



NORMAS Y PROTOCOLOS DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS

NORMAS Y PROTOCOLOS DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DEL ECUADOR

COORDINACIÓN NACIONAL
DE NUTRICIÓN



Revisión Técnica

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Nacional de Nutrición



Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral - Ministerio de Inclusión Económica y Social

·Sociedad de Pediatría: Dra. Rosa Aguinaga

·Dr. Xavier Jijón, Médico Pediatra Neonatólogo

· Programa Mundial de Alimentos



Se permite la reproducción total o parcial de la
información aquí publicada, siempre que no sea
alterada y citen los créditos correspondientes.



2013



CONTENIDO



	Página
1. LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	9
1.1. PRESENTACIÓN	9
1.2. INTRODUCCIÓN	10
1.3. MARCO LEGAL	10
1.4. OBJETIVOS	12
1.5. DEFINICIONES DE LOS INDICADORES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL (OMS, 2007)	12
LACTANTES DE 0 A 5 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON SOLAMENTE LECHE MATERNA DURANTE EL DÍA ANTERIOR	12
LACTANTES DE 0 A 5 MESES DE EDAD	13
NIÑOS DE 12 A 15 MESES DE EDAD QUE FUERON AMAMANTADOS DURANTE EL DÍA ANTERIOR	13
NIÑOS DE 12 A 15 MESES DE EDAD	13
NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON ALIMENTOS DE ALIMENTARIOS DURANTE EL DÍA ANTERIOR	13
NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD	13
NIÑOS AMAMANTADOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON ALIMENTOS SÓLIDOS,	13
SEMISÓLIDOS O SUAVES EL NÚMERO MÍNIMO DE VECES O MÁS DURANTE EL DÍA ANTERIOR	13
NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD	13
NIÑOS NO AMAMANTADOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON ALIMENTOS SÓLIDOS,	13
SEMISÓLIDOS O SUAVES EL NÚMERO MÍNIMO DE VECES O MÁS DURANTE EL DÍA ANTERIOR	13
NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD	13
1.6. LINEAMIENTOS GENERALES	14
1.7. NORMATIVA	17
CONTROLES PRENATALES	19
PARTO Y DESPUÉS DEL NACIMIENTO EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA	19
DESDE EL PRIMER CONTROL POSNATAL HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD	20
DESPUÉS LOS SEIS HASTA LOS OCHO MESES DE EDAD	20
DESDE LOS NUEVE HASTA LOS ONCE MESES DE EDAD	22

	DESDE LOS DOCE HASTA LOS VEINTE Y CUATRO MESES DE EDAD	22
2.	ALIMENTACIÓN INFANTIL DE REEMPLAZO	23
2.1.	ALIMENTACIÓN DE REEMPLAZO	23
	SUSPENSIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE LA LECHE MATERNA	24
	RECIÉN NACIDOS PARA QUIENES LA LECHE MATERNA ES LA MEJOR OPCIÓN DE ALIMENTACIÓN, PERO QUE PUEDEN NECESITAR OTROS ALIMENTOS POR UN PERÍODO LIMITADO ADEMÁS DE LECHE MATERNA	26
	AFECCIONES MATERNAS QUE PODRÍAN JUSTIFICAR QUE SE EVITE LA LACTANCIA TEMPORALMENTE	27
	AFECCIONES MATERNAS DURANTE LAS CUALES PUEDE CONTINUAR LA LACTANCIA, AUNQUE REPRESENTEN PROBLEMAS DE SALUD PREOCUPANTES	27
	SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA LECHE MATERNA	28
3.	ALIMENTACIÓN PARA LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS QUE VIVEN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	32
4.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	38
5.	BIBLIOGRAFÍA	39
6.	ANEXOS	
	NORMATIVA PARA USO DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA	



1 Lactancia Materna y Alimentación Complementaria

1.1 PRESENTACIÓN

La nutrición juega un rol fundamental en el desarrollo del ser humano desde el momento mismo de la concepción. Desde el punto de vista de la Nutrición Pública, los estudios realizados en el ciclo de vida confirman que existen déficits o excesos de nutrientes que influyen negativamente en el desarrollo óptimo del ser humano y causan consecuencias en la nutrición y por ende en la salud. Las malas prácticas tanto en lactancia materna como en alimentación complementaria son uno de los problemas que afecta a la población.

