Promover un crecimiento adecuado del niño y desarrollo del tracto digestivo, sistema neuromuscular y cognitivo; así como, de las estructuras orofaríngeas y de los procesos de masticación.
- Desarrollar hábitos y conductas de alimentación saludables.
- Enseñar al niño a distinguir sabores, olores, texturas y temperaturas, así mismo fomentar la aceptación de nuevos alimentos y su integración a la dieta familiar.
- Favorecer el desarrollo psicosocial y la interrelación correcta entre padres e hijos.
- Prevenir factores de riesgo para la aparición de alergia, malnutrición, hipertensión arterial y síndrome metabólico, entre otros.¹⁶

2.4 Métodos de alimentación complementaria

La adecuación del bebé a la alimentación complementaria no solo dependerá de la disponibilidad y diversidad de los alimentos en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación llevadas a cabo por los cuidadores principales. Actualmente coexisten diversos métodos para la implementación de la alimentación complementaria, los cuales presentan diferentes enfoques en cuanto a la forma de introducción de los alimentos en los niños.¹⁹

2.4.1 El método tradicional

Se caracteriza por la introducción progresiva, dejando un intervalo de tiempo entre alimento y alimento, en textura, papilla-puré, machacado, picados finos y trozos e introducción tardía de alimentos alergénicos hasta los 12 meses de edad.¹⁰

Es un método de alimentación guiada por el cuidador-adulto.

Se recomienda iniciar con un solo alimento a la vez, durante 2-3 días para vigilar su tolerancia. La introducción de alimentos sólidos triturados en papillas o purés, debe ofrecerse en taza o plato con cuchara y se va modificando progresivamente en textura, consistencia y cantidad de acuerdo con la edad, asegurando la progresión hacia una alimentación autorregulada cuando sea oportuno.¹⁶

Tradicionalmente, los bebés son introducidos por primera vez a los alimentos sólidos mediante la alimentación con cuchara de purés o papillas especialmente preparados, y los alimentos que toman los con "dedos" no forman parte de la dieta hasta más tarde en el período de alimentación complementaria (generalmente alrededor de 8 a 9 meses de edad). Más tarde, siguiendo la edad y el progreso del desarrollo del bebé, los alimentos ofrecidos cambian gradualmente hacia los alimentos familiares.²⁹

2.4.2 El método Baby led Weaning

El método Baby led Weaning (BLW) constituye un método alternativo al método tradicional de cuchara para la introducción de los alimentos durante la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, que consiste en que el mismo bebé escoja qué alimentos, de los ofrecidos por los padres, va a conducir con sus propias manos a su boca ya que no poseen la destreza manual en el uso de utensilios para alimentarse por sí solos. Estos alimentos deben tener una forma alargada y estrecha para que los lactantes puedan agarrar el alimento con mayor facilidad, así el lactante se convierte en un sujeto activo de su propia alimentación, sin olvidar que la lactancia materna y/o de fórmula sigue siendo a demanda y continúa siendo su principal alimento hasta los 12 meses de edad. También se anima a que el bebé se incluya en las comidas familiares.¹⁷

El método baby led weaning es también conocido como “alimentación guiada o autorregulada por el bebé”, y se ha convertido en los últimos 10-15 años en un método alternativo de alimentación complementaria, que omite por completo el enfoque tradicional, para promover la introducción de alimentos sólidos (trozos grandes y alargados), desde los 6 meses y la autoalimentación con las manos sin utensilios (plato, taza, cuchara).¹⁶

El “Baby Led-Weaning”, es un método de ofrecer alimentos que promueve la autoalimentación del bebé desde las primeras comidas, es decir desde los 6 meses de edad. Donde cada bebé se alimenta él mismo y toma los alimentos de su mano (tamaño del puño del bebé) en lugar de ser alimentados con cuchara por un adulto, compartiendo comidas

familiares y horarios de comidas. Es el bebé aquí quien “dirige” (decidiendo qué y cuánto) el proceso de cambio hacia una alimentación familiar, el que regula su ingesta, es el adulto el responsable de ofrecerte comida sana, segura y variada²⁹

La implementación del BLW empieza alrededor de los seis meses, a diferencia de una o dos semanas, cuando el lactante es capaz de sentarse erguido en la trona de forma independiente sin necesidad de ayudas de forma estable y erguida; el lactante debe haber perdido el reflejo de extrusión; manifiesta interés por la comida; mantiene una coordinación del eje ojo – mano – boca, visualiza alimentos y es capaz de cogerlos con las manos y llevárselos a la boca.¹⁷

El BLW alienta al bebé a tener el control de la cantidad ingerida y se sugiere que esto puede apoyar la capacidad de respuesta a las señales internas de hambre y saciedad, lo que lleva a una mejor autorregulación de la energía.

En estos casos, no se dispone de información sobre si los lactantes alimentados que utilizan este método obtienen suficientes nutrientes, como la energía y el hierro, o si consumen una gama más diversa de alimentos, lo que ha generado una preocupación importante entre pediatras de atención primaria y los propios padres. Estas cuestiones deben ser probadas idealmente en un ECA (ensayos controlados aleatorios). Recientemente y a partir de estas preocupaciones, se ha desarrollado una versión modificada del “Baby-led weaning” llamada “Baby-Led Weaning Introduction to Solids”, que destaca específicamente la importancia de introducir alimentos complementarios ricos en hierro y en energía y evitar alimentos que puedan constituir un peligro de asfixia.²⁹

2.4.3 El método Baby led introduction to solids (BLISS)

Es una versión del BLW modificada, también conocido como “introducción de sólidos guiado por el bebé”, el cual fue desarrollado con la finalidad de evitar las tres principales preocupaciones que son consideradas como desventajas del método BLW: riesgo de asfixia, aporte inadecuado de energía e inadecuado consumo de hierro.¹⁶

El método BLISS alienta a padres a continuar con el enfoque de introducción de alimentos complementarios dirigido por el bebé, pero con ciertas modificaciones para tratar estas preocupaciones. Así, este método resalta la importancia de ofrecer al bebé una mayor oferta y variedad de alimentos con alto contenido en hierro y energía, al igual que reducir

la cantidad de alimentos con alto riesgo de asfixia, como son: alimentos duros, pequeños, secos, con forma de moneda o alimentos que se deshagan en la boca.¹⁹

Para reducir el riesgo de asfixia el niño debe estar sentado en posición vertical y el cuidador debe probar los alimentos antes de ofrecerlos para asegurarse que sean suaves, de manera que se logre aplastar entre la lengua y el paladar. igualmente, los alimentos deben ser largos como el puño del niño, para que pueda agárralos con la mano y llevarlos a la boca por sí mismo. Nunca ofrecer alimentos duros que puedan ocasionar asfixia: vegetales (zanahoria cruda) frutas (manzana cruda) ni alimentos circulares o en forma de monedas como frutos secos (maní), uvas, etc.¹⁶

Características:

Se animará a los padres a ofrecer tres tipos de alimentos en cada comida:

1. Un alimento rico en hierro.
2. Un alimento rico en energía.
3. Un alimento como una fruta o verdura.

Texturas:

- a) Se debe probar los alimentos antes de ofrecerlos para asegurarse de que estén lo suficientemente blandos como para aplastarlos con la lengua en el paladar (o que sean lo suficientemente grandes y fibrosos como para que los trozos pequeños no se rompan al chuparlos y masticarlos, por ejemplo, tiras de carne).
- b) Evitar ofrecer alimentos que formen una miga en la boca.
- c) Asegurarse de que los alimentos ofrecidos sean al menos tan largos como el puño del niño, en al menos un lado de los alimentos.
- d) Asegurarse de que el bebé siempre esté sentado erguido cuando coma, nunca inclinado hacia atrás.
- e) Siempre un adulto debe estar con el niño cuando esté comiendo.
- f) Nunca ponga alimentos enteros en la boca del bebé; el bebé debe hacerlo a su propio ritmo y bajo su propio control.²⁹

2.5 Ventajas y desventajas de cada método

Ventajas del método tradicional:

-Su fácil preparación integrando distintos alimentos en un solo plato.

-La comodidad que supone dar de comer al pequeño con la cuchara, sin riesgo de que este se atragante con algún tropezón.

-La limpieza que dicho método aporta, ya que es el adulto el que controla la ingesta de alimentos del bebé.

-La tranquilidad de los padres o cuidadores de asegurarse que el niño se come todo lo que se ha preparado y por lo tanto va a estar bien nutrido y alimentado.²⁰

Desventajas del método tradicional:

-Puede cometerse el error de darle una gran cantidad de comida al bebé en un corto periodo de tiempo.

-El pequeño no desarrolla su autonomía a la hora de comer.

-El bebé no puede comer junto a su familia, debe hacerlo antes o después, ya que alguien le tiene que dar la papilla.

-No se le permite al bebé distinguir los diferentes alimentos y sus texturas.²⁰

Ventajas del BLW:

-Método natural y respetuoso con el desarrollo.

-Fomenta la seguridad en sí mismo, aprenden a gestionar los trozos de comida mejor que si se les da de comer en la boca.

-Favorece la actitud positiva hacia la comida.

-El disfrutar ya que no se recurre a persuadir, engañar u obligar al bebé a comer, sino que se respeta su ritmo, no se generan batallas ni ratos estresantes para el niño y la familia.

-Contribuye al desarrollo de la musculatura orofacial.⁵

Posibles riesgos:

-Ingesta baja en hierro es importante introducir alimentos ricos en este mineral desde los 6 meses.

-Atragantamiento si no tiene el control adecuado de los trozos de alimento que se le proporcionan. (Sin embargo, parece haberse demostrado con este método que, si los bebés

controlan lo que se llevan a la boca por ellos mismos, tienen menos riesgo de atragantarse que si son alimentados por una persona con una cuchara).

-No se recomienda para niños con trastornos neuromusculares, retraso en el desarrollo, lesiones cerebrales y otras condiciones médicas primarias y secundarias que afecten a la coordinación neuromuscular involucrada en el proceso de tragar.⁵

Beneficios del método BLISS:

-A demanda

El concepto de “alimentación complementaria dirigida por el bebé” se inicia después de los seis meses de lactancia materna exclusiva que recomienda la Organización Mundial de la Salud. Como hemos estado alimentando al bebé a demanda, este método de continuidad también es a demanda, con lo cual el bebé autorregula lo que su cuerpo necesita en cada comida.

-Alimentación variada

Con el método BLISS garantizamos una dieta equilibrada con alimentos sanos y variados y con diversos aportes nutritivos.

-Funciona por imitación

El bebé se sentará en la mesa en su trona, al lado del resto de la familia, y se sentirá un miembro más. Actuará por imitación, observando cómo comen los demás y aprendiendo de sus conductas.

-Lo mismo para todos

Otra de las ventajas es que no se tendrá que preparar una comida distinta para el bebé, comerá lo que toque ese día.

-Destete gradual

Con este método, el niño irá dejando la lactancia materna de una forma más natural y gradual.

-Mayor autonomía

Con el método Bliss, el bebé irá evolucionando exponencialmente en la forma de tomar los alimentos. No es un ser pasivo como pasa cuando le acercamos la cuchara de puré a la boca, sino que se convierte en sujeto activo y protagonista del acto de comer. Primero tomará los alimentos con el puño, luego con los dedos, mejorando su psicomotricidad

fina y, poco a poco, irá cogiendo los cubiertos y aprenderá a utilizarlos con más o menos destreza.

-Desarrollo del gusto

Al estar expuesto a alimentos diferentes con diferentes texturas, el niño desarrollará el gusto por diferentes sabores y aprenderá a masticar de forma temprana.²²

2.6 ¿Cuándo comenzar?

Hay evidencias científicas que el crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria precoz, antes de los seis meses; y los alimentos complementarios antes de los 6 meses tienden a desplazar la leche materna.²⁶

Luego de varias revisiones realizadas posteriormente y tomando en cuenta también lo expuesto por OMS en 2002, el comité de Nutrición en enero de 2017 concluye: ... “Se debe promover la lactancia materna exclusiva o completa durante al menos 4 meses (17 semanas, a partir del 5º mes de vida) y la lactancia materna exclusiva o predominante durante aproximadamente 6 meses (26 semanas, a partir del 7º mes) es un objetivo deseable. Los alimentos complementarios (sólidos y líquidos distintos de la leche materna o preparados para lactantes) no deben ser introducidos antes de los 4 meses, pero no deben retrasarse más de 6 meses...”.²

Desde el punto de vista energético, luego de los seis meses de edad, sabemos que es necesaria la incorporación de otros alimentos para cubrir las necesidades de los lactantes. La elección de cuándo comenzar no sólo tiene en cuenta los requerimientos nutricionales del niño, sino también, factores neurológicos, psicológicos, funcionales, inmunológicos, por ejemplo.

La información disponible sugiere que tanto su función renal como gastrointestinal son suficientemente maduras para metabolizar nutrientes desde los 4 meses de edad y que en gran medida la maduración gastrointestinal es impulsada por los alimentos ingeridos.¹⁵ Sin embargo, la Reunión de expertos de OMS/OPS concluyó que, si se espera hasta los seis meses para introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales.¹

Los distintos sistemas que intervienen en la nutrición (sistema digestivo, neurológico, renal, inmunológico) comienzan a desarrollarse tanto estructural como funcionalmente en el periodo fetal, pero no completan su maduración sino hasta los primeros años de

vida. Es importante para nosotros conocer esa evolución para forjar recomendaciones con evidencia, sobre la introducción de diferentes alimentos según la edad y momento biológico de cada uno de nuestros pacientes.²⁹

2.6.1 Pautas madurativas en niños de 0 a 24 meses:

Tabla 2. Reflejos y habilidades madurativas según edad

EDAD (MESES)	REFLEJOS Y HABILIDADES PRESENTES
0 - 6 meses	Búsqueda - succión – deglución Reflejo de protrusión de 1/3 medio de la lengua
4 - 7 meses	Aumento fuerza de succión Aparición de movimientos laterales Desaparece reflejo de profusión de la lengua Lleva objetos a su boca
7 - 12 meses	Chupa cucharita con los labios Mordisquea Movimientos laterales de la lengua y empuja comida hacia los dientes Buen control muscular
12 - 24 meses	Movimientos masticatorios rotatorios Estabilidad de la mandíbula Aprende a utilizar cubiertos

Extraído de: Lorenzo J, Díaz M. “Alimentación complementaria”. Curso avanzado de nutrición pediátrica y tratamiento dietético infanto-juvenil. 2ª ed. Academia Española de Nutrición y dietética; 2024.²⁹

Las habilidades requeridas para que un bebé acepte y trague los alimentos con seguridad de una cuchara con puré, suele aparecer durante el periodo de 4 a 6 meses, es allí donde el reflejo de protrusión comienza a desaparecer (el niño responderá empujando la cuchara hacia afuera hasta que este reflejo haya desaparecido); mientras que las habilidades requeridas para manejar alimentos gruesos (semisólidos) o autoalimentarse, aparecerá más cercano al año. Al 6º mes es capaz de mantenerse un tiempo sentado con ayuda y de pasar un objeto de una mano a otra. Luego de los 7 meses de edad, lleva objetos a su boca

y los chupa, por lo cual podría intentarse ofrecer alimentos que puedan ser manipulados por él (“finger foods”). Mordisquea y a través de movimientos laterales de la lengua es capaz de colocar la comida cerca de los dientes e intentar una masticación que todavía no es efectiva. Durante el segundo semestre evoluciona notablemente la pinza digital. A partir de los 9 meses, la mayoría de los bebés son capaces de alimentarse a sí mismos, beber de una taza usando las dos manos y comer alimentos familiares con algunas adaptaciones (cortadas en trozos picados y comidas de una cuchara, o como comida para los dedos). Hay algunas pruebas que sugieren que puede haber una ventana crítica para la introducción de alimentos sólidos grumosos y que la falta de introducción de estos alimentos en aproximadamente 9 a 10 meses de edad se asocia con un mayor riesgo de dificultades de alimentación y reducción del consumo de importantes grupos de alimentos tales como frutas y verduras más adelante. A partir de los 12 meses de vida, la aparición de movimientos masticatorios y rotatorios de la mandíbula permite la trituración de alimentos más sólidos como carnes y algunas frutas y verduras. Ya en el segundo año de vida, aprende a utilizar algunos cubiertos por sí solo.^{9,15,29}

Cuando se comienzan a dar alimentos semisólidos o purés, usualmente los niños los chupan o succionan de la cuchara, empujando los mismos con la lengua hacia afuera. Alrededor de los 5 meses de edad, aparecen movimientos de ascenso y descenso de la mandíbula. Estos movimientos permiten el consumo de alimentos semisólidos, como ser cereales o galletas caseras aún sin que hayan aparecido los dientes. Aquellos niños que consumen alimentos en trozos tamaño de un dedo del adulto (baby led weaning) los tomarán con la mano entera y lo chuparán e irán consumiéndolo de a poco. Es importante destacar, que los mismos sean blandos, es decir que al sujetarlos entre los dedos se aplasten, a fin de evitar el atragantamiento. Los movimientos laterales de la lengua, que empuja los alimentos hacia los molares, recién se hacen presentes alrededor de los 8-12 meses; los movimientos masticatorios rotatorios que permiten desmenuzar alimentos fibrosos, como carne, frutas y vegetales, no están presentes hasta los 12 - 18 meses de edad. Algunos estudios muestran cómo los niños sanos de 6 - 24 meses de edad, tienen la habilidad de consumir amplia variedad de texturas, alimentos viscosos, trozos blandos y purés. Sin embargo, los niños más pequeños requieren entre tres y cuatro veces más tiempo en consumir alimentos con mayor consistencia. Diversas pruebas dan nota de un período llamado “ventana crítica” o “período sensible” de tiempo para la incorporación de alimentos sólidos “grumosos”: si estos no se introducen antes de los 10 meses de edad,

es posible que su introducción más tardíamente se vea comprometida. Lo que está claro, es que la no incorporación oportuna de alimentos semisólidos puede producir dificultades en la aceptación de estos.^{9,15,29}

2.6.2 ¿Cuáles son los riesgos de la introducción temprana y tardía?

El inicio de la alimentación complementaria antes de las 17 semanas de edad o más allá de las 26 semanas pueden tener consecuencias negativas para la salud ya sean a corto o a largo plazo.

2.6.2.(1) Riesgos asociados a la introducción temprana de alimentos

A corto plazo:

- atragantamiento.
- incremento de infecciones gastrointestinales y respiratorias.
- interferencia de la biodisponibilidad del hierro y zinc de la leche humana.
- sustitución de la leche humana por otros alimentos.

A largo plazo:

- riesgo de obesidad.
- no se garantiza madurez inmunológica.
- riesgo de eccema atópico y alergia alimentaria.
- riesgo de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus tipo 1.
- mayor tasa de destete precoz con los riesgos que estos conllevan.
- daño renal por sobrecarga de solutos.
- introducción tardía.
- trastornos de la deglución.
- desnutrición y carencias nutricionales especialmente hierro y zinc.
- enfermedades con componente inmunológico: alergias e intolerancias.
- menor aceptación de texturas y sabores.
- riesgo de alteración de habilidades motoras orales.¹⁶

2.6.2.(2) Riesgos asociados a la introducción tardía de alimentos

- Carencias nutricionales, sobre todo de hierro y zinc.

- Aumento del riesgo de alergias e intolerancias alimentarias.
- Peor aceptación de nuevas texturas y sabores.
- Mayor posibilidad de alteración de las habilidades motoras orales.⁹

2.7 ¿En qué cantidad?

La recomendación es que la cantidad de alimentos ofrecidos debe basarse en los principios de alimentación perceptiva, asegurando una densidad energética y frecuencias de comidas adecuadas y correspondientes a la edad del niño.⁹

Tabla 3. Cantidad de comidas diarias según edad

A los 6 - 8 meses	2 a 3 comidas / día
A los 9 - 11 meses	3 a 4 comidas / día
A los 12 - 24 meses	4 a 5 comidas /día

Extraído de: Lorenzo J, Díaz M. “Alimentación complementaria”. Curso avanzado de nutrición pediátrica y tratamiento dietético infanto-juvenil. 2ª ed. Academia Española de Nutrición y dietética; 2024.²⁹

La alimentación complementaria óptima está relacionada con el qué se come, y también con el cómo, cuándo, dónde y quien alimenta al niño.³⁶

Existen evidencias que alentar al niño a comer, acompañarlo y ayudarlo mejora la ingesta de nutrientes.¹⁵ Estar tranquilos y en familia ayudará al niño a comer y a disfrutar.

Al igual que ocurre durante el periodo de LM exclusiva, durante el periodo de AC es igualmente importante respetar las señales de hambre y saciedad del lactante.⁹

Tabla 3. Señales de hambre y saciedad según edad

Edad	Señales de hambre	Señales de saciedad
Nacimiento hasta 5 meses	• Despierta y se sacude • Chupa el puño • Lloro o hace berrinche • Abre la boca cuando se le alimenta para indicar que quiere más	• Aprieta los labios • Voltea la cabeza • Disminuye o detiene la succión • Escupe el pezón o se queda dormido cuando está lleno
4 hasta 6 meses	• Lloro o hace berrinche • Sonríe, mira al cuidador, hace sonidos guturales mientras come para indicar que quiere más • Acerca la cabeza a la cuchara o intenta llevar la comida a la boca	• Disminuye velocidad de succión o deja de succionar cuando está lleno • Escupe el pezón • Voltea la cabeza • Puede distraerse o prestar más atención a su entorno
5 hasta 9 meses	• Quiere alcanzar la cuchara o la comida • Señala la comida	• Come más lento • Empuja la comida hacia afuera
8 hasta 11 meses	• Quiera alcanzar la comida • Señala la comida • Se emociona cuando ve comida	• Cierra la boca o escupe la comida
10 hasta 12 meses	• Expresa deseo por comida específica con palabras o sonidos	• Sacude la cabeza para decir "no más"
1 a 2 años	• Combina frases con gestos como "quiero eso" y señala • Puede llevar a los padres al refrigerador y señalar la comida o bebida que quiere	• Utiliza palabras como "acabé" y "bajar" • Juega con comida o lanza comida cuando está lleno

Extraído de: Comité de nutrición y lactancia materna de la AEP. "Manual de Nutrición". 1ª ed. Asociación Española de Pediatría. España: Lúa Ediciones; 2021.²⁵

2.8¿En qué orden?

Solía ser común que escuchemos algunas recomendaciones que indican, comenzar la alimentación complementaria, (o como decían anteriormente ablactación o período de destete, términos que han sido reemplazados por alimentación complementaria en la actualidad, teniendo en cuenta el objetivo de la misma), con purés amarillos de baja densidad energética y de nutrientes, basados en zapallo y zanahoria, papa o batata incorporada más tardíamente. No existe un respaldo científico que avale estas afirmaciones y es necesario educar para modificar este concepto.³⁶

Según el CODEX ALIMENTARIUS ³⁰ los "Alimentos destinados a los lactantes y a la primera infancia deberán reunir los siguientes requisitos":

- Solo podrán contener los componentes adecuados para la edad del niño a que están destinados;
- Las materias primas deberán satisfacer las máximas condiciones de calidad;

- Los productos terminados deberán estar exentos de hormonas, antibióticos y prácticamente libres de residuos de plaguicidas;
- No deberán contener sustancias colorantes artificiales, conservantes ni antioxidantes sintéticos;
- Podrán llevar el agregado de nutrientes en la cantidad requerida para cumplimentar las exigencias normales a la edad que están destinados.

No existe evidencia del momento óptimo para la introducción de determinados alimentos individuales, por lo que las recomendaciones varían según los países, lo que refleja los factores culturales y la disponibilidad de alimentos.²⁹

No existe un orden o esquema rígido para implementar alimentación complementaria. Hasta el momento no hay publicaciones oficiales sobre el orden de incorporación de alimentos. Esto se debe a que la alimentación complementaria depende en gran parte de las pautas culturales de la población, gustos y rechazos alimentarios de los niños, disponibilidad local de alimentos, por ejemplo. No se deben dar “instrucciones” rígidas. No hay alimentos mejores que otros para empezar, aunque se recomienda ofrecer de manera prioritaria alimentos ricos en hierro y zinc.^{29,36}

Tener en cuenta lo siguiente:

- Si brindamos papillas, éstas deben tener una consistencia semisólida y cierta viscosidad para evitar la saciedad temprana
- Si brindamos trozos de alimentos, éstos deben tener el tamaño adecuado y una consistencia semisólida; es decir, por un lado, que el tamaño sea semejante al dedo de un adulto y al agarrarlo debemos poder aplastarlo con los dedos, de manera que el niño pueda desmenuzarlo con sus encías.
- Alta densidad energética, proteínas animales o vegetales combinadas que aporten la cantidad diaria de aminoácidos necesarios para el crecimiento.
- Equilibrio en sus micronutrientes (adecuada densidad nutricional).^{29,36}

Esto se puede lograr si se combinan los tres grupos de alimentos:

Tabla 4. Alimentos fuente de macronutrientes

Alimentos		
Hidratos de carbono	Proteínas**	Grasas
Papa	Leche*	Aceites vegetales
Batata	Carnes	Frutos secos molidos
Harina de maíz	Huevos	Pasta de frutos secos
Zapallo, zanahoria, zapallito	Legumbres	Palta
Arroz		
Harina de trigo		
Cereales integrales		

* Leche humana, fórmula infantil, leche de vaca adaptada de acuerdo a la edad del niño.

** Recordar que para aquellos niños con patrón alimentario vegetariano el aporte diario de proteínas proveniente de la combinación de legumbres, cereales, vegetales, frutos secos son necesarios.

Extraído de: Lorenzo J, Díaz M. “Alimentación complementaria”. Curso avanzado de nutrición pediátrica y tratamiento dietético infanto-juvenil. 2ª ed. Academia Española de Nutrición y dietética; 2024.²⁹

Se deberá priorizar la consecución de una dieta acorde con la edad (tanto en número de tomas como en textura y tipo de alimentos) frente a la ganancia ponderal (que por otra parte suele ser la gran preocupación de los padres). Así, en menores de 6 meses se aconsejará inicialmente una alimentación a demanda, a ser posible de lactancia materna, hasta llegar a los 6 meses a una media de 6 tomas/día con un horario más regular. A los 6-12 meses el objetivo será conseguir 4-5 tomas diurnas con la eliminación progresiva de la alimentación nocturna, además de introducir nuevos alimentos, nuevas texturas (inicialmente triturados, y a partir de los 7-10 meses, sólidos troceados en pequeñas cantidades) y nuevos elementos (cuchara, vaso de aprendizaje...). A partir del año, el fin será obtener una dieta similar a la del adulto incorporando al niño a la mesa familiar, aconsejando 4-5 tomas diurnas en las que predomine la alimentación sólida que contenga todos los grupos de alimentos. Para llegar a estas dietas finales se harán cambios paulatinos desde la dieta inicial, adaptándonos al ritmo de aceptación y consecución de cada cambio por parte del niño y su familia.²⁵

2.9 Incorporación de sal

No es aconsejable la incorporación de sal durante la preparación de los alimentos. Los alimentos contienen sodio en su composición química y este es suficiente para cubrir con los requerimientos del lactante. Un excesivo consumo de este puede incrementar la carga renal de solutos que lleva al riñón para ser excretado.²⁹

No está comprobado aún si existe una relación entre consumo excesivo de sodio en la niñez e hipertensión en la vida adulta. No hay suficiente evidencia para establecer la edad de comienzo de las “sensibilidades dietéticas” en individuos hipertensos que son “sensibles a la dieta” (por ejemplo: sensibles al sodio).²⁹

La OMS desaconseja el agregado de sal en los alimentos complementarios y también desaconseja el consumo de aquellos alimentos con excesiva cantidad de sodio, como ser enlatados, embutidos, fiambres, caldos concentrados, sopas envasadas, productos de copetín.²

2.10 Necesidades energéticas

La cantidad de energía requerida por los lactantes al iniciar la AC se fundamenta en los resultados de los estudios en niños sanos, bien alimentados, nacidos a término y con peso adecuado, considerando variaciones de acuerdo con el tipo y cantidad de leche humana o fórmula infantil que puede consumir según la edad. Es importante resaltar que la leche humana continúa siendo una fuente fundamental de energía y nutrientes. aporta la mitad o más de las necesidades nutricionales de energía entre 6 a 12 meses de edad y un tercio entre 12 y 23 meses de edad.¹⁶

Las nuevas recomendaciones de National Research Council del Instituto de Medicina de Estado Unidos y FAO/OMS basan sus publicaciones sobre requerimiento energético estimado de acuerdo con el gasto energético medido por el método de agua doblemente marcada y la energía necesaria para el crecimiento.²⁸

El total de energía proveniente de los alimentos complementarios depende de la edad del niño y de la cantidad de leche humana consumida. De manera que, para determinar la cantidad de energía requerida por los alimentos complementarios se debe restar al

requerimiento del niño según su edad, el promedio de ingesta de energía proveniente de la leche materna.⁹

Tabla 5. Requerimientos energéticos por edad

Edad	Requerimiento Kcal/d	Leche materna Kcal/día	Alimentos complementarios Kcal/día
6 - 8 meses	682	413	269
9 - 11 meses	830	379	451
12 - 23 meses	1092	346	476

Extraído de: Lorenzo J, Díaz M. “Alimentación complementaria”. Curso avanzado de nutrición pediátrica y tratamiento dietético infanto-juvenil. 2ª ed. Academia Española de Nutrición y dietética; 2024.²⁹

De acuerdo con lo expuesto por los Principios de Alimentación Complementaria será muy difícil precisar con exactitud la cantidad de energía consumida, ya que los mismos se basan en una ingesta promedio de leche materna según edad. Obviamente la cantidad de energía necesaria para cada niño variará si un niño consume más o menos leche materna que el promedio.²⁹

2.11 Requerimientos de macronutrientes

2.11.1 Proteínas

La leche humana tiene proteínas de alta calidad, y es considerada la proteína patrón hasta el año de edad. Los bebés amamantados reciben exclusivamente una fuente de proteínas ideal durante los primeros 6 meses, luego con la incorporación de alimentos reciben otras fuentes proteicas como carnes, aves, pescado, huevos, legumbres, quinoa, por ejemplo.

Las proteínas en los alimentos de origen animal contienen cantidades suficientes de todos los aminoácidos esenciales que se necesitan para cubrir los requerimientos proteicos. En comparación, los alimentos vegetales contienen bajos niveles de uno o más aminoácidos esenciales. Sin embargo, cuando los alimentos vegetales presentan algún aminoácido esencial en déficit y se consume en el mismo día otros alimentos ricos en ese aminoácido,

(ejemplo: puré de legumbres que presentan bajo contenido de metionina y altas cantidades de lisina con cereales como el arroz que presenta altas cantidades de metionina y bajo contenido de lisina) suficiente cantidad de todos los aminoácidos esenciales están disponibles para el cuerpo. La proteína ingerida proveniente de ambos alimentos vegetales sería equivalente en calidad y cantidad a los encontrados en los productos animales.²⁹

Tabla 6. Recomendaciones proteicas FAO/OMS 2007

	Niños		Niñas	
Edad	g/kg/d	g/d	g/Kg/d	g/d
< 6 m	1,4		1,4	
6 - 12 m	1,31	10,2	1,31	9,4
12 - 18 m	1,14	11,6	1,14	10,8
18 - 24 m	1,03	11,8	1,03	11,1

Extraído de: Lorenzo J, Díaz M. “Alimentación complementaria”. Curso avanzado de nutrición pediátrica y tratamiento dietético infanto-juvenil. 2ª ed. Academia Española de Nutrición y dietética; 2024.²⁹

2.11.2 Hidratos de carbono

Proporcionan del 50 al 60 % de las calorías consumidas, especialmente en niños mayores de 6 meses. La lactosa es el principal carbohidrato de la leche, quien ocupa un lugar muy importante en la alimentación de los niños hasta el año de edad. Los almidones son una fuente importante de carbohidratos como parte de la alimentación de los niños, presentes en el arroz, almidón de maíz, papa, por ejemplo. En cambio, el consumo de azúcares simples debe desaconsejarse, y no superar el 10% del total de las calorías, ya que es conocida la preferencia innata de los niños por los alimentos dulces, y además, tienen un alto poder cariogénico.²⁹

Tabla 7. Recomendación de hidratos de carbono diarios según el National Research Council.

Edad	H de Carbono - g/día
0,0 - 0,6 a	60 *
0,7 - 1,0 a	95 *
1 - 3 a	130

Los valores seguidos por un *asterisco* “*” representan la Ingesta Adecuada.

Extraído de: Lorenzo J, Díaz M. “Alimentación complementaria”. Curso avanzado de nutrición pediátrica y tratamiento dietético infanto-juvenil. 2ª ed. Academia Española de Nutrición y dietética; 2024.²⁹

2.11.3 Grasas

La leche humana tiene un contenido de grasas relativamente alto comparada a la mayoría de los alimentos complementarios, es una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales. En los niños amamantados las grasas aportan el 50% de la energía aproximadamente, sin embargo, una vez que comienzan con alimentos complementarios este porcentaje disminuye al 30 – 40 %.²⁹

No se deben realizar restricciones en grasa y colesterol a niños menores de 1 año de edad a menos que existan una razón médica para su restricción. Además de su aporte energético, las grasas aportan ácidos grasos esenciales y sirven de vehículo para la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K). Mejoran el sabor de los alimentos y permiten incrementar la densidad energética de los mismos sin aumentar la viscosidad.²⁹

Durante los primeros 6 meses de vida, la ingesta total de grasas debe contribuir a aportar el 40 al 60 % del total de la energía para cubrir las necesidades del crecimiento y grasa requerida para depósito tisular. A partir del sexto mes, hasta los 2 años de vida, la ingesta de grasas debe reducirse gradualmente, dependiendo del grado de actividad física, hasta alrededor del 30 - 35 %.³¹

- La dieta de los niños debe proveer al menos el 3 - 4.5 % del total de la energía como ácido linoleico y al menos 0.5 % como ácido linolénico, para cubrir los requerimientos de ácidos grasos esenciales. Ingestas muy elevadas de ácidos grasos esenciales no presentan ninguna ventaja, y han sido asociadas a riesgos potenciales para la salud, por lo que se sugiere que los ácidos grasos $\omega 6$ no superen el 10 % del valor calórico total, y

que el total de PUFA no supere el 15 %. Manteniendo una relación ácido linoleico/ α linolénico entre 5:1 y 15:1.³¹

- Existe evidencia que una ingesta menor al 25 % de grasas del valor calórico total puede afectar negativamente la ganancia de peso y el crecimiento longitudinal.³¹

Las principales fuentes en la dieta de ácido linoleico y α linolénico son los aceites de origen vegetal.

Tabla 8. Composición de los aceites vegetales (g/100cc)

Aceite	Saturados	Monoinsaturados	Poliinsaturados	$\omega 6$	$\omega 3$
Canola	7.3	63.2	28.1	19	9.1
Maíz	12.9	27.5	54.6	53.5	1.1
Girasol	10.3	19.5	65.7	65.7	0.0
Soja	14.9	43.0	37.6	34.9	2.6
Oliva	13.8	72.9	10.5	9.7	0.7

Fuente: USDA.

Extraído de: Lorenzo J, Díaz M. “Alimentación complementaria”. Curso avanzado de nutrición pediátrica y tratamiento dietético infanto-juvenil. 2ª ed. Academia Española de Nutrición y dietética; 2024.²⁹

2.12 Requerimiento de agua

En la infancia temprana, la ingesta de leche es el principal determinante de la ingesta de líquidos; luego, con la incorporación de alimentos, se instala de manera paulatina un hábito que condiciona la cantidad, calidad y modalidad de consumo de agua.

En los recién nacidos, la leche de madre aporta el 100% de sus necesidades hídricas a la par de la totalidad de las necesidades nutricionales. Por ello, los recién nacidos no requieren recibir ningún líquido adicional a la leche de madre hasta los seis meses de edad. A partir de este momento, ya con una médula renal más desarrollada y con la capacidad de concentrar la orina, los niños son capaces de recibir alimentos que contienen una mayor carga de solutos y una menor proporción de agua. En esta instancia de la vida es muy difícil diferenciar la sed del hambre y los niños suelen llorar por las dos

sensaciones (en general una combinación de ambas) pero a medida que progresa el desarrollo los niños son capaces de identificar la necesidad de comida de la de agua.³³

Se ha establecido una ingesta adecuada (IA) de agua con el propósito de prevenir la deshidratación que se detalla en la tabla aquí abajo (Tabla 9).