La norma establecida internacionalmente es lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y lactancia continua hasta los dos años de edad o más. Sin embargo, según la Encuesta ENDEMAIN 2004, el promedio de lactancia exclusiva en el Ecuador es de tan solo 2.7 meses, con una prevalencia de 39.6% siendo mayor en la zona rural que en la zona urbana. La práctica de la exclusividad en la lactancia va disminuyendo conforme la edad del niño/a va aumentando, así, el 51.8 % del grupo de niños/as de 0 a 2 meses de edad recibe lactancia exclusiva, mientras que la prevalencia decae al 27.7% en los niños/as de 2 a 5 meses de edad. Esta misma encuesta determinó que los suplementos más comunes durante los primeros dos meses de edad, son otras leches (26.0%) o agua solamente (16.9%). En el grupo de tres a cinco meses de edad se agregan purés o alimentos sólidos (26.1%) y otras leches (19.0%).

Los indicadores mencionados dan cuenta de lo importante que tiene que el sector salud se ocupe de implementar programas orientados a revertir estos problemas en el ámbito de las malas prácticas de alimentación infantil. Por lo indicado, la Coordinación Nacional de Nutrición junto con su equipo técnico inició un arduo trabajo para poner a disposición normativas que guíen al personal de salud en la forma en que debe afrontar los problemas nutricionales a nivel individual y poblacional.

Este documento que hoy presentamos se ha elaborado con el sustento de la evidencia científica y en base a las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud; tiene como objetivo mejorar la situación de salud y nutrición de la niña y el niño menor de dos años de edad.

Está dirigido al personal de salud de todos los niveles de atención, planificadores de programas, comunidad educativa, veedores de salud y líderes comunitarios que día a día se relacionan directamente con las madres y sus hijos e hijas en el periodo prenatal, el posparto inmediato y el tiempo comprendido entre el nacimiento del niño/a y los dos años de vida.

Las autoridades del Ministerio de Salud, los técnicos de la Coordinación Nacional de Nutrición agradecemos a todos y cada uno de los especialistas en las diferentes áreas de salud y nutrición que han participado en revisar los borradores preliminares y sugirieron nuevos contenidos para alcanzar la producción de este documento, en especial a la Dra. Isabel Dávila, Dra. Rocío Caicedo, Lic. Ana María Enríquez, Lic. Alexandra Mena y Dra. Helen Tamayo, autoras del documento. Esperamos que éste sea de real contribución al trabajo diario de atención en los servicios de salud.

1.2 INTRODUCCIÓN

La lactancia materna y la alimentación complementaria han sido identificadas como dos de las tres intervenciones directas de prevención más eficaces disponibles para prevenir la mortalidad infantil. La tercera intervención de prevención es la suplementación con vitamina A y zinc. (Lancet, 2003).

La alimentación y nutrición adecuada durante la primera infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo óptimo del potencial humano completo de cada niño/a; este período comprende, principalmente desde el nacimiento hasta los dos años de edad en donde se presenta una “ventana de tiempo crítica” para lograr un crecimiento y desarrollo óptimos.

Hay gran cantidad de evidencia científica que demuestra que es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida en los primeros dos años de vida (Martorell y col. 1994). Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen un pronunciado aumento de la morbi-mortalidad y un desarrollo mental y motor retrasado.

A largo plazo, las deficiencias nutricionales generan un bajo rendimiento intelectual, capacidad de trabajo disminuida, alteraciones en la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Adicionalmente, este ciclo de desnutrición continúa ya que una niña desnutrida al crecer tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño/a desnutrido/a de bajo peso al nacer.



Las prácticas deficientes e inadecuadas de lactancia materna y de alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las principales causas de desnutrición en los primeros dos años de vida. En el Ecuador, casi 371.000 niños/as menores de cinco años presentan desnutrición crónica; y de ellos, unos 90 mil tienen desnutrición severa. Los niños/as indígenas, siendo únicamente el 10% de la población, constituyen el 20% de los niños/as con desnutrición crónica y el 28% de los niños/as con desnutrición crónica severa (Banco Mundial, 2007).

Los niños/as mestizos representan el 72% de la población con desnutrición crónica o talla baja para la edad y el 5% del total de los niños/as con desnutrición crónica severa o talla baja severa para la edad. El 60% de los niños/as con talla baja para la edad y el 71 % de los niños/as con talla baja severa para la edad, habitan en las áreas rurales (aunque la población rural es tan solo el 45% del total poblacional del Ecuador). La concentración es más elevada en las áreas de la Sierra, que tiene el 60% de los niños/as con desnutrición crónica y el 63% con talla baja severa para la edad. El 71 % de los niños/as con talla baja para la edad provienen de hogares clasificados como pobres, lo cual se aplica también al 81% de los niños/as con desnutrición crónica o talla baja severa para la edad (Banco Mundial, 2007).