La IA para los niños de 0 a 6 meses se calcula según la ingesta para niños con lactancia exclusiva. En niños de 6 a 12 meses, se considera la leche materna y el agua aportada por los alimentos y la bebida. La necesidad hídrica según las calorías metabolizadas (oxidación de hidratos de carbono, proteínas y grasas), será proporcional a la ingesta de energía. Es necesario aportar 1 mL/1 kcal o 1 mL/kcal/24 h para cubrir las pérdidas hídricas. Este método es el utilizado para calcular las necesidades hídricas.³⁴

Tabla 9. Ingesta dietética de referencia de agua y macronutrientes

Edad	Ingesta adecuada de agua (L/d)*	Proteínas (g/d)**	Hidratos de carbono (g/d)	Grasas (g/d)
0-6 meses	0,7	9,1	60	31
6-12 meses	0,8	11,0	95	30
1-3 años	1,3	13	130	ND
4-8 años	1,7	19	130	ND
Varones 9-13 años	2,4	34	130	ND
Varones 14-18 años	3,3	52	130	ND
Niñas 9-13 años	2,1	34	130	ND
Niñas 14-18 años	2,3	46	130	ND

*El agua total incluye el agua contenida en los alimentos y bebidas.

**basado en g de proteínas/kg/día.

ND: no determinado. Esta tabla (obtenida de IDR, véase www.napu.edu) presenta en negrita las RDA, y las IA, en letra habitual. De: Institute of Medicine. National Academies Press 2002/2005.

Extraído de: Setton D, Fernandez A; “Nutrición en pediatría. Bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos”. 2ª ed. Buenos Aires (Argentina): editorial médica panamericana s.a.c.f.; 2021.³⁴

Según el Consenso de hidratación infantil saludable³³ la ingestión y eliminación de agua dependen de factores que se caracterizan por ser inestables, difíciles de medir y al mismo tiempo, compensados por la capacidad del organismo para regular la homeostasis hídrica. Ante dichas consideraciones, se sugieren el siguiente criterio para la determinación de requerimientos hídricos en niños:

Volumen de aporte hídrico complementario acorde con la edad: basado en los requerimientos diarios por Holliday-Segar y el promedio de producción de lactancia materna diaria, se integra el siguiente cuadro acorde con el peso promedio para la edad.

Tabla 10. Propuesta de aporte hídrico para niños y niñas de 6 a 2 meses.

Aporte hídrico	Promedio de volumen de leche humana (87% es agua) ¹	Volumen hídrico cubierto por leche humana (VHLM) ¹	Masculino Peso Promedio/kg ²	Agua(ml)/kg	Aporte de agua promedio/ml	Femenino Peso promedio/kg ³	Agua(ml)/kg	Aporte de agua promedio/ml	Recomendación poblacional consumo agua/ oz
0-5 meses	678 mL	678 mL							
6 meses	780 mL	678 mL	7.93	14.42	114.4	7.29	6.9	50.4	2-4
7-12 meses	600 mL	522 mL	Peso	Edad/meses		Peso	Edad/meses		
			8.3	7	37.1	7.65	7	31.76	8-10
			8.61	8	39.3	7.95	8	34.3	9-11
			8.91	9	41.4	8.23	9	36.57	10-12
			9.17	10	43.07	8.48	10	38.44	11-13
			9.41	11	44.5	8.72	11	40.13	12-14
			9.65	12	45.9	8.95	12	41.67	12-15
			9.87	13	47.11	9.17	13	43.07	13-16
			10.08	14	48.2	9.36	14	44.23	14-16
			10.31	15	49.3	9.59	15	45.5	15-17
12-24 meses	600 mL	522	10.53	16	50.4	9.81	16	46.78	15-18
			10.74	17	51.39	10.02	17	47.90	16-18
			10.94	18	52.2	10.23	18	48.97	17-19
			11.13	19	53.09	10.43	19	49.95	17-20
			11.35	20	54	10.65	20	50.98	18-20
			11.55	21	54.8	10.86	21	51.93	19-21
			11.75	22	55.57	11.05	22	52.76	19-22
			11.95	23	56.31	11.27	23	53.68	20-22
			12.15	24	57.03	11.47	24	54.48	20-23

Extraído de: Perea-Martínez A, Ríos-Gallardo P, Santiago-Lagunes LM, et al. “Consenso en hidratación infantil saludable. Nuevos conceptos y recomendaciones actuales en el contexto de la triple y la cuádruple carga de malnutrición.” Acta Pediatr Mex. 2023;44(1):83-105.³³

2.13 Alimentos potencialmente alergénicos

Las alergias alimentarias son causadas por respuestas inmunes a diversas proteínas en los alimentos. Los síntomas pueden variar de leves (p. ej. erupción cutánea) a graves (p. ej. anafilaxia) y pueden afectar la piel, el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y las del tracto respiratorio.²⁷

Los alimentos que más frecuentemente producen alergias son:

- La proteína de la leche de vaca.
- Clara de huevo.
- Pescado.
- Nueces.
- Maní.
- Soja.

Se presume que la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de vida, tiene un efecto protector sobre la aparición de algunas alergias alimentarias, extendiéndose este efecto mientras dure la lactancia.³²

La recomendación de retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos ha sido modificada, tomando en cuenta estudios que demuestran que el riesgo de sensibilización y enfermedad alérgica es igual o menor como consecuencia de la aparición de la tolerancia inmunológica a partir del cuarto mes de vida. La inducción de tolerancia oral se presenta entre 4-6 meses de edad, asociándose a factores de colonización, predisposición genética, exposición a lactancia humana y factores inmuno-moduladores: proteínas, lípidos, fibra y vitaminas a y d.¹⁶

A falta de más estudios que aclaren cuál es la mejor estrategia para la prevención de alergias, se recomienda el seguimiento de las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS): mantenimiento de la lactancia materna e introducción progresiva de los distintos alimentos alrededor del sexto mes (nunca antes del cuarto mes), de uno en uno, según las costumbres familiares, para diversificar la dieta del lactante y mejorar su aporte nutricional.⁹

Y con respecto al gluten, hoy en día se desconoce cuál es la mejor forma de introducir el gluten con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedad celíaca. Hasta hace unos años se pensaba que la mejor forma de introducir el gluten era junto a la LM, entre los 4 y 6 meses, pero actualmente no hay evidencia de que esto sea así. Están en marcha diversos estudios para poder conocer cuál es la pauta más adecuada. La recomendación actual es introducir el gluten entre los 4 y los 11 meses de edad, idealmente alrededor del sexto mes, y en pequeñas cantidades al inicio.⁹

La SAP recomienda evitar la introducción temprana (en menores de 4 meses) y tardía (después de los 7 meses) del gluten; es conveniente su incorporación gradual mientras el lactante reciba alimentación al pecho, con el fin de reducir el riesgo de enfermedad celíaca, diabetes tipo 1 y alergia al trigo.²⁴

2.14 Precauciones con ciertos alimentos

- No se recomienda la ingesta de infusiones como té, café, mate cocido, ya que pueden desplazar la ingestión de leche materna o de fórmula, como así también

interferir en la absorción de hierro o desplazando otros nutrientes y crear malos hábitos de alimentación.

- Se desaconseja la ingestión de infusiones de hierbas, ya que algunas hasta pueden resultar tóxicas en niños pequeños, como el té de anís estrellado, paico, yerba de pollo, entre otros.
- No ofrecer otras bebidas azucaradas.
- La miel esta contraindicada en la alimentación de niños menores de un año ya que puede transmitir el botulismo.
- No se recomiendan los caldos industriales dado su alto contenido de sodio, grasas y aditivos. Sí se pueden utilizar caldos de preparación casera, con alimentos frescos.
- Los productos lácteos fermentados, muchos de esos endulzados con sabor agradable, hace que los niños consuman más porciones de las recomendadas, siendo el aporte de azúcares muy alto. Ofrecerlos de manera controlada.
- No se recomiendan los lácteos descremados antes de los 2 años de vida ya que carecen de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles, que son de importancia para el desarrollo del sistema nervioso central.
- La leche de vaca entera no se recomienda en lactantes menores de un año por su alto contenido de sodio y proteínas, además de incrementar el riesgo de anemia en esta edad.
- La ingesta de huevo por separado clara de yema, no tiene ningún fundamento y puede administrarse desde los 6 meses.
- Los cítricos, kiwi, frutilla pueden ofrecerse a partir de los 6 meses.
- Actualmente no hay evidencia científica que avale que la introducción de alimentos alergénicos más allá de los 6 meses pueda prevenir el desarrollo de alergia a los mismos, independientemente del riesgo de atopia que presente el niño, en relación con sus antecedentes familiares.
- En niños con riesgo genético de padecer enfermedad celiaca, se vio que la introducción temprana o tardía no modificaba el riesgo de presentar enfermedad celiaca durante la niñez.^{23,31}

Los niños menores de 5 años son los más propensos a sufrir obstrucciones en las vías respiratorias, estas pueden provocarse por trozos de alimentos u otros objetos pequeños. De manera tal que es importante que se eviten ciertos alimentos que podrían predisponer al niño, a presentar episodios de aspiración.²⁵

Estos son:

- Maní, nueces y otras frutas secas.
- Salchichas.
- Caramelos duros.
- Uvas, arándanos, cherrys cortados en forma ovalada o enteros.
- Pochoclos.
- Zanahoria cruda.
- Trozos de manzana cruda.
- Trozos de quesos duros.²⁵

Cómo podemos prevenirlo:

- Evitar administrar los alimentos cortados de forma esférica.
- Es clave que los adultos estén presentes durante las comidas, de manera de poder observar a los niños y atender a cualquier situación que se presente con rapidez.
- Cortar los alimentos adaptados a la madurez del niño, en forma de bastones o palitos del tamaño del puño del niño o dedo adulto a los 6 meses, en trocitos más pequeños entre los 8 y 9 meses.
- Los frutos secos deberán estar molidos o consumirse en pastas o en harinas.
- Los vegetales más duros como la zanahoria deberán incorporarse cocidos.
- Las frutas deberán cortarse de manera longitudinal, para evitar formas ovaladas que puedan obstruir las vías respiratorias (arándanos, frutillas, uvas, cherrys) u ofrecerse cocida o rallada como la manzana.²⁵

2.15 Estado nutricional

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha definido al estado nutricional como un escenario biológico en el que se halla un ser vivo como consecuencia del consumo de alimentos adecuados, los cuales proporcionan nutrientes indicados para un buen funcionamiento fisiológico y mantenimiento de su salud. Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), refiere que, el estado nutricional es el estado del organismo que deriva de las necesidades nutritivas y la ingesta, lo cual favorece a la absorción y utilización de los nutrientes que contienen los alimentos en mejora y mantenimiento de las condiciones ópticas de la salud.¹

El estado nutricional es la consecuencia de un balance entre la ingesta y los requerimientos de macronutrientes y micronutrientes, determinados por la edad, el ritmo de crecimiento, la actividad física y el aumento de las demandas secundario a la patología del paciente. La evaluación nutricional incluye examinar el grado en que las demandas fisiológicas, bioquímicas y metabólicas están cubiertas por la ingesta de nutrientes.³⁴

En septiembre de 2019 el Ministerio de Desarrollo Social y Salud publicó los resultados preliminares de la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) en nuestro país.³⁵

La ENNyS es una encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 hs (R24H), y la lactancia materna. También indaga sobre alimentación en los entornos escolares, políticas alimentarias, etiquetado nutricional, publicidad de alimentos, y sobre otros temas relevantes de salud como actividad física, enfermedad celíaca y vacunas. Asimismo, la encuesta aporta información sobre índices antropométricos (peso y talla) y otras variables objetivas y bioquímicas para evaluar el estado nutricional de la población, la ingesta de sodio y la función renal.³⁵

Dentro de los resultados más relevantes señalamos:

Niños y niñas menores de 5 años (0-59 meses):

- La proporción de **bajo peso y emaciación** en la población de menores de 5 años fue de **1,7%** y **1,6%** respectivamente.
- La proporción de **baja talla** a nivel nacional fue de **7,9%**, con diferencias significativas por nivel de ingreso (primer quintil 11,5% vs. quinto quintil 4%).
- Utilizando la nueva metodología de la OMS 2019¹:
 - la proporción de **sobrepeso** en la población de menores de 5 años resultó de **10%**.
 - la proporción de **obesidad** en la población de menores de 5 años resultó de **3,6%**.
 - el **exceso de peso** estuvo presente en el **13,6%** de la población menor de 5 años.

Imagen 1. Secretaria De Gobierno De Salud. 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. [Internet] Argentina. Biblioteca Cesni, 2019.

El sobrepeso y la obesidad resultaron ser las formas más frecuentes de malnutrición en NNyA y se confirmas su aumento en concordancia con otras encuestas, como la 3ra Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018. En el caso de la malnutrición por déficit, los datos indican que la prevalencia de emaciación, bajo peso y delgadez en todos los grupos es baja desde una perspectiva poblacional. La baja talla fue mayor en la población en situación de vulnerabilidad social para todas las edades. En relación con otros estudios previos realizados en el país, se observa que la baja talla y el bajo peso se mantienen en valores relativamente estables y se relacionaron de manera inversa al nivel socioeconómico, no así el sobrepeso y la obesidad que fueron similares para todos los niveles de ingreso en NNyA.³⁵

2.16 PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO

En el año 2003 la OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) presentaron la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, a fin de prestar mayor atención a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud, y en suma, en la supervivencia

de los lactantes y niños pequeños. Esta estrategia se basó en estudios científicos sobre la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y en el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correcta para lograr un estado de salud óptimo.²

1. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y EDAD DE INTRODUCCIÓN DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS

Practicar la lactancia exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.³²

2. MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA NATURAL

Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años o más.³²

3. ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA

Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psicosocial. Específicamente : a) alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solo, respondiendo a sus signos de hambre y saciedad; b) alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos; c) si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores texturas y métodos para animarlos a comer; d) recordar que los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor –hablar con los niño y mantener el contacto visual.³²

4. PREPARACIÓN Y ALMACENAMIENTO SEGUROS DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS

Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al: a) lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos, b) guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación, c) utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos, d) utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños, y e) evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.³²

5. CANTIDAD NECESARIA DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños con ingestas “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200Kcal al día para niños entre los 6 y 8 meses de edad, 300Kcal al día para niños entre 9 y 11 meses, y 550Kcal al día para niños entre los 12 y 23 meses de edad. En

países desarrollados se estima que las necesidades son algo diferentes (130, 310 y 580Kcal al día para niños entre 6 y 8, 9 y 11 y 12 y 23 meses, respectivamente) debido a las diferencias en la ingesta de leche materna.³²

6. CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS

Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de los niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por sí solos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes, como se explica en el principio 8, abajo). Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo, nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.).³²

7. FRECUENCIA DE ALIMENTOS Y DENSIDAD ENERGÉTICA

Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Para el niño amamantado promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño debe recibir 3 - 4 comidas al día además de meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes.³²

8. CONTENIDO NUTRICIONAL DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS

Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Debe consumirse carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen suplementos nutricionales o productos fortificados (ver principio 9, abajo). Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido

adecuado de grasa. Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y sodas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.³²

9. USO DE SUPLEMENTOS DE VITAMINAS Y MINERALES O PRODUCTOS FORTIFICADOS PARA NIÑOS Y MADRES.

Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo con sus necesidades. En algunas poblaciones, es posible que las madres lactantes también necesiten suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados, tanto por su propia salud como para asegurar concentraciones normales de ciertos nutrientes (especialmente vitaminas) en su leche. [Dichos productos pueden también ser de beneficio para mujeres antes y durante el embarazo].³²

10. LA ALIMENTACIÓN DURANTE Y DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD.

Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.³²

2.17 Recomendaciones OMS

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.

- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.²

2.18 Recomendaciones SAP

Dejar que él bebe toque el alimento con sus manos hace que tenga la experiencia de tocar, saborear, oler, y así descubrir distintas formas, sabores, colores, olores y texturas por sí solo.

Se recomienda ofrecer los alimentos de a uno a la vez para ver su aceptación y tolerancia. hay evidencia de que los bebés pueden incorporar desde los 6 meses la mayor parte de los alimentos como vegetales cocidos, legumbres, frutas, carne, pollo o pescado, gluten y huevo.

A los 12 meses, el lactante ya puede consumir el mismo tipo de alimentos saludables que el resto de la familia, aunque teniendo especial cuidado con los sólidos con riesgo de atragantamiento

No se debe añadir sal ni azúcar a los alimentos.

Puede utilizarse una silla de comer, cochecito o la falda del adulto, siempre que permita los movimientos libres de sus manos, y viendo al bebe de frente.

Se sugiere ofrecer un alimento con alto contenido en hierro en cada comida. puede ser: tiras de carne, pollo o pescado, lentejas pisadas. se puede combinar con el método tradicional ofreciéndole puré o papillas con texturas en algunas comidas.

Se propone la introducción gradual y progresiva de los distintos grupos, inicialmente en una comida al día. a medida que la incorporación de alimentos es placentera y se observa aceptación se van agregando el resto de las comidas del día, y entre ellas continua la lactancia.

Es importante que haya higiene de manos antes de preparar los alimentos y en el momento de ofrecerlos, también lavar las manos del bebe.²⁴

SIEMPRE Agua como bebida, en vaso pequeño que pueda tomar con ambas manos.

Alimentos que deben estar diariamente combinados en cada comida desde el inicio:

-carnes (de vaca, cerdo, pollo o pescado): sin grasa, bien cocida a la plancha, hervida o a la parrilla. Hay que desmenuzar con un tenedor o rallarla. Es imprescindible incorporarlas desde los 6 meses, son fuente de HIERRO, mineral muy importante para el desarrollo del cerebro.

-verduras (sin semillas ni cáscara). cuanta más variedad y color mejor. Es una inversión a futuro en la amplitud de alimentos que aceptará el niño más tarde.

-Alimentos que aportan ENERGÍA: Arroz, fideos, fideos de sopa, pastas sin relleno, harina de trigo, de maíz, de arroz, avena, almidón de maíz, papas, mandioca, tapioca, quínoa, cuscús, sémola de trigo, semolín, legumbres (arvejas, lentejas, garbanzos, porotos)

-Grasas: una cucharadita de aceite en cada comida.

-El postre preferido siempre es la fruta (sin semillas ni cáscara)

Estos grupos de alimentos pueden combinarse, y deben ofrecerse diariamente. Deben ser al inicio de consistencia blanda: picados o pisados, pero no llegar a líquidos. No conviene licuarlos ni procesarlos. Presentarlos en un plato pequeño y con cuchara. Paulatinamente se aumentará la consistencia y entre los 9 a 10 meses deberán poder tomarlos con sus deditos y llevarlos a su boca (consistencia tipo ñoqui).

La lactancia o la fórmula no se suspenden al iniciar las comidas, sólo se irán descendiendo las tomas en la medida que se aumenta la alimentación complementaria. La leche de vaca se incorporará recién después del año de edad y no en grandes cantidades (no superar los 500 ml/día)

El huevo cocido y el pescado se pueden incorporar desde los 6 meses.

¿Y cuantas veces al día tiene que comer?

6 a 7 meses: 1 comida al día

8-9 meses: 2 comidas al día

10-11 meses: 3 comidas al día

12 meses: 4 comidas al día

¿Qué alimentos no les hacen bien?

- gaseosas /jugos/ aguas saborizadas
- leche de vaca
- Fiambres, embutidos
- golosinas, galletitas de paquete, snacks
- sal, miel, edulcorante
- frutos secos enteros
- soja y derivados.²⁴

3. ANTECEDENTES

El primer estudio encontrado fue uno desarrollado en Perú, en dicho estudio, el objetivo general consistió en determinar la correlación entre Estado Nutricional y Prácticas de Alimentación Complementaria en Lactantes 6 a 24 meses del Centro de Salud Corrales, Tumbes 2022. Se trabajó con una población muestral de 82 usuarios. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. La metodología de la investigación fue de diseño no experimental y es de tipo correlacional, cuantitativo, de corte transversal, Los datos fueron procesados mediante el software IBM SPSS STATISTICS 26. Entre los resultados más destacados se evidenció que: el 64.6% se encuentran en un nivel normal. Por otro lado, el 30.5% tienen sobrepeso, el 3.7% muestran desnutrición aguda y 1.2% desnutrición global. Del mismo modo, para la variable prácticas de alimentación complementaria en lactantes, del total de los participantes, el 68.3% realizan prácticas adecuadas. Por otro lado, el 31.7% demuestran tener prácticas inadecuadas. Finalmente, se llega a concluir que las variables estado nutricional y prácticas de alimentación complementaria si poseen una relación estadísticamente significativa dado que se evidenciaron los siguientes valores. ($p = 0.000$, Chicuadrado de Pearson= 35,965a).⁴

En el segundo estudio encabezado por la Dra. en E Ana Gabriela Galicia se buscaba examinar la evidencia actual sobre las modalidades de la alimentación complementaria e introducción de alimentos alergénicos. Para la cual, la metodología implementada fue: Revisión bibliográfica sobre modalidades de alimentación complementaria, consultado diferentes bases de datos y documentos de organizaciones de prestigio. Los resultados arrojaron que es necesaria la actualización en este tema para que se pueda brindar una correcta orientación alimentaria basada en evidencia y con la capacidad de poder discernir e individualizar en el tipo de AC idónea. Faltan más estudios que demuestren cuál estrategia es la más indicada para la introducción de alimentos potencialmente alergénicos y la prevención de alergias alimentarias, se recomienda el seguimiento escalonado por la OMS, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, seguida de la introducción paulatina de diversos alimentos, hasta diversificar la dieta del lactante y mejorar su aporte nutricional con una dieta completa y variada. Conclusiones: Es de gran importancia la actualización en este tema para que se pueda brindar una correcta orientación alimentaria basada en evidencia científica. En cuanto a la evidencia científica encontrada sobre el BLW y BLISS, existen interrogantes no resueltas.⁵

Otro antecedente encontrado, fue un estudio transversal realizado en España en el año 2021, en el cual se planteó que la alimentación complementaria junto con la leche materna debe permitir cubrir las necesidades nutricionales de los niños a partir de los 6 meses de edad. Las prácticas alimentarias inadecuadas determinan una ingesta nutricional deficiente. El objetivo de este estudio fue conocer las prácticas alimentarias en los hogares españoles en relación con la preparación y elaboración de la alimentación infantil.

Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta online en adultos residentes en España y no institucionalizados, encargados de la preparación de la alimentación infantil de menores de 2 años.

La encuesta fue respondida por 1944 personas ($37,4 \pm 6$ años; 65,5 % mujeres). El 72 % de los encuestados prepara principalmente triturados y el 21 % utiliza papillas comerciales frecuentemente. El calabacín (39 %), el pollo (62 %), la merluza (64 %) y el plátano (44 %) son los alimentos más utilizados. El hervido (63 %) y la congelación (59 %) son las técnicas culinarias y de conservación más practicadas. Se identificó el uso inadecuado de la sal y algunos alimentos no seguros (pescados de gran tamaño y acelgas), así como un uso por debajo de las recomendaciones para el aceite de oliva y el huevo.

Como conclusión se obtuvo que los españoles encargados de la alimentación de los niños menores de 2 años prefieren los alimentos triturados. Aunque son conscientes de que la alimentación preparada en casa es nutricionalmente mejor, en ciertas ocasiones ofrecen papillas comerciales. Además, se han detectado algunas prácticas inadecuadas, por lo que parecen necesarias políticas de educación nutricional destinadas a los responsables de la elaboración de la alimentación infantil.⁶

Los tres estudios tomados como antecedentes para este trabajo partieron de la necesidad de indagar en el ámbito de la alimentación complementaria, puesto que han surgido nuevos métodos y corrientes que comienzan a tener relevancia entre ciertos grupos de padres, pero que si no realizan de forma adecuada puede tener consecuencias en la salud de los chicos. Al igual que este trabajo, en los antecedentes se encontró recopilación de información respecto a los diferentes métodos de alimentación complementaria y prácticas de aplicación de estas.

4. PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los métodos de alimentación complementaria y el estado nutricional que prevalece entre los niños de 6 a 24 meses de la ciudad de Gualeguay, Entre Ríos?

5. JUSTIFICACIÓN

La alimentación del lactante es fundamental para fomentar un crecimiento y desarrollo óptimo. Los dos primeros años de la vida del niño son esencialmente importantes, ya que una alimentación óptima puede llegar a reducir la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas.^{1,2}

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante y, por tanto, se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.^{2,23} Se recomienda que esta introducción de alimentos inicie después de los 6 meses de edad y que además sea de forma gradual y paulatina. El hecho de que este proceso tenga lugar posterior a los 6 meses de edad está relacionado con el desarrollo fisiológico del organismo del infante, ya que se requiere cierto grado de madurez del sistema gastrointestinal, inmune, renal y neurológico.² Es importante resaltar que la edad mencionada es el punto de partida; se requiere evaluar de manera individual si el niño está preparado para iniciar el proceso, pues cada niño va a su propio ritmo². A su vez, la lactancia materna se recomienda que sea exclusiva hasta los 6 meses y que entre los 7 y 24 meses se siga tomando, anexando como complemento la alimentación. Es por esto que se decidió que la población de estudio sean justamente niños de 6 a 24 meses, ya que se encuentran dentro del rango de alimentación como complemento de la leche materna (o fórmulas en aquellos casos que no se pueda/quiera dar pecho).⁹

La alimentación complementaria es un tema de relevancia ya que en los últimos años se han incorporado nuevos métodos para comenzar a alimentar a los niños y ha despertado el interés en algunos padres.

Tradicionalmente, el método de introducción a la alimentación complementaria más utilizado es aquel que pasa comienza con un periodo de alimentación triturada/papillas. Sin embargo, en los últimos años, se han desarrollado nuevas tendencias y / o formas de ofrecer al bebe su alimentación complementaria, denominados como Baby Led Weaning (BLW) que consta en ofrecer alimentos que el niño pueda tomar con su mano y llevar a su boca, y Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) que destaca específicamente la importancia de introducir alimentos complementarios ricos en hierro y en energía y evitar alimentos que puedan constituir un peligro de asfixia.^{5,17,29}

Por esto, es también importante analizar cuál es el método más utilizado actualmente, así como también el estado nutricional que prevalece en los niños, ya que la alimentación complementaria, como se nombró anteriormente, es fundamental para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo, y prevenir enfermedades.

6. HIPÓTESIS

El método de alimentación complementaria que prevalece en la población es el tradicional, y el estado nutricional de los niños es adecuado.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo general:

Analizar los métodos de alimentación complementaria y estado nutricional que prevalece en niños de 6 a 24 meses en la ciudad de Gualeguay, Entre Ríos.

7.2 Objetivos específicos:

- Determinar qué método de alimentación complementaria prevalece entre la población de estudio.
- Valorar el estado nutricional de los niños.
- Evaluar si la alimentación complementaria de los niños es la adecuada en función de las recomendaciones de la OMS y la SAP.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal, descriptivo que consta de dos partes. Una de ellas, aplicada a 27 niños de entre 6-24 meses a los que se les evaluó peso y talla, mientras que la otra estuvo orientada a una población de 27 madres en formato de encuesta.

8.1 Materiales

- Balanza de piso
- Tallímetro para medición en decúbito supino (infantómetro)
- Encuesta
- Curvas de crecimiento OMS
- Planillas de registro
- Recomendaciones OMS - SAP
- Calculadora

8.2 Población y muestra

La población de estudio es de 27 chicos que se encontraban entre los 6 y los 24 meses y sus madres, quienes viven en la ciudad de Gualeguay, Entre Ríos en el año 2024.

8.3 Criterios de inclusión

Se tomaron niños independientemente del sexo, de 6 a 24 meses, lactantes a pecho o a fórmula, que ya hayan comenzado con alimentación complementaria y a sus madres respectivamente.

8.4 Criterios de exclusión

No se tomaron niños menores de 6 ni mayores de 24 meses, ya que no entran dentro del rango determinado para alimentación como complemento de la lactancia según las recomendaciones oficiales.

8.5 Operacionalización de las variables

Variable 1:

Métodos de alimentación complementaria

Dimensión:

Se entiende como método al modo de obrar o proceder, hábito o costumbre que cada uno tiene y observa⁸; mientras que, a alimentación complementaria, como un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta⁹.

Indicadores o parámetros:

Baby-Led Weaning (BLW): Alimentación en donde el bebé elige cómo y cuánto comer, se le ofrecen alimentos en trozos¹⁰.

Tradicional: Alimentación tradicional en donde se comienza con papillas y la textura va progresando conforme pasan los meses.¹¹

Baby led introduction to solids (BLISS): Alimentación en donde el bebé elige cómo y cuánto comer, se le ofrecen alimentos en trozos y se destaca específicamente la importancia de introducir alimentos complementarios ricos en hierro y en energía y evitar alimentos que puedan constituir un peligro de asfixia.¹¹

Variable 2:

Estado nutricional

Dimensión:

El estado nutricional es el resultado entre el aporte nutricional que recibe una persona y sus demandas nutritivas. Según la OMS, el estado nutricional se puede evaluar mediante indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos. Una valoración del estado nutricional es esencial para determinar el nivel de salud y bienestar de un individuo o población¹²

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha definido al estado nutricional como un escenario biológico en el que se halla un ser vivo como consecuencia del consumo de alimentos adecuados, los cuales proporcionan nutrientes indicados para un buen funcionamiento fisiológico y mantenimiento de su salud. Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), refiere que, el estado nutricional es el estado del organismo que deriva de las necesidades nutritivas y la ingesta, lo cual favorece a la absorción y utilización de los nutrientes que contienen los alimentos en mejora y mantenimiento de las condiciones ópticas de la salud.⁴

Indicadores o parámetros:

En este caso se utilizaron dos de los cuatro indicadores recomendados por la OMS para la valoración del estado nutricional, estos son antropométricos y dietéticos.

-Indicadores antropométricos

Talla: Estatura, altura o longitud de las personas²⁶ (Expresada en cm). En menores de dos años se dice “longitud” y se mide en posición decúbito supino (acostados sobre una superficie plana).

Peso: Medida de la masa corporal total del individuo²⁶ (Expresada en kilogramos).

IMC: El índice de masa corporal es un valor numérico que mide la relación entre peso y talla, lo que sirve para estimar si la persona se encuentra en un rango de desnutrición, normalidad, sobrepeso y obesidad.²⁶

-Indicadores dietéticos

Encuesta nutricional: Una encuesta nutricional es un instrumento que sirve para conocer los hábitos alimenticios, el estado nutricional y los factores que influyen en la alimentación de una población.¹²

8.6 Métodos y técnicas utilizadas:

-Longitud (talla): Para esta medida fue indispensable solicitar la ayuda de algún adulto presente, que actuó como auxiliar.

1. Se armó el infantómetro según las instrucciones del productor. Se tuvo listo el mecanismo de registro cerca.
2. Se colocó el infantómetro sobre una superficie dura y plana, siendo el suelo el más seguro o una mesa grande.

3. Se procedió a decirle a la madre, cuidadora o auxiliar que le quite los zapatos y las medias al niño y que deshaga las trenzas o peinados y que le quite cualquier adorno en la cabeza que pueda interferir con la medida.
4. Se le pidió al adulto que lleve al niño y lo acueste lentamente en el infantómetro ubicando la cabeza en la base del equipo.
5. El auxiliar se ubicó detrás de la base del infantómetro.
6. La persona tomando la medida se arrodilló al lado del niño, de modo que pudo sostener el tope móvil inferior del infantómetro con su mano derecha.
7. Cómo se acostó al niño sobre el infantómetro: La persona adulta que estaba ayudando debió sostener la parte de atrás de la cabeza del niño con sus manos y lentamente colocarla sobre el infantómetro. La encuestadora debió sostener al niño por el tronco del cuerpo.
8. La persona adulta de apoyo, debió colocar sus manos sobre las orejas del niño, con los brazos rectos, colocó la cabeza del niño contra la base del infantómetro y se aseguró de que el niño mire hacia arriba. La línea de visión del niño debió ser perpendicular al piso (plano de Frankfurt).
9. Se aseguró que el niño esté completamente acostado en forma plana en el centro del tablero. Se procedió a colocar su mano izquierda por encima de los tobillos o sobre las rodillas del niño, presionando suavemente, pero de manera firme sobre el tablero. Con la mano derecha se colocó el tope móvil inferior del infantómetro contra los talones de los pies del niño y se tomó la medida.
10. Se revisó la posición del niño. Se repitieron algunos pasos que se consideraron necesario hasta lograr la posición correcta. Con niños pequeños fue importante trabajar rápidamente.
11. Se leyó en voz alta el resultado de la medición, con aproximación de 1 milímetro y luego se anotó la medida en el formato de registro de información.
12. Se repitió la medición una segunda vez.
13. Se repitió la medición una tercera vez.
14. Finalmente se levantó cuidadosamente al niño y se entregó al adulto.²⁴

ILUSTRACIÓN DE REFERENCIA EN ANEXOS. IMAGEN 7

-Peso: Para realizar la toma de peso se utilizó una balanza de pie técnicamente funcional, previamente calibrada y certificada, la medida se tomó y registró en kilogramos con un decimal.

Para tomar el peso de un niño o niña menor de dos (2) años (24 meses incluidos los que no se paran solos).

En este caso se debió utilizar la balanza de pie y solicitar a la madre, el cuidador o a un auxiliar para que cargue al niño o niña, con el fin de establecer el peso del niño o niña por diferencia.

1. Se colocó la balanza sobre el piso, asegurándose que esté firme y que no se va a movía mientras alguien se para allí.
2. Se debió tener lista la planilla de registro y el lápiz.
3. Se le explicó a la madre, el cuidador o a un auxiliar que la idea es establecer el peso en la balanza mientras se sostiene al niño en los brazos.
4. Se le pidió a la madre, el cuidador o a un auxiliar que vista ropa liviana y que se quite los zapatos y la ropa pesada (sacos, ruana, chaqueta, etc.).
5. Se pesó a la madre, el cuidador o auxiliar. (descalzo, brazos descansando al costado del cuerpo y lo más quieto posible).
6. Se anotó el peso de la persona en la planilla o una hoja.
7. Luego se le pidió a la madre, el cuidador o a un auxiliar que desvista al niño completamente.
8. Se le pidió a la madre, el cuidador o a un auxiliar que se pare en el centro de la balanza, encima de las plantillas, cargando al niño, sostenido en los brazos, pero sin dejarlo descansar sobre ellos, pegado a su cuerpo y lo más quieto posible. Debió esperar hasta que pueda observar que los números ya no cambian más.

Para la lectura del peso, la encuestadora debió colocarse al lado izquierdo de la espalda del adulto, lo más cerca posible, SIN tocarla pues se altera la medición.

9. Se leyó el dato del peso y se anotó en la planilla, una vez anotada esa cifra, se restó el valor del peso inicial de la persona que está ayudando y la diferencia será el peso del niño o niña.²⁴

-IMC: Para calcular el IMC se necesitó una calculadora y los datos de talla y peso. Se tuvo que expresar lo siguiente: $\text{Peso}/(\text{talla})^2$ y el número obtenido sirvió para comparar con las curvas de OMS según edad y sexo, para estimar el estado nutricional del niño según las referencias (solo en aquellos niños mayores de 1 año).

Una vez obtenidos los datos de los niños, se procedió a la documentación de estos en la planilla (de menor a mayor según edad en meses), para la posterior ubicación de las mediciones en las gráficas de OMS para determinar el estado nutricional según corresponda.

Las gráficas utilizadas fueron:

- Peso para la edad: para niñas y niños menores de un año.
- IMC para la edad: para niños mayores de un año.

Para los niños menores de 1 año (12 meses), no se recomienda la utilización de IMC/Edad como un indicador del estado nutricional²⁶. Por lo que en estos casos se utilizó el indicador Peso/Edad para niñas y niños respectivamente.

Peso para la edad:

Refleja el peso corporal en relación con la edad del niño.

Este indicador se usa para determinar si un niño tiene bajo peso o bajo peso severo, pero no se usa para determinar si un niño tiene sobrepeso u obesidad.

En el eje X presenta la edad y en el eje Y el peso en kg. La edad se marca como semanas cumplidas desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad, como meses cumplidos de los 3 a los 12 meses y posteriormente como años y meses cumplidos.²

- La edad se marcó sobre la línea vertical (no entre líneas).
- El peso se marcó sobre o entre las líneas horizontales de la manera más exacta posible.
- Cuando haya puntos marcados de dos o más visitas se deben unir los puntos con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia.

El bajo peso para la edad en los menores de 1 año puede detectar desnutrición global que, por el tiempo de desarrollo, es generalmente aguda.²⁶

IMC para la edad:

Es un indicador útil cuando se examina sobrepeso u obesidad.

El eje X muestra la edad en semanas, meses o años y meses, y el eje Y muestra el IMC del niño.