Las patologías por exceso, que actualmente se presentan cada vez con mayor frecuencia, como la obesidad, el sobrepeso, la diabetes mellitus entre otras, también pueden ser prevenidas con una nutrición adecuada en los primeros años de vida; no sólo por la acción educativa que crea prácticas y hábitos saludables sino porque la lactancia materna es un factor protector para las mismas.

Por todas las razones expuestas, es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado, atención y salud de los niños y niñas reciban, por parte del equipo multidisciplinario de salud, orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima para los lactantes y niños/as menores de dos años.

1.3 MARCO LEGAL

La base legal de esta normativa se soporta en la legislación ecuatoriana y en numerosas políticas, normativas y acuerdos, siendo las más importantes:

Constitución Política del Estado Ecuatoriano, (2008)

Art.45.- “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición;”...

Ley Orgánica de Salud, (2006)

Art. 17.- La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño/a o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

Código de la Niñez y Adolescencia (2003)

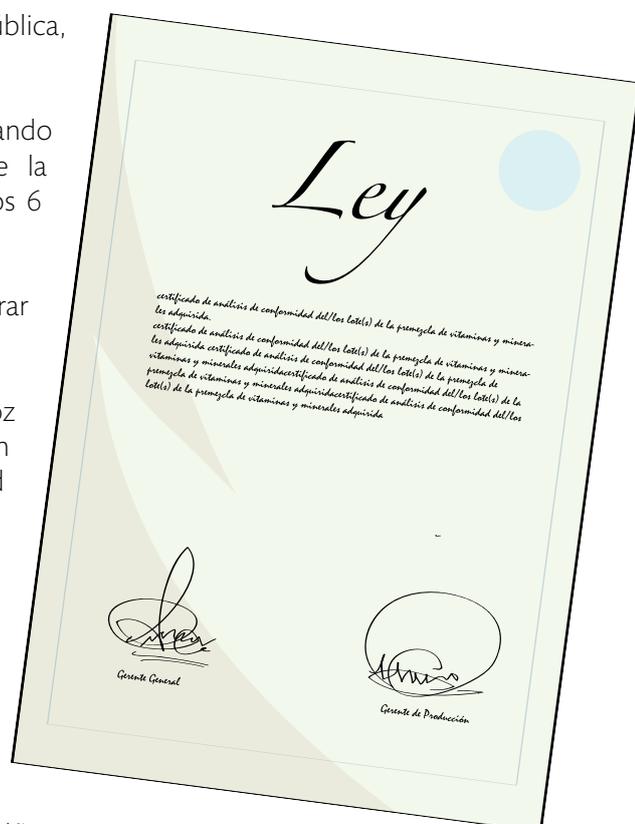
Art. 24.- Derecho a la Lactancia Materna: “Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna”.

Política Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud pública, 2009.

1. Fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida de niños y niñas.
2. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante:
 - a. El cumplimiento obligatorio del apego precoz dentro de los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de salud pública y de la red complementaria que atiende los partos.
 - b. El cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud pública y de la red complementaria que atienden partos y recién nacidos.

Art. 27: El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende, entre otras cosas:

9. Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre;
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.



Ecuador, Registro Oficial N° 381. Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita, Quito, Registro Oficial; agosto 10 de 1998: “La lactancia materna debe ser precoz, exclusiva, mandatoria y a libre demanda”. Programa de maternidad Gratuita y Atención a la infancia. Manual Técnico Operativo, Administrativo y Financiero, Protocolos, Quito, MSP, 2002.

Ley de Fomento Apoyo y Protección a la Lactancia Materna (1995)

Art 1.- “La lactancia materna es un derecho natural del niño/a/a y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”

Reglamento N° 1469 de la ley de Fomento, Protección y Promoción de la Lactancia Materna, Registro Oficial N° 321 del 18 de noviembre de 1999.

Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Normas de Atención integral a la Niñez, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Normatización Técnica, Salud de la Niñez, Quito, MSP, 2010.

Ecuador, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Plan Nacional Decenal de protección Integral a la Niñez y Adolescencia, Quito, CNNA, mayo, 2004.

Política 1 Protección y cuidado de la salud de la mujer en edad reproductiva mediante la atención gratuita y universal durante el embarazo, parto y posparto.

Política 2 Garantizar una vida saludable a los niños y niñas menores de 6 años.

Política 4 Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

1.4 OBJETIVOS

- Establecer las normas para la implementación, ejecución y desarrollo de acciones que promuevan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años; garantizando las condiciones necesarias para lograrlo en todas las instituciones de salud.
- Establecer las razones médicas aceptables o indicaciones específicas para justificar la alimentación sustituta del lactante.
- Establecer guías generales de alimentación complementaria aplicables en todos los niveles de salud y en todas las regiones del país.