- La edad se marcó sobre la línea vertical (no entre líneas).
- EL IMC se marcó sobre o entre las líneas horizontales de la manera más exacta posible.
- Cuando haya puntos marcados de dos o más visitas se deben unir los puntos con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia.²⁶

Imagen 2. Referencia para interpretación de curvas OMS:

*Franja gris representa NORMALIDAD

(Indicadores a utilizar, resaltados con verde)

Puntuaciones z	Indicadores de Crecimiento			
	Longitud/talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud/talla	IMC para la edad
Por encima de 3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obeso	Obeso
Por encima de 2			Sobrepeso	Sobrepeso
Por encima de 1			Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)	Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	Baja talla (Ver nota 4)	Bajo peso	Emaciado	Emaciado
Por debajo de -3	Baja talla severa (Ver nota 4)	Bajo peso severo (ver nota 5)	Severamente Emaciado	Severamente Emaciado

Notas:

1. Un niño en este rango es muy alto. Esto raras veces es un problema.
2. Un niño cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con la curva de peso para la longitud/talla o IMC para la edad.
3. Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación 2 muestra un riesgo definitivo.
4. Es posible que un niño con baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.
5. También se lo puede denominar peso muy bajo.³

-Encuesta: La encuesta fue una serie de preguntas dirigidas a la madre. Constó tanto de preguntas abiertas como también preguntas cerradas. Todas las encuestas se realizaron con la presencia del encuestador posterior a la medición de peso y talla de cada niño.

Se le entregó a la madre una hoja con todas las preguntas y se le pidió que responda todas en el momento, explicando punto por punto el significado de cada pregunta en caso de que existan dudas, dando la posibilidad de volver a preguntar dudas en el transcurso de la realización de la encuesta. Una vez finalizada la misma, se procedió a la devolución de esta a la encuestadora.

9. TRABAJO DE CAMPO

Tabla 11. NIÑOS POR SEXO

SEXO	CANTIDAD
Femenino	12
Masculino	15
TOTAL	27

Tabla 12. NIÑOS POR EDAD

EDAD	CANTIDAD
6 meses	4
7 meses	1
8 meses	2
9 meses	2
10 meses	0
11 meses	1
12 meses	4
13 meses	0
14 meses	2
15 meses	1
16 meses	0
17 meses	1
18 meses	2
19 meses	1
20 meses	1
21 meses	1
22 meses	0
23 meses	1
24 meses	3

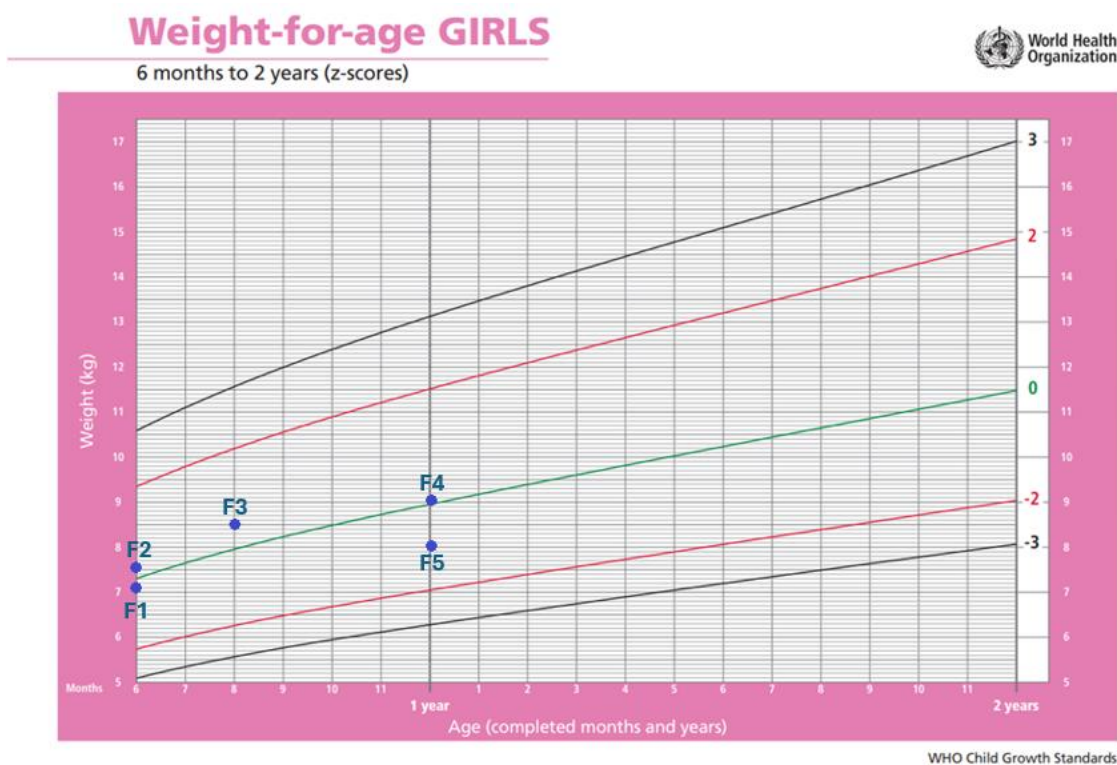
Tabla 13. Registro de datos, revisión del estado nutricional según tablas de la OMS.

Niño*	Edad	Peso	Talla	IMC	Peso/edad **	IMC/edad	Estado Nutricional
F-1	6 meses	7,1	0,65	16,80	<u>0</u> ;-2	-	Normal
M-1	6 meses	6,95	0,63	17,51	0; <u>-2</u>	-	Normal
F-2	6 meses	7,58	0,645	18,22	<u>0</u> ;2	-	Normal
M-2	6 meses	8	0,655	18,65	0	-	Normal
M-3	7 meses	7,35	0,71	14,58	0; <u>-2</u>	-	Normal
F-3	8 meses	8,5	0,67	18,94	<u>0</u> ;2	-	Normal
M-4	8 meses	9,25	0,7	18,88	<u>0</u> ;2	-	Normal
M-5	9 meses	9,85	0,73	18,48	<u>0</u> ;2	-	Normal
M-6	9 meses	8,52	0,695	17,64	<u>0</u> ;-2	-	Normal
M-7	11 meses	9,1	0,64	22,22	<u>0</u> ;-2	-	Normal
M-8	12 meses	11,5	0,75	20,44	0; <u>2</u>	-	Normal
F-4	12 meses	9,1	0,74	16,62	<u>0</u> ;2	-	Normal
F-5	12 meses	8	0,73	15,01	<u>0</u> ;-2	-	Normal
M-9	12 meses	12,2	0,79	19,55	<u>2</u> ;3	-	Posible riesgo de sobrepeso
F-6	14 meses	9,65	0,745	17,39	-	0; <u>1</u>	Normal
F-7	14 meses	10,38	0,75	18,45	-	1;2	Posible riesgo de sobrepeso
M-10	15 meses	10,25	0,8	16,02	-	<u>0</u> ;-1	Normal
M-11	17 meses	10	0,77	16,87	-	<u>0</u> ;1	Normal
F-8	18 meses	11,2	0,79	17,95	-	<u>1</u> ;2	Posible riesgo de sobrepeso
M-12	18 meses	11	0,81	16,77	-	<u>0</u> ;1	Normal
F-9	19 meses	10	0,78	16,44	-	0;1	Normal
M-13	20 meses	11,4	0,83	16,54	-	<u>0</u> ;1	Normal
F-10	21 meses	10,1	0,815	15,21	-	<u>0</u> ;-1	Normal
F-11	23 meses	10,45	0,83	15,17	-	<u>0</u> ;-1	Normal
F-12	24 meses	12,6	0,82	18,74	-	<u>2</u> ;3	Sobrepeso
M-14	24 meses	8,89	0,82	13,22	-	-2;-3	Emaciado
M-15	24 meses	13,4	0,88	17,30	-	<u>1</u> ;2	Posible riesgo de sobrepeso

* F: Femenino. M: Masculino.

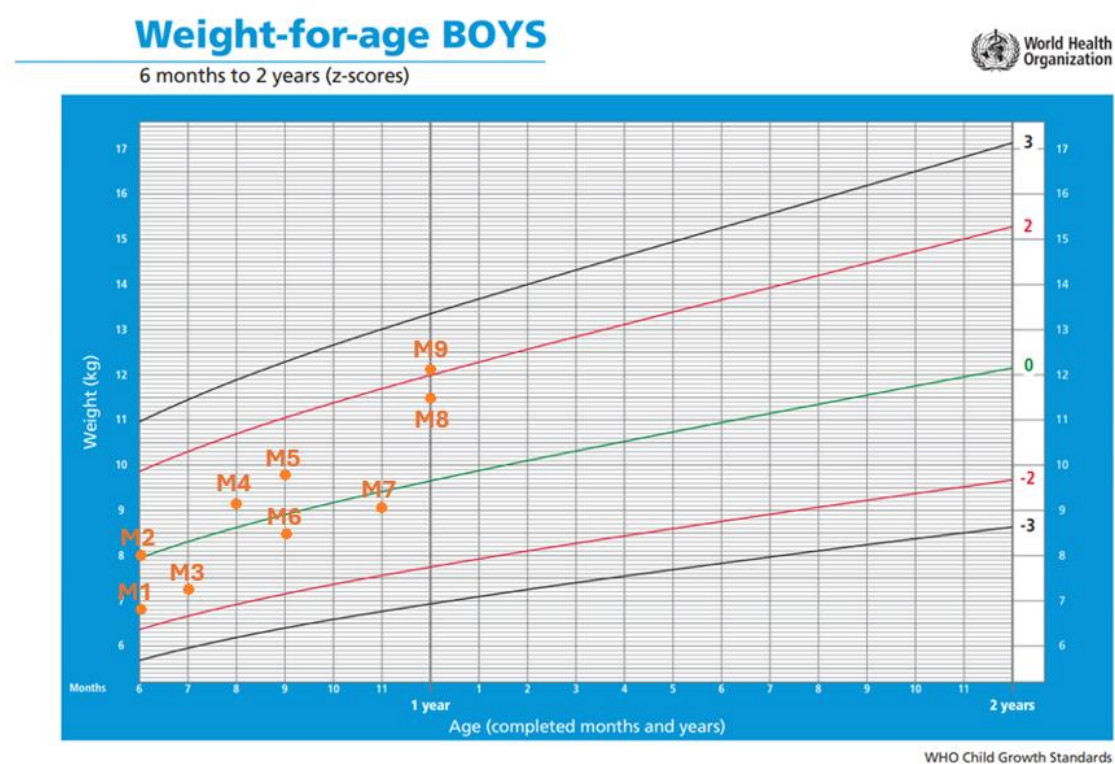
**El número subrayado corresponde al más cercano al punto perteneciente a cada niño
(unión de ejes X y Y)

Imagen 3. PESO/EDAD Niñas



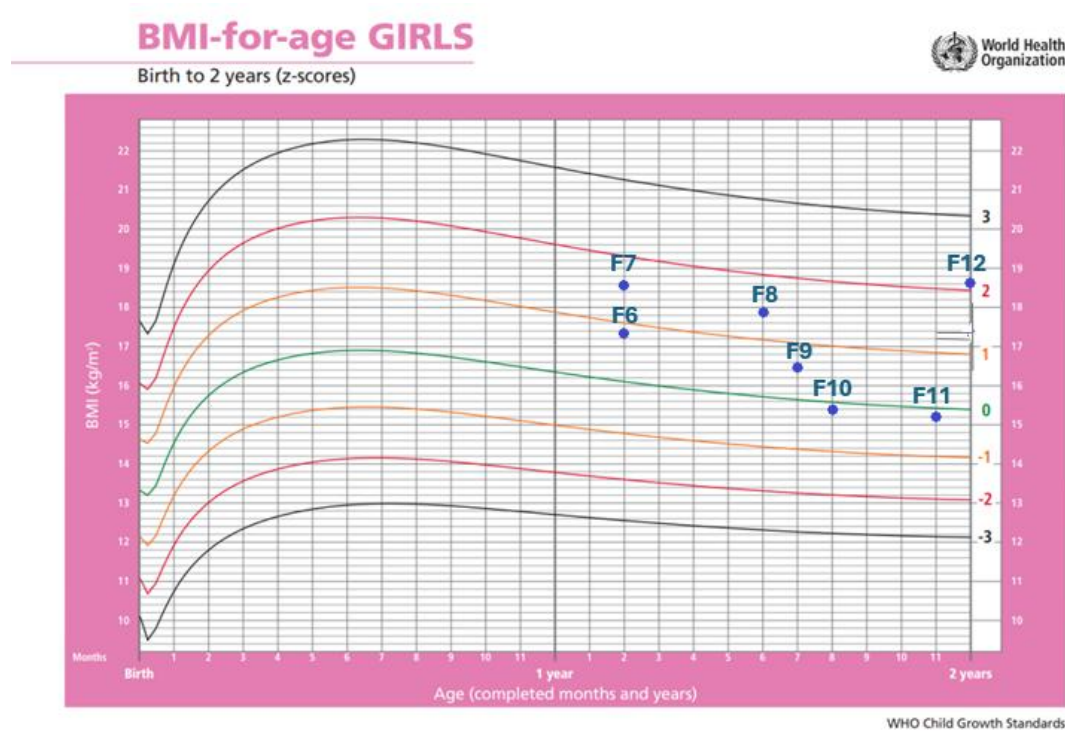
Nota: Extraído de OMS. Autoría: OMS con intervención propia

Imagen 4. PESO/EDAD Niños



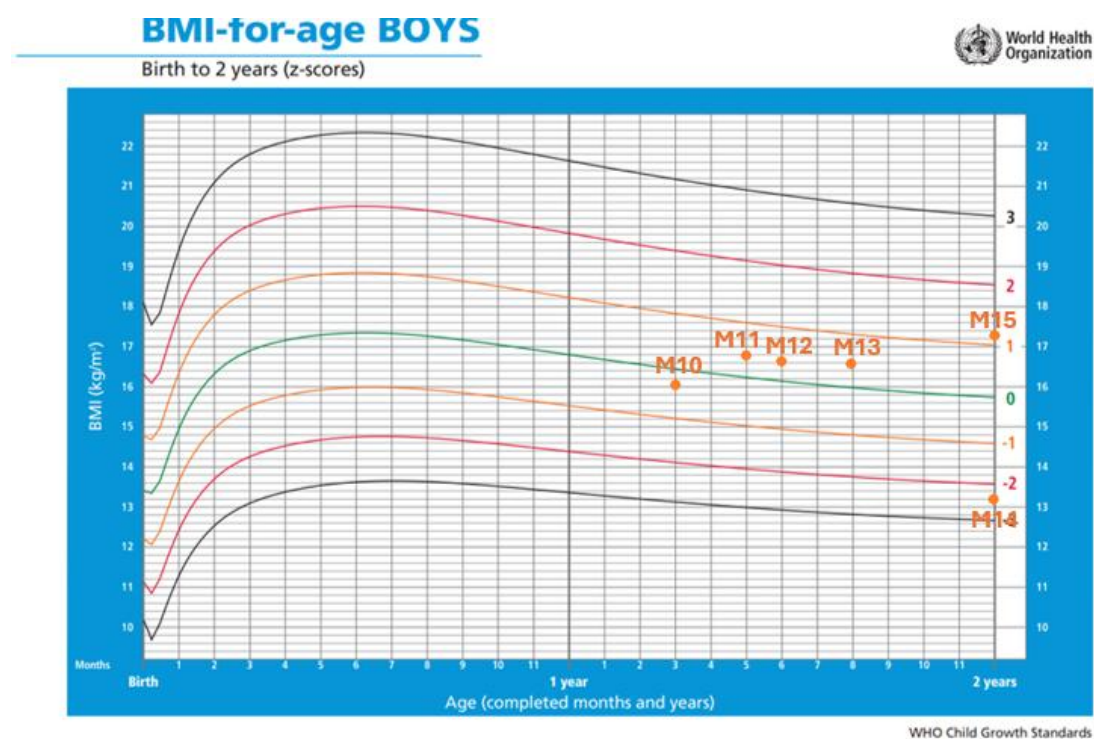
Nota: Extraído de OMS. Autoría: OMS con intervención propia

Imagen 5. IMC/EDAD Niñas



Nota: Extraído de OMS. Autoría: OMS con intervención propia

Imagen 6. IMC/EDAD Niños



Nota: Extraído de OMS. Autoría: OMS con intervención propia

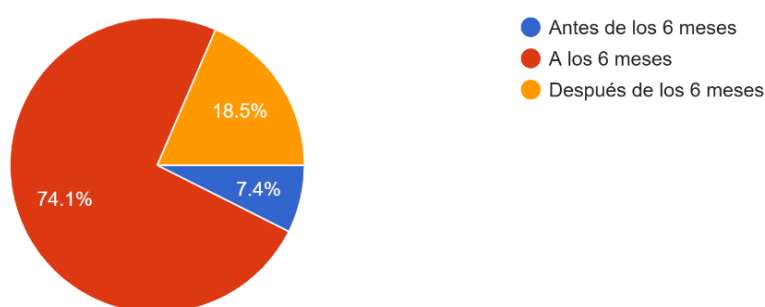
Resultados estado nutricional:

- Normal (n=21 - 77,77%)
- Posible riesgo de sobrepeso (n=4 - 14,81%)
- Sobrepeso (n=1 - 3,7%)
- Emaciado (n=1 - 3,7%).

RESULTADOS ENCUESTA:

GRÁFICO N°1: EDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

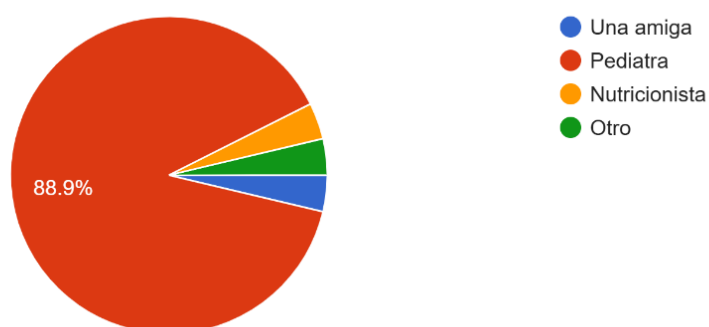
27 respuestas



Respecto al inicio de la alimentación complementaria, se demostró que la mayoría de los niños (n=20) empezó a los 6 meses, mientras que una cantidad menor (n=5) inició luego de los 6 meses, y una cantidad mínima (n=2) comenzó antes de los 6 meses.

GRÁFICO N°2: INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

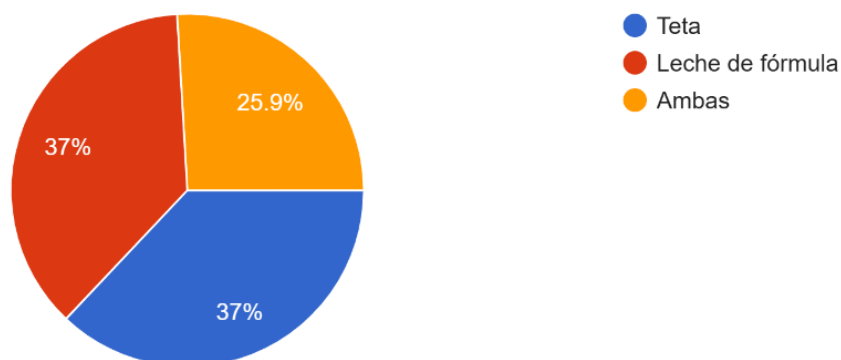
27 respuestas



En cuanto a quién le brindó información sobre la alimentación complementaria a la madre, se obtuvo que en un 88.9% (n=24) fue el pediatra quien se encargó de informar, mientras que en una minoría (n=1) fue un nutricionista, (n=1) una amiga, (n=1) u otro.