1.5. DEFINICIONES DE LOS INDICADORES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL (OMS, 2007)

- Inicio de la lactancia materna: Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.

NIÑOS NACIDOS EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES QUE FUERON
AMAMANTADOS DENTRO DEL PLAZO DE UNA HORA DESDE SU NACIMIENTO

NIÑOS Y NIÑAS NACIDOS EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES

- Lactancia materna exclusiva: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad, alimentados exclusivamente con leche materna.

LACTANTES DE 0 A 5 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON SOLAMENTE LECHE MATERNA DURANTE EL DÍA ANTERIOR

LACTANTES DE 0 A 5 MESES DE EDAD

- Lactancia materna continua: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados,

NIÑOS DE 12 A 15 MESES DE EDAD QUE FUERON AMAMANTADOS DURANTE EL DÍA ANTERIOR

NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 15 MESES DE EDAD

- Introducción de Alimentos Complementarios: Proporción de lactantes de 6 a 8 meses que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior.

LACTANTES DE 6 A 8 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES DURANTE EL DÍA ANTERIOR

LACTANTES DE SEIS A OCHO MESES DE EDAD

- Diversidad Alimentaria: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios

NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON ALIMENTOS DE ≥ 4 GRUPOS ALIMENTARIOS DURANTE EL DÍA ANTERIOR

NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 23 MESES DE EDAD

- Frecuencia de Comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más.

NIÑOS AMAMANTADOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES EL NÚMERO MÍNIMO DE VECES O MÁS DURANTE EL DÍA ANTERIOR

NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 23 MESES DE EDAD

NIÑOS NO AMAMANTADOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES EL NÚMERO MÍNIMO* DE VECES O MÁS DURANTE EL DÍA ANTERIOR

NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 23 MESES DE EDAD

*Mínimo se define como:

- » 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses
- » 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses
- » 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses
- » "Comidas" incluye tanto comidas como refrigerios o meriendas (que no sean cantidades triviales), y la frecuencia está basada en el informe dado por la persona al cuidado del niño.

- Lactante menor: Un niño/a de 0 a 6 meses de edad.
- Lactante mayor: Un niño/a desde los 6 meses de edad a 24 meses de edad.

1.6. LINEAMIENTOS GENERALES

La salud de la mujer y el estado nutricional durante el transcurso del embarazo, y la alimentación del niño/a durante los primeros meses de vida, son factores muy importantes para la prevención de enfermedades del niño/a durante toda su vida. Quienes han sufrido retraso del crecimiento intrauterino y en el período postnatal, corren mayores riesgos de contraer enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Por estas razones, las normas y recomendaciones nutricionales para el niño/a deben iniciar en los controles prenatales. ■■■

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de una alimentación complementaria apropiada, contribuyen al desarrollo físico y mental óptimos. El inicio adecuado de este proceso es fundamental para la formación de buenos hábitos que influyen en forma definitiva en la salud y bienestar del niño/a.

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida: grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera muy eficiente. La leche materna posee además factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante y otros factores que favorecen la digestión y absorción de nutrientes.

El principal estímulo para la producción de leche es la succión del niño y niña. Cuando el recién nacido succiona aumentan los niveles sanguíneos de oxitocina y prolactina lo cual favorece a la producción de leche.

Las madres pueden percibir signos del reflejo de eyección provocado por la oxitocina, como los siguientes:

- ✓ una sensación de 'cosquilleo' en el pecho antes o durante la lactancia;
- ✓ la leche fluye de los pechos cuando la madre piensa en el lactante o le escucha llorar;
- ✓ la leche fluye del otro pecho cuando el lactante está succionando;
- ✓ la leche fluye del pecho a manera de chorros cuando se interrumpe la succión;
- ✓ succiones lentas y profundas y deglución de leche, lo cual demuestra que la leche está fluyendo hacia la boca del lactante;
- ✓ dolor o un leve sangrado uterino;
- ✓ sed durante la mamada.

Si están presentes uno o más de estos signos, el reflejo de oxitocina está activo. Sin embargo, la ausencia de estos signos no significa, necesariamente, que el reflejo no está activo. A veces, los signos no son obvios y la madre puede no advertirlos.

El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando:

- ✓ Es capaz de sentarse estable sin ayuda.