GRÁFICO N°3: TIPO DE LACTANCIA

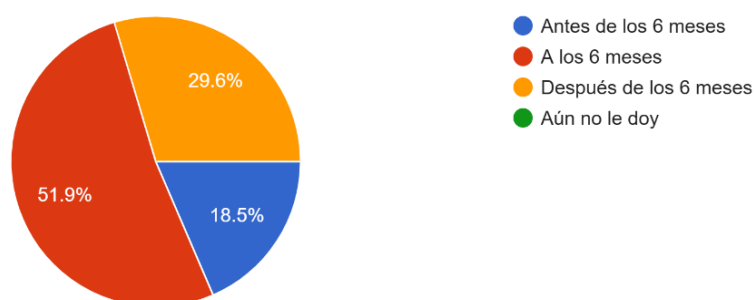
27 respuestas



Respecto si el bebé toma pecho, leche de formula o ambas, se obtuvo una igualdad entre el 37% de la población (n=10) que toma leche de formula y un 37% de la población (n=10) que toma pecho, mientras que una cantidad menor 25,9% (n=7) toma ambas.

GRÁFICO N°4: INICIO DEL CONSUMO DE AGUA

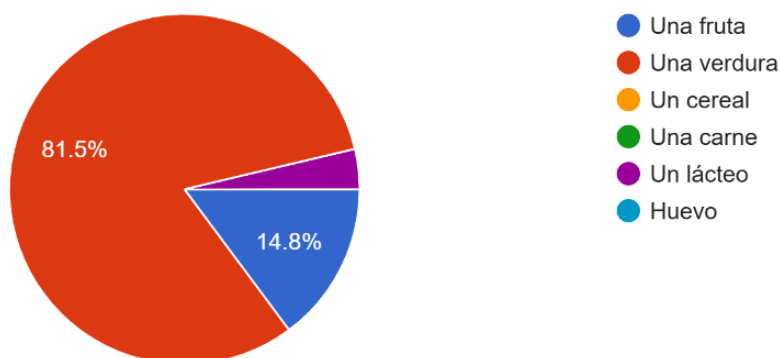
27 respuestas



Sobre el inicio del consumo de agua, se determinó que un poco más de la mitad (n=14) inició el consumo de agua a los 6 meses, seguido por un 29,6% (n=8) que inició luego de los 6 meses, y un 18,5% (n=5) antes de los seis meses.

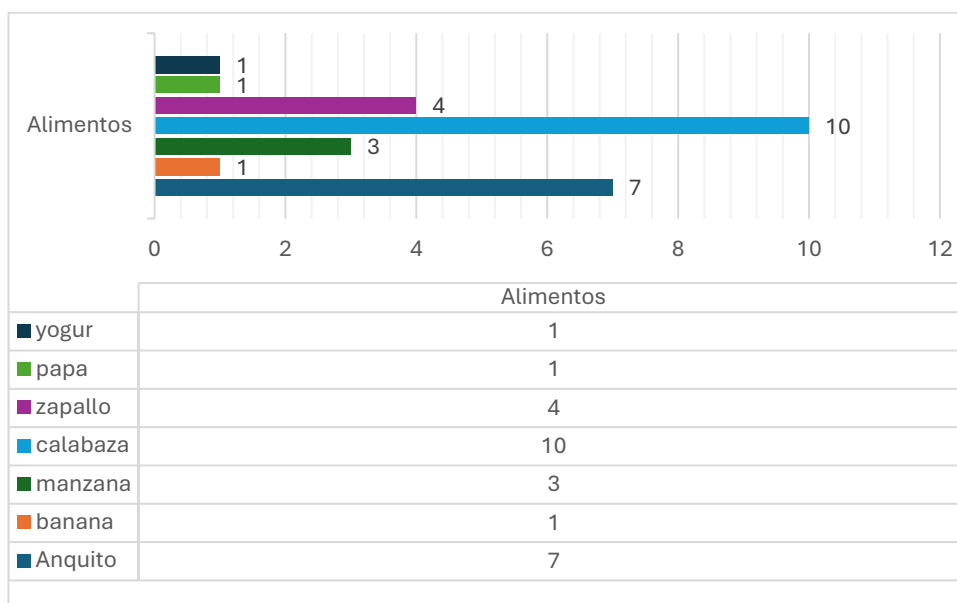
GRÁFICO N°5: TIPO DEL PRIMER ALIMENTO COMPLEMENTARIO

27 respuestas



Respecto del primer alimento que se le dio al bebé, se determinó que la mayoría 81,5% (n=22) inició la alimentación complementaria con una verdura, mientras que el 14,5% (n=4) comenzó con una fruta y un mínimo (n=1) inició con un lácteo.

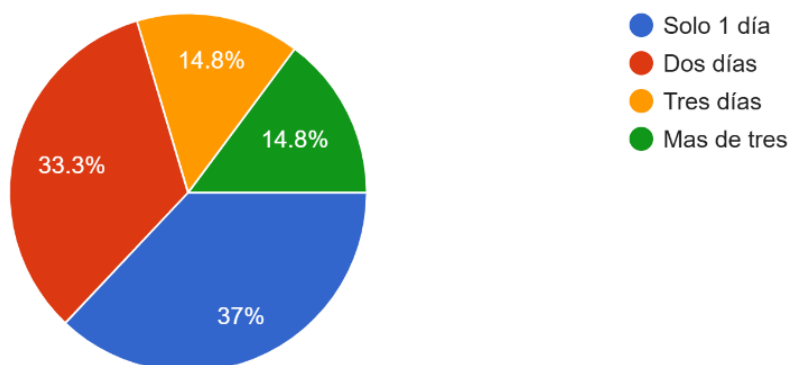
GRÁFICO N°6: ALIMENTO DE INICIO MAS ELEGIDO



Con respecto al alimento elegido para iniciar la alimentación complementaria, se obtuvo que el favorito de la mayoría (n=10) fue la calabaza, seguido por el anquito (n=7), luego el zapallo (n=4), la manzana (n=3) y en menor medida (n=1) banana, (n=1) papa y (n=1) yogur.

GRÁFICO N°7: DÍAS DE EXPOSICIÓN AL PRIMER ALIMENTO INCORPORADO

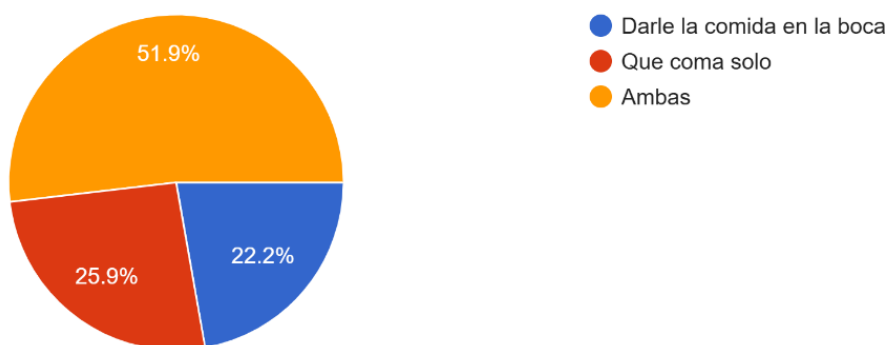
27 respuestas



Con respecto a cuántos días se le dio el primer alimento antes de introducir un nuevo, se obtuvo que la mayoría, 37% (n=10) fue solo por un día, seguido por un 33,3% (n=9) que lo sostuvo por dos días, y una igualdad con el 14,8% (n=4) para cuatro días, así como también para más de tres días.

GRÁFICO N°8: FORMA DE BRINDAR LA COMIDA

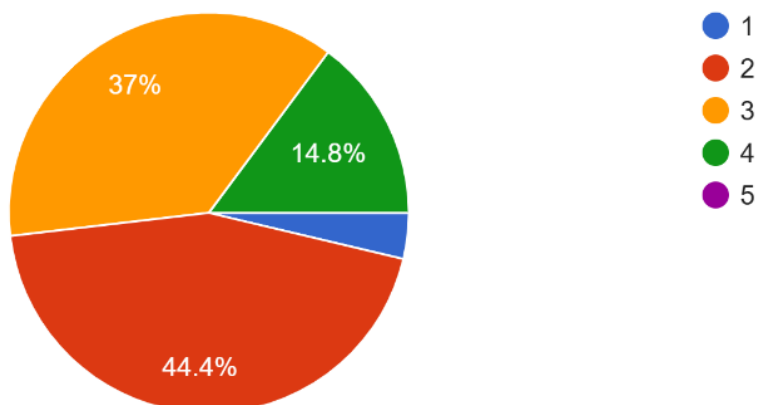
27 respuestas



Según las preferencias para darle la comida, se obtuvo que la mayoría con el 51,9% (n=14) prefiere ambas opciones (darle la comida en la boca y que coma solo), mientras que el 25,9% (n=7) prefiere que coma solo, y en último lugar, con 22,2% (n=6) prefieren darle la comida en la boca.

GRÁFICO N°9: CANTIDAD DE COMIDAS DIARIAS

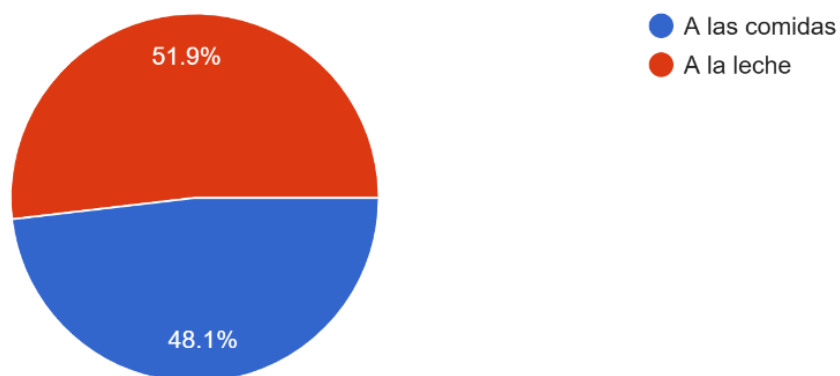
27 respuestas



De acuerdo con la cantidad de comidas diarias que se ofrecen, sin tener en cuenta la leche, la mayoría 44,4% (n=12) elige darle dos comidas diarias, seguido por el 37% (n=10) que decide darle 3 comidas, y el 14,8% (n=4) que le da 4 comidas diarias, con un mínimo de (n=1) que da solo una comida por día.

GRÁFICO N°10: PRIORIDAD DE CONSUMO

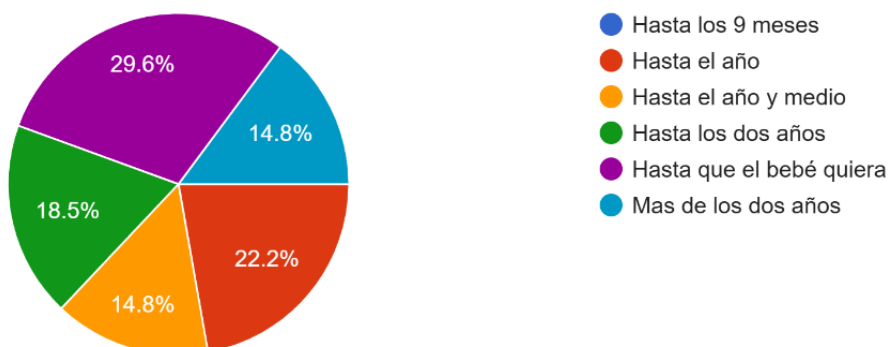
27 respuestas



Respecto de si se le da prioridad a la leche o a las comidas, un 51,9% (n=14) manifestó darle prioridad a la leche, mientras que un 48,1% (n=13) da prioridad a las comidas.

GRÁFICO N°11: EDAD DE FIN DE LACTANCIA

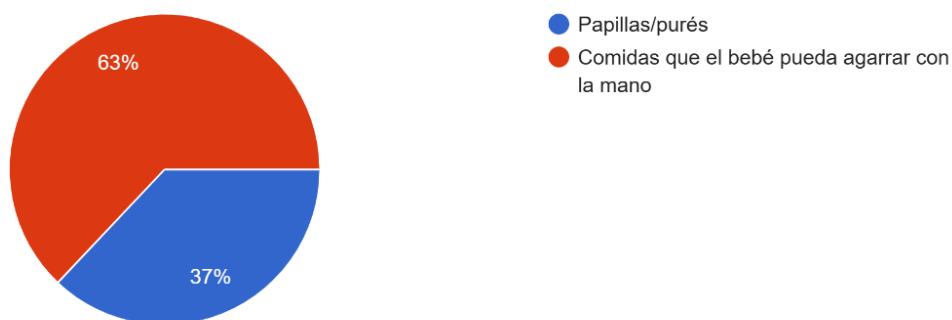
27 respuestas



Según la edad hasta la que consideran que van a continuar ofreciendo leche (tanto pecho como fórmula), se obtuvo que la mayoría (n=8) hasta que el bebe quiera, seguido por el 22,2% (n=6) que opina hasta el año, un 18,5% (n=5) considera seguir hasta los dos años, y finalmente con una igualdad del 14,8% (n=4) considera más de los dos años y también hasta el año y medio.

GRÁFICO N°12: CONSISTENCIA DE LAS COMIDAS OFRECIDAS

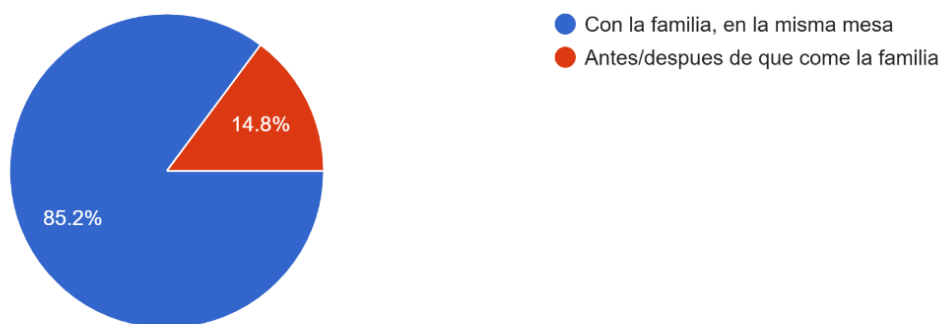
27 respuestas



Con respecto al tipo/textura de los alimentos que se le ofrecen a los niños, se obtuvo que la mayoría (n=17) prefiere dar comidas que el bebé pueda agarrar con la mano, mientras que la minoría (n=10) elige papillas/purés.

GRÁFICO N°13: LUGAR EN QUE EL NIÑO COME

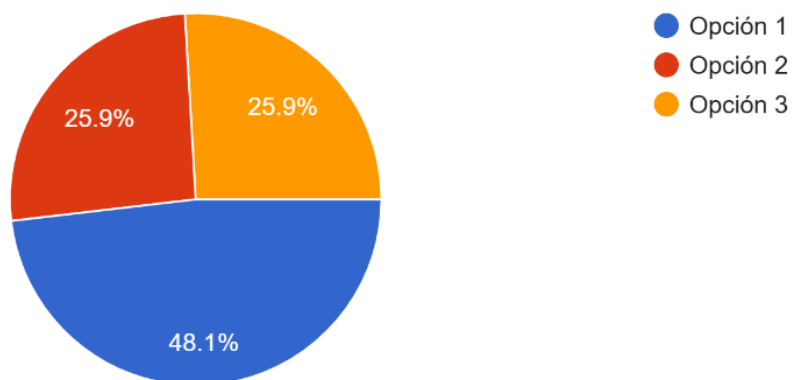
27 respuestas



Según si el bebé come al mismo tiempo que la familia, se obtuvo que la gran mayoría con un 85,2% (n=23) come con la familia, en la misma mesa, mientras que una minoría (n=4) come antes o después.

GRÁFICO N°14: DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN EL PLATO

27 respuestas



☐ Opción 1



☐ Opción 2

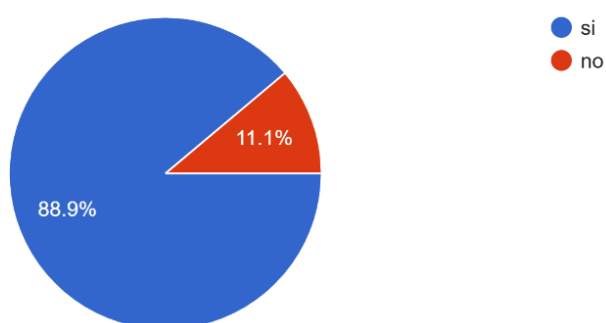


☐ Opción 3

Con respecto a cómo distribuyen y cuáles alimentos ofrecen en el plato, se obtuvo que la mayoría con el 48,1% (n=13) lo realiza como la imagen 1 la cual corresponde a método BLW y con una igualdad del 25,9% se encuentran las que eligieron imagen 2 (método tradicional) y la imagen 3 (método BLISS).

GRÁFICO N°15: TOMAR LA COMIDA CON LAS MANOS

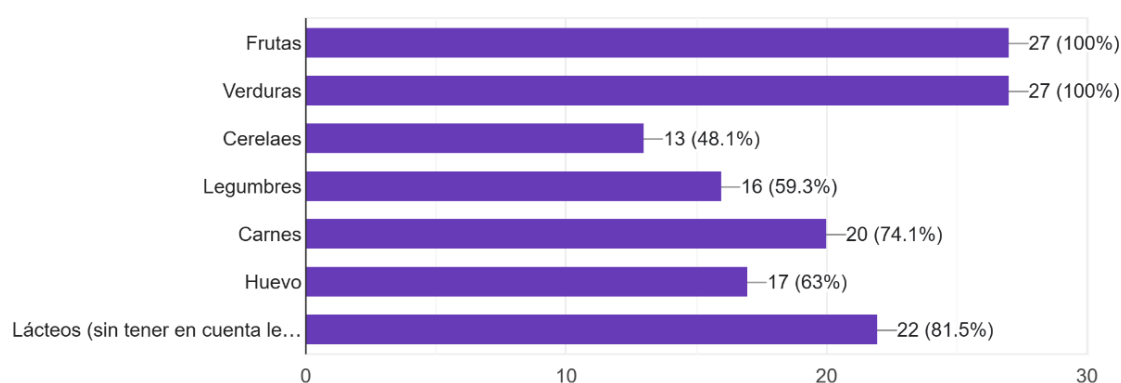
27 respuestas



Según si la madre permite que el niño agarre la comida con la mano, se obtuvo que la mayoría 88,9% si lo permite, mientras que el 11,1% no.

GRÁFICO N°16: ALIMENTOS QUE YA CONSUME EL NIÑO

27 respuestas

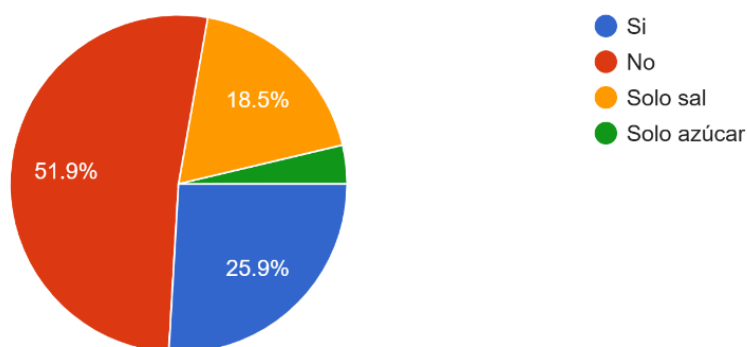


De acuerdo con los grupos de alimentos que ya consume cada niño, se obtuvo que la totalidad de ellos ya consume frutas y verduras, mientras que una menor cantidad ya consume también lácteos (n=22), seguido por carnes (n=20), en menor medida huevos

(n=17), y legumbres (n=16), mientras que el grupo con menor consumo aún es el de cereales (n=13).

GRÁFICO N°17: AGREGADO DE SAL Y AZÚCAR

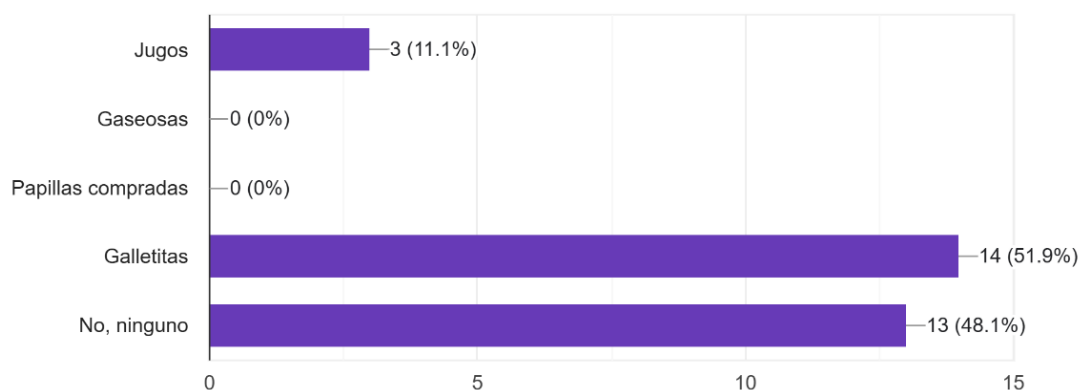
27 respuestas



Respecto al agregado de sal o azúcar a las comidas del bebé, se obtuvo que poco más de la mitad 51,9% (n=14) no agrega ninguno, seguido por un 25,9% (n=7) que si agrega ambas, un 18,5% (n=5) que solo agrega sal y una cantidad mínima (n=1) que solo agrega azúcar.

GRÁFICO N°18: CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS

27 respuestas

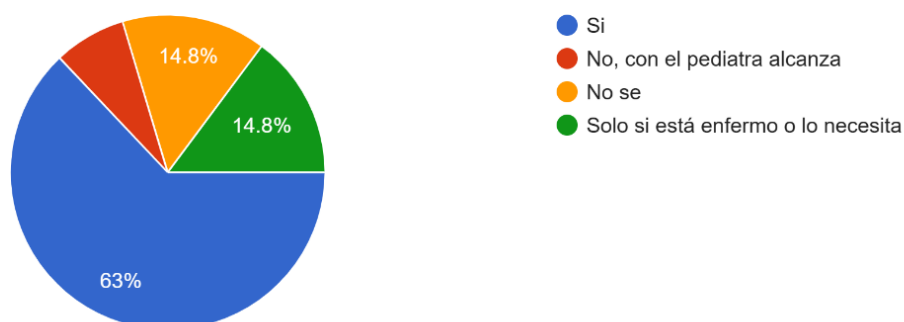


Considerando el consumo de ultraprocesados, se obtuvo que la mayoría 51,9% (14) ofrece galletitas, seguido por un 48,1% (n=13) que no ofrece ningún ultraprocesado, y un

mínimo de 11,1% (n=3) que ofrece jugos, mientras que ninguno ofrece gaseosas o papillas compradas.

GRÁFICO N°19: CONSIDERACIÓN SOBRE NUTRICIONISTA PEDIÁTRICO

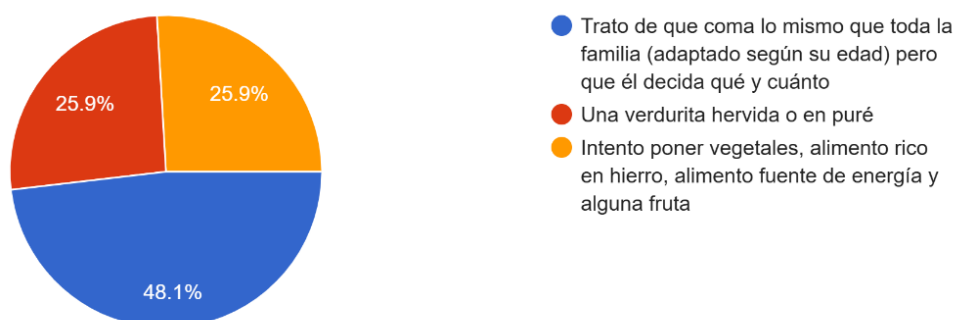
27 respuestas



Según la opinión de la madre sobre si llevaría al niño a un nutricionista pediátrico, se obtuvo que la mayoría 63% si lo haría, seguido por una igualdad del 14,8% entre “no sé” y “solo si está enfermo o lo necesita”, y una minoría de (n=1) que opina que no, con el pediatra es suficiente.

GRÁFICO N°20: MÉTODO DE ALIMENTACIÓN APLICADO

27 respuestas



Se obtuvo que la mayoría (48,1%) eligió la opción 1 que se corresponde con el método BLW, mientras que se encontró una igualdad entre las opciones 2 y 3 con un 25,9%, siendo estas las que corresponden al método tradicional y BLISS respectivamente.

10. CONCLUSIÓN

Como resultado de esta investigación, se obtuvo que el método de alimentación complementaria más utilizado para alimentar a niños de 6 a 24 meses en la ciudad de Gualeguay, Entre Ríos en el año 2024 es el Baby Led Weaning (BLW) y que el estado nutricional de los niños, en general se encuentra dentro de la normalidad.

Casi la mitad de las madres encuestadas (48,1%) expresaron utilizar un método de alimentación complementaria equivalente al Baby Led Weaning, puesto que prefieren dar alimentos en trozos y que sea el bebé quien decida cómo y cuánto comer, dejando que el niño agarre la comida con la mano, pero sin considerar la elección de alimentos específicos como aquellos ricos en hierro o en energía, lo cual sí es característico del método BLISS.

La otra mitad restante, se repartió en iguales cantidades entre el método tradicional y el método BLISS.

Con respecto al estado nutricional de los niños que participaron del estudio, la mayoría (77,77%) presenta un estado nutricional normal y adecuado a su edad.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, en líneas generales, las madres cuentan con buenas prácticas de alimentación complementaria según las recomendaciones de la OMS y la SAP.

En cuanto al consumo de leche, se obtuvo una igualdad entre quienes daban leche de fórmula y quienes daban pecho (no especificando cuál es el motivo particular de cada elección, simplemente se constató que los niños siguieran en periodo de lactancia en cualquiera de sus formas), lo cual se corresponde con la recomendación de OMS de brindar alimentos como complemento de la lactancia, no teniendo que desplazar o interrumpir la misma por el inicio de la alimentación complementaria. Y el 29,6% manifestó que va a continuar con la lactancia hasta que el bebé quiera, lo cual también se respalda con la recomendación de la lactancia a demanda. Sin embargo, las recomendaciones oficiales sugieren que la lactancia debería ser mínimo hasta los dos años o más y no simplemente hasta que el niño lo desee puesto que esto podría ser anterior a los dos años.

Casi el 75% de las encuestadas expresó haber comenzado con la alimentación complementaria a los 6 meses de edad, tal y como se encuentra en las recomendaciones

anteriormente nombradas. Con respecto a la alimentación complementaria, el 88% compartió que quien le brindó información sobre este período fue el pediatra.

La mayoría de las madres también declararon haber comenzado a ofrecerle agua a los niños a partir de los 6 meses, tal y como las recomendaciones lo indican.

A su vez, la mayor cantidad de las madres comenzaron la alimentación complementaria con un vegetal, que en su mayoría se ofreció solo por un día antes de la introducción de uno nuevo.

Un poco mas de la mitad declararon tanto darle de comer en la boca, como ofrecerles alimentos que puedan agarrar con sus manos, sin embargo, el 63% de las madres expresó que prefieren ofrecer alimentos que el bebé pueda agarrar con su mano. Respecto si se les permite a los bebés que tomen la comida con sus manos y se ensucien, un 88,9% respondió que sí.

A la hora de armar los platos en general prefieren ofrecer la misma comida que a los demás miembros de la familia, adaptada para que puedan comer por si solos la cantidad que deseen. Y en cuanto al lugar, el 85,2% determinó que las comidas del bebé son en la mesa junto al resto de su familia. Todo esto también se correlaciona con las recomendaciones de una alimentación perceptiva, promovida tanto por OMS como por SAP.

El 44,4% de las encuestadas ofrece dos comidas diarias y el 51,9% expresa darle prioridad a la leche por sobre la comida, lo cual también se encuentra dentro de las recomendaciones, puesto que la alimentación en este periodo funciona como complemento de la lactancia.

Muchos de los niños ya consumen alimentos de todos los grupos, cumpliendo con una de las recomendaciones principales brindadas por OMS y SAP. Sin embargo, el grupo con menos índice de consumo es el de los cereales.

La mayoría declaró no agregar ni sal ni azúcar a las comidas del niño y un 48% dice no ofrecer tampoco productos industrializados, siendo este también un punto importante dentro de las recomendaciones de alimentación complementaria para niños pequeños.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1- OPS. “Lactancia materna y alimentación complementaria”. OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud. [Sede web]; [citado el 29 de octubre 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- 2- OMS. “Alimentación del lactante y del niño pequeño” Organización Mundial de la Salud. [Sede web]. 2023 [actualizado 20 diciembre de 2023; citado el 29 de octubre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding#:~:text=Los%20principios%20rectores%20de%20una%20alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20apropiada,tanto%2C%20y%20mantener%20el%20contacto%20visual%29.%20M%C3%A1s%20elementos>
- 3- González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Ramírez Silva I, Lozada Tequeanes AL. “Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México”. Salud Publica De México. [Internet]. 2023 [citado el 23 de octubre 2023]; 65:s204–s210. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14805>
- 4- Villegas Santos, DM. “Estado nutricional y prácticas de alimentación complementaria en lactantes 6 a 24 meses del centro de salud corrales, Tumbes 2022”. [Tesis de maestría]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2023.
- 5- Rodriguez AG, Medrano AM. “Modalidades de la alimentación complementaria e introducción de alimentos alergénicos en lactantes”. CiNteB [Internet]. 2023 [citado el 13 jul 2023];2(4):11-7. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/cinteb/article/view/1741>
- 6- Zamanillo-Campos R, Rovira-Boixadera L, Rendo-Urteaga T. “Prácticas y creencias habituales en la preparación de la alimentación complementaria infantil en una muestra española: estudio transversal”. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2021 [citado 23 de octubre 2023];38(5):919-934. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000600006

- 7- Calabuig Bono I, Celda Belinchón L, Miguel Montoya I. “El Baby-Led Weaning como nuevo método de alimentación complementaria del lactante”. Metas de enfermería [Internet]. 2021 [citado 23 de octubre 2023];24(2):67–75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7787683>
- 8- Real Academia Española - Diccionario de la lengua española “Método”. [Internet]. 23.^a ed. [citado 23 de octubre 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/m%C3%A9todo>
- 9- Gómez Fernández-Vegue M . “Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria”. [Libro en Internet]. . 1^a ed. España: Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría; 2019 [citado 23 de octubre 2023]; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
- 10- Gutiérrez G. “Baby-led weaning: alimentación complementaria a demanda. Una revisión bibliográfica”. NURE investigación: Revista Científica de enfermería [Internet]. 2019 [citado 23 de octubre 2023];(102):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7137412>
- 11- Campoy C, Leis R. “Métodos de introducción de alimentación complementaria en el primer año de vida”. Anales de pediatría (AEP). [Internet]. 2023 [citado 11 de octubre 2024]; 98(4):247-248. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403323000462?via%3Dihub>
- 12- Suverza Fernandez A, Haua Navarro K. “el ABCD de la evaluación del estado de nutrición”. 2º edición. México: Mc Graw-Hill. 2023.

- 13- Porbén SS. “Alimentación complementaria”. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [Internet]. 2022 [citado 13 de noviembre 2023];9;31(2):12. Disponible en: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1276>
- 14- OMS. “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2003 [citado 13 de noviembre 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 15- Perea A, Saavedra JM. “Alimentación complementaria, Bases para la introducción de nuevos alimentos al lactante” [libro en Internet]. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2019. [citado 13 de noviembre 2023]. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?id=ZpzLDwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- 16- Mariño M. “Alimentación Complementaria: aspectos Fundamentales” Consenso sobre nutrición en los primeros 1000 días. 2020;83(4): 86 - 97.
- 17- Gorriz Mrtinez O. “Baby Led Weaning (Blw) Y Baby Led Introduction To Solids (Bliss): nuevos enfoques de la alimentación complementaria”. [Tesis de grado]. España: ULIB; 2021.
- 18- Vázquez-Frias R, Ladino L, Bagés-Mesa Mc, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, Et Al. Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. 2023; 88(1): 57-60.
- 19- Martinón N, Picáns R, Lei R. “Recomendaciones de alimentación complementaria según los Comités de Nutrición de la AAP, ESPGHAN y AEP”. Acta Pediátrica Española. 2020; 78 (¾): 48-53.
- 20- Sánchez Sa, Fernandez Mezquita S, Garcia Aivar M, Sánchez Melus J, Navarro Moros, M. “Alimentación complementaria en lactantes” Revista sanitaria de investigación. [Internet]. 2024. [actualizado 8 de septiembre 2024; citado 11 de

octubre 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/articulo-monografico-alimentacion-complementaria-en-lactantes/>

- 21- Barnett S, Jung K. “Protocol for the taking and recording of anthropometric measurements”. New Jersey: Instituto Nacional para la Investigación de la Educación Temprana. NIEER; 2022.
- 22- Abascal Manzano A. “Los nuevos métodos de alimentación complementaria: baby-led weaning y baby-led introduction to solids”. [Tesis]. Santander (España): UC. 2024.
- 23- Posada JHA. “Alimentación complementaria: ¿Nuevas tendencias?” [Tesis de posgrado]. Bogotá (Colombia): UNC. 2020.
- 24- Sociedad Argentina de Pediatría. “Alimentación complementaria”. [Internet]. Argentina:SAP; 2020. [citado 13 de noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/comunidad-novedad.php?codigo=288>
- 25- Comité de nutrición y lactancia materna de la AEP. “Manual de Nutrición”. 1ª ed. Asociación Española de Pediatría. España: Lúa Ediciones; 2021.
- 26- Sociedad Argentina De Pediatría. “Guía para la evaluación del crecimiento físico”. 4ta ed. República Argentina: editorial ideográfica; 2021.
- 27- Rendón D, Corrales Ocampo IC. “Importancia de la alimentación complementaria: revisión documental”. [Tesis]. Antioquia (Colombia): UCO; 2020.
- 28- Lazaro Almarza A, Marin Lazaro JF. “Alimentación del lactante sano”. SEGHP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2ª ed. España: Ergon; 2023. 311-320.
- 29- Lorenzo J, Díaz M. “Alimentación complementaria”. Curso avanzado de nutrición pediátrica y tratamiento dietético infanto-juvenil. [Internet]. 2ª ed. Academia Española de Nutrición y dietética; 2024. [citado 13 de noviembre 2023] disponible

en:https://elearning2024.nutrinfo.com/curso_avanzado_nutricion_pediatrica/curso/downloads/material/20240326_033128_mod2-04-2024.pdf

- 30- FAO/OMS. “Codex Alimentarius” [Internet] FAO/OMS; 2024 [citado el 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/es/>
- 31- Lorenzo J.; Guidoni M.E.; Díaz M.; Marenzi M.S.; Lestingi M.E.; Lasivita J.; Isely M.B.; Bozal A.; Bondarczuk B. “Nutrición del niño sano” 1ª ed. CABA (Buenos Aires): Corpus Libros Médicos y Científicos; 2019.
- 32- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. “Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado” . Washington DC: OPS/OMS; 2003.
- 33- Perea-Martínez A, Ríos-Gallardo P, Santiago-Lagunes LM, et al. “Consenso en hidratación infantil saludable. Nuevos conceptos y recomendaciones actuales en el contexto de la triple y la cuádruple carga de malnutrición.” Acta Pediatr Mex. 2023;44(1):83-105.
- 34- Setton D, Fernandez A; “Nutrición en pediatría. Bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos”. 2ª ed. Buenos Aires (Argentina): editorial médica panamericana s.a.c.f.; 2021.
- 35- Secretaria De Gobierno De Salud. 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. [Internet] Argentina. Biblioteca Cesni, 2019. [citado 13 de marzo 2024] Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>
- 36- Cadena-Camacho RE , Hinojosa-García L. “Prácticas y actitudes de madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 a 24 meses”. Journal Health NPEPS. 2021; 6(1):35-46.

17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							

Recomendaciones OMS

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.²

Recomendaciones SAP

Dejar que él bebe toque el alimento con sus manos hace que tenga la experiencia de tocar, saborear, oler, y así descubrir distintas formas, sabores, colores, olores y texturas por sí solo.

Se recomienda ofrecer los alimentos de a uno a la vez para ver su aceptación y tolerancia. hay evidencia de que los bebés pueden incorporar desde los 6 meses la mayor parte de los alimentos como vegetales cocidos, legumbres, frutas, carne, pollo o pescado, gluten y huevo.

A los 12 meses, el lactante ya puede consumir el mismo tipo de alimentos saludables que el resto de la familia, aunque teniendo especial cuidado con los sólidos con riesgo de atragantamiento

No se debe añadir sal ni azúcar a los alimentos.

Puede utilizarse una silla de comer, cochecito o la falda del adulto, siempre que permita los movimientos libres de sus manos, y viendo al bebe de frente.

Se sugiere ofrecer un alimento con alto contenido en hierro en cada comida. puede ser: tiras de carne, pollo o pescado, lentejas pisadas. se puede combinar con el método tradicional ofreciéndole puré o papillas con texturas en algunas comidas.

Se propone la introducción gradual y progresiva de los distintos grupos, inicialmente en una comida al día. a medida que la incorporación de alimentos es placentera y se observa aceptación se van agregando el resto de las comidas del día, y entre ellas continua la lactancia.

Es importante que haya higiene de manos antes de preparar los alimentos y en el momento de ofrecerlos, también lavar las manos del bebe.²⁷

SIEMPRE Agua como bebida, en vaso pequeño que pueda tomar con ambas manos.

Alimentos que deben estar diariamente combinados en cada comida desde el inicio:

- carnes (de vaca, cerdo, pollo o pescado): sin grasa, bien cocida a la plancha, hervida o a la parrilla. Hay que desmenuzar con un tenedor o rallarla. Es imprescindible incorporarlas desde los 6 meses, son fuente de HIERRO, mineral muy importante para el desarrollo del cerebro.

- verduras (sin semillas ni cáscara). cuanta más variedad y color mejor. Es una inversión a futuro en la amplitud de alimentos que aceptará el niño más tarde.

- Alimentos que aportan ENERGÍA: Arroz, fideos, fideos de sopa, pastas sin relleno, harina de trigo, de maíz, de arroz, avena, almidón de maíz, papas, mandioca, tapioca,

quínoa, cuscús, sémola de trigo, semolín, legumbres (arvejas, lentejas, garbanzos, porotos)

-Grasas: una cucharadita de aceite en cada comida.

-El postre preferido siempre es la fruta (sin semillas ni cáscara)

Estos grupos de alimentos pueden combinarse, y deben ofrecerse diariamente. Deben ser al inicio de consistencia blanda: picados o pisados, pero no llegar a líquidos. No conviene licuarlos ni procesarlos. Presentarlos en un plato pequeño y con cuchara. Paulatinamente se aumentará la consistencia y entre los 9 a 10 meses deberán poder tomarlos con sus deditos y llevarlos a su boca (consistencia tipo ñoqui).

La lactancia o la fórmula no se suspenden al iniciar las comidas, sólo se irán descendiendo las tomas en la medida que se aumenta la alimentación complementaria. La leche de vaca se incorporará recién después del año de edad y no en grandes cantidades (no superar los 500 ml/día)

El huevo cocido y el pescado se pueden incorporar desde los 6 meses.

¿Y cuantas veces al día tiene que comer?

6 a 7 meses: 1 comida al día

8-9 meses: 2 comidas al día

10-11 meses: 3 comidas al día

12 meses: 4 comidas al día

¿Qué alimentos no les hacen bien?

-gaseosas /jugos/ aguas saborizadas

-leche de vaca

-Fiambres, embutidos

-golosinas, galletitas de paquete, snacks

-sal, miel, edulcorante

-frutos secos enteros

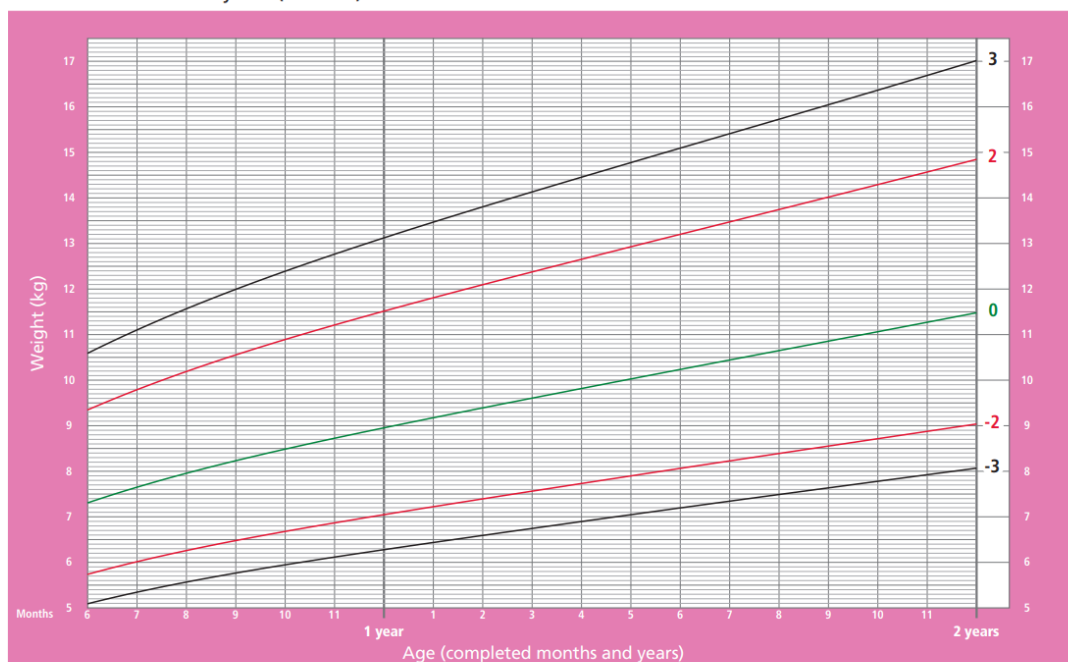
-soja y derivados.²

TABLAS:

Peso para la edad

Weight-for-age GIRLS

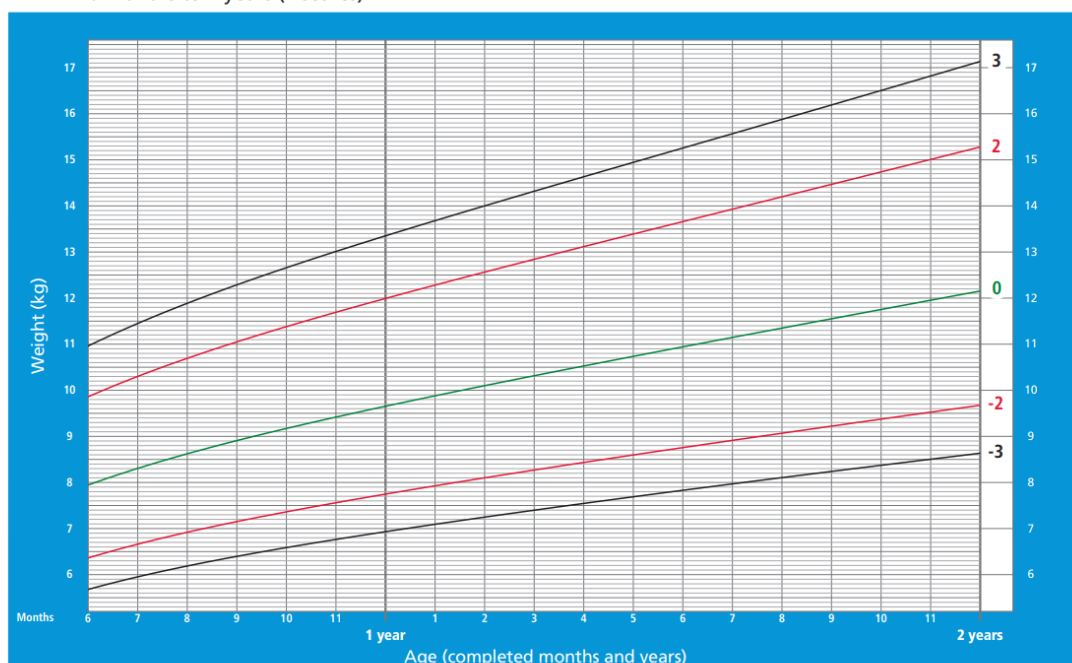
6 months to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-age BOYS

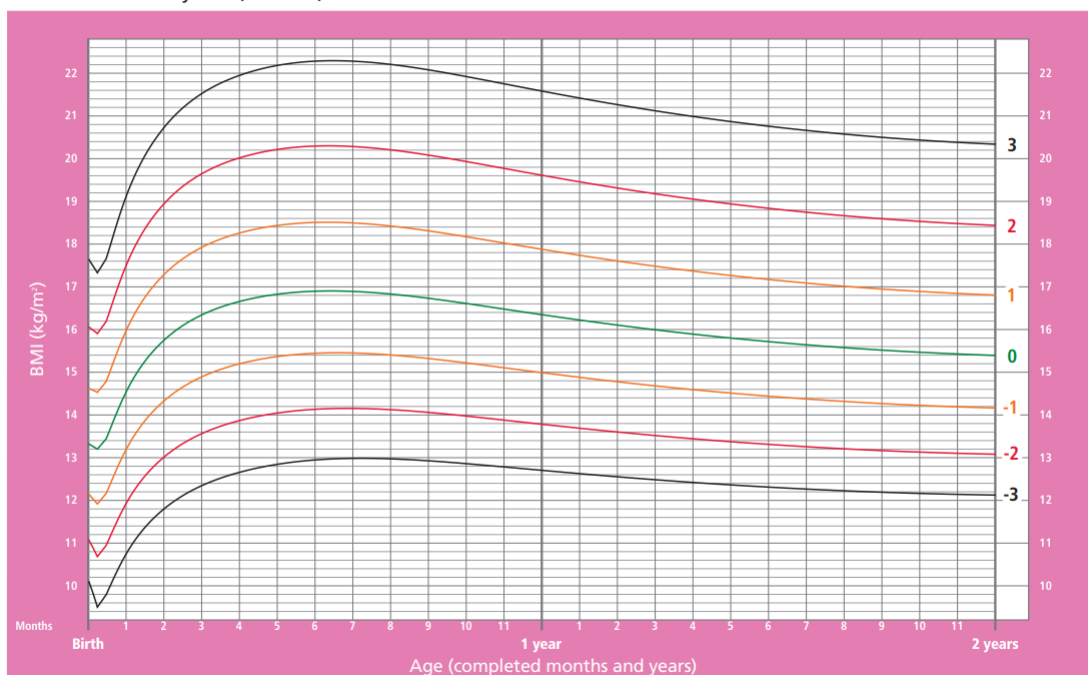
6 months to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age GIRLS

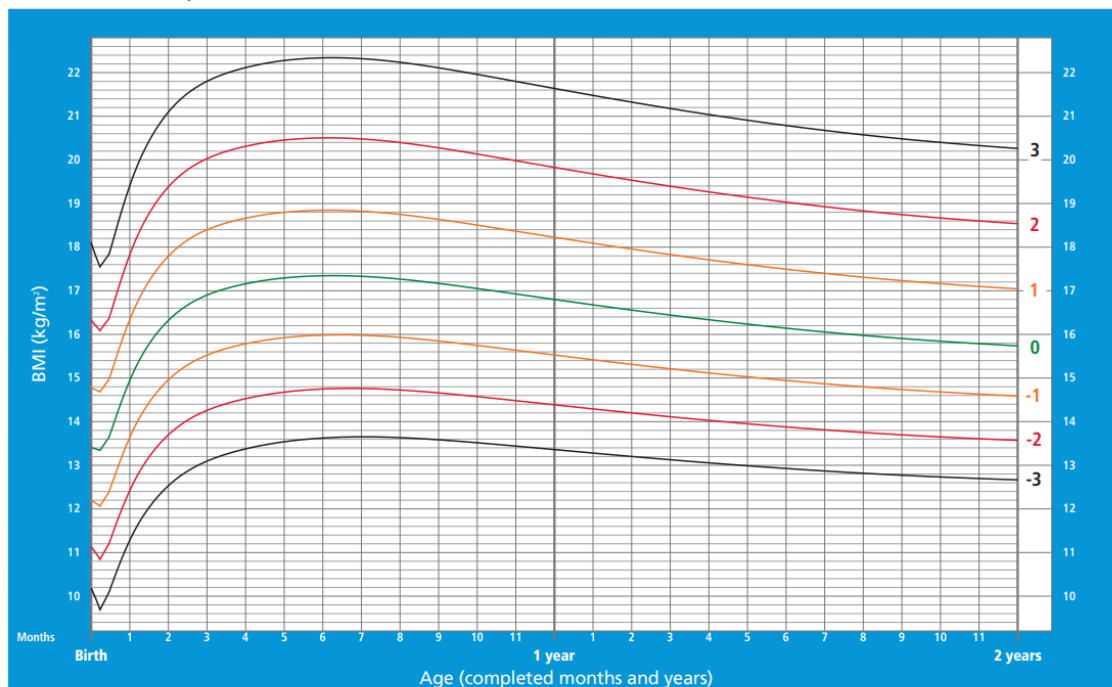
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Referencias para la interpretación de datos:

Puntuaciones z	Indicadores de Crecimiento			
	Longitud/talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud/talla	IMC para la edad
Por encima de 3	<i>Ver nota 1</i>	<i>Ver nota 2</i>	<i>Obeso</i>	<i>Obeso</i>
Por encima de 2			<i>Sobrepeso</i>	<i>Sobrepeso</i>
Por encima de 1			<i>Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)</i>	<i>Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)</i>
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	<i>Baja talla (Ver nota 4)</i>	<i>Bajo peso</i>	<i>Emaciado</i>	<i>Emaciado</i>
Por debajo de -3	<i>Baja talla severa (Ver nota 4)</i>	<i>Bajo peso severo (ver nota 5)</i>	<i>Severamente Emaciado</i>	<i>Severamente Emaciado</i>

ENCUESTA

Por favor, se agradece sinceridad en las respuestas. Firmando este documento autoriza a la utilización de los datos brindados para la realización de un trabajo final de investigación. Todos los datos brindados serán recibidos y utilizados anónimamente. Gracias por participar.

(A completar por la encuestadora)

1. Nombre de mamá/cuidador

2. Nombre del bebé

3. Edad del bebé

4. Sexo del bebé

X. Masculino

X. Femenino

5. Peso del bebé

6. Talla del bebé

(PREGUNTAS A RESPONDER POR LA MAMÁ)

7. ¿A qué edad comenzó el bebe con alimentación complementaria?

X. Antes de los 6 meses

X. A los 6 meses

X. Después de los 6 meses

8. ¿Quién te orientó/brindó información sobre la alimentación complementaria?

X. Una amiga

X. Pediatra

X. Nutricionista

X. Otro

9. Tu bebé toma...

X. Teta

X. Leche de formula

X. Ambas

10. ¿A qué edad comenzaste a darle agua a tu bebé?

X. Antes de los 6 meses

X. A los 6 meses

X. Después de los 6 meses

X. Aún no le doy

11. El primer alimento que le diste a tu bebé fue...

X. Una fruta

X. Una verdura

X. Un cereal

X. Una carne

X. Un lácteo

X. Huevo

X. Otro: _____

12. ¿Qué alimento fue?

(Si en la anterior respondió “fruta” en este apartado debería escribir la fruta que se le dio, ej. “banana”)

13. ¿Por cuántos días le diste ese alimento antes de introducir uno nuevo?

- X. Solo un día
- X. Dos días
- X. Tres días
- X. Mas de tres

14. A la hora de la comida preferís...

- X. Darle la comida en la boca
- X. Que coma solo
- X. Ambas

15. ¿Cuántas comidas por día le das a tu bebé? (Sin tener en cuenta la leche)

- X. 1
- X. 2
- X. 3
- X. 4
- X. 5

16. ¿A qué le das prioridad?

- X. A las comidas
- X. A la leche

17. ¿Hasta qué edad consideras que vas a seguir dándole pecho/leche de fórmula?

- X. Hasta los 9 meses
- X. Hasta el año
- X. Hasta el año y medio

- X. Hasta los dos años
- X. Hasta que el bebé quiera
- X. Mas de los dos años

18. A la hora de las comidas preferís...

- X. Papillas/purés
- X. Comidas que el bebé pueda agarrar con la mano

19. El bebé come...

- X. Con la familia, en la misma mesa
- X. Antes/después que come la familia

20. ¿Cuál de estos platos se parece más a la comida que le brindas a tu bebé?



☐ Opción 1



☐ Opción 2



☐ Opción 3

21. ¿Dejas que tu bebe agarre la comida con la mano y se ensucie?

X. Si

X. No

22. Seleccioná todos los grupos de alimentos que tu bebé ya consume

- ☐ Frutas
- ☐ Verduras
- ☐ Cereales
- ☐ Legumbres
- ☐ Carnes
- ☐ Huevo
- ☐ Lácteos (sin tener en cuenta leche materna/fórmula)

23. ¿Agregas sal/azúcar a los alimentos que le das a tu bebé?

X. Si

X. No

X. Solo azúcar

X. Solo sal

24. ¿Le ofreces algún alimento industrializado?

- ☐ Jugos
- ☐ Gaseosas
- ☐ Papillas compradas
- ☐ Galletitas
- ☐ No, Ninguno
- ☐ Otros: _____

25. ¿Llevarías a tu bebé a un nutricionista pediátrico?

- X. Si
- X. No, con el pediatra es suficiente
- X. No se
- X. Solo si está enfermo o lo necesita

26. ¿Cómo armas el plato del bebé?

X. Trato de que coma lo mismo que toda la familia (adaptado según la edad) pero que él decida qué y cuánto

X. Una verdura hervida o en puré

X. Intento poner vegetales, un alimento rico en hierro, uno fuente de energía y alguna fruta

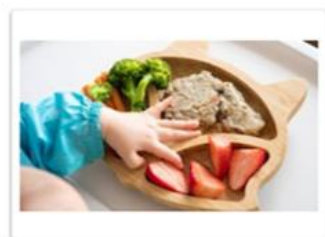
ACLARACIÓN IMÁGENES ENCUESTA



☐ Opción 1



☐ Opción 2



☐ Opción 3

Opción 1: Representa BLW – Alimentación en trozos, autorregulada por el bebé, puede usar la mano o la cuchara, comer lo que el quiera, come con la familia.

Opción 2: Representa método tradicional – Papillas o purés que se le dan al bebé con cuchara.

Opción 3: Representa BLISS – BLW modificado. Alimentación en trozos, perceptiva, dándole importancia a la incorporación en cada comida de un alimento rico en hierro, una fuente de energía y una fruta.