- ✓ Pierde el reflejo de extrusión que hace que los niños expulsen la cuchara con la lengua. (Hasta que tienen suficiente discernimiento para distinguir lo que se come de lo que no, por si acaso lo escupen todo).
- ✓ Muestra interés por la comida de los adultos.
- ✓ Muestra signos de hambre y saciedad con sus gestos (Al ver acercarse la cuchara, el niño que tiene hambre abre la boca y mueve la cabeza hacia delante. El que está saciado, cierra la boca y mueve la cabeza hacia un lado).
- ✓ Los nuevos alimentos se deben introducir de uno en uno, en pequeñas cantidades y con al menos una semana de separación.
- ✓ El niño/a puede recoger cosas con movimientos de pinza con sus dedos.

Es de vital importancia que la introducción de alimentos se realice bajo buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos. Las personas a cargo de los niños/as deben lavarse las manos antes de preparar alimentos y las de los niños/as antes de comer. Los alimentos deben ser conservados y almacenados de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación. Se deben utilizar equipos y utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.

Al introducir alimentos complementarios es importante la formación de buenos hábitos y la práctica o repetición de mitos y creencias que afectan negativamente la alimentación. La educación alimentaria y nutricional temprana debe evitar precozmente las acciones involuntarias, inocentes y bien intencionadas, pero tendientes a introducir malos hábitos, que luego se perpetúan y que serán muy difíciles de combatir, por ejemplo usar alimentos como distracción, entretenimiento y premio (Ministerio de Salud de Chile, 2005).

La conducta de las familias, para lograr una alimentación más saludable, debería ser menos restrictiva o prohibitiva e incluir más alimentos saludables como frutas, verduras y lácteos y se debe insistir en la eliminación de alimentos altos en azúcar y grasas. Es importante respetar las características de la madre y el/la niño/a y su entorno sociocultural al hacer las recomendaciones de alimentación complementaria.

El profesional de la salud debe indicar a los padres o responsables del cuidado del niño/a como se realiza la fisiología de la conducta alimentaria; debe explicar que todo niño/a es neofóbico por lo que normalmente rechazará algunos alimentos nuevos, sin que esto signifique que ese alimento no le guste más. Cada niño/a tiene su ritmo por su individualidad, que debe ser respetado.

Es importante enseñar a los niños y niñas a degustar cada sabor nuevo, de manera que aprenda a distinguirlo, pero en ningún caso se les debe obligar a comer un determinado alimento; se deberá esperar unos días para volver a ofrecerlo. Adicionalmente, es importante conocer que cada niño/a nace con preferencias innatas por lo dulce o lo salado; hay preferencias innatas obvias por ciertos sabores y rechazos por otros, pero éstos son factibles de ser modificados por la experiencia, por lo que se denominan preferencias o rechazos aprendidos que se asocian a experiencias poco placenteras.

Es recomendable que el alimento sea dado siempre en el mismo lugar, y en lo posible por la misma persona, en un entorno agradable y tranquilo, con utensilios que el niño identifique como propios, ya que las rutinas ayudan al niño a organizar sus patrones de interacción social. El niño/a tiene un ritmo horario para sus necesidades biológicas. Se debe respetar el horario rigurosamente en el caso de la alimentación y evitar que el hambre le provoque ansiedad e inquietud.



Es básico incorporar primero alimentos suaves en consistencia y en pequeñas cantidades; gradualmente variar el tipo de alimentos para acostumbrar al niño/a tempranamente a recibir distintos olores, sabores y consistencias; los niños/as amamantados serán más receptivos a nuevos olores, sabores ya que los han experimentado a través de la leche de su madre. La leche materna por sus diferentes sabores, dependientes de la alimentación materna, preparan al niño para esas diferencias en los alimentos.

Ofrecer al niño/a un alimento, galleta o fruta para calmar el llanto puede enviar mensajes erróneos que lo llevan a resolver, en edades posteriores, cualquier situación de disconformidad o angustia, con comida.

Los alimentos complementarios tienen que cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ **Oportunos**, cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural, exclusiva y frecuente;
- ✓ **Adecuados**, deben proporcionar energía, proteínas grasas, carbohidratos y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño/a en crecimiento;
- ✓ **Inocuos**, deben conservar, preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas;
- ✓ **Suficientes**, es decir, se deben dar en base a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño/a a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes según la edad permitiendo la utilización de sus dedos, los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) los alimentos deben ser adecuados para su edad.

Adicionalmente, es importante recordar que este período constituye una etapa de continuo aprendizaje y amor para el niño/a que debe ser agradable y libre de tensiones. Practicar la alimentación perceptiva, provee un beneficio adicional para el niño/a y sus padres y/o responsables de la atención y su cuidado.

Los principios de alimentación perceptiva son:

- a. Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños/as mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos y síntomas de hambre y satisfacción;
- b. Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños/as a comer, pero sin forzarlos;

- c. Si los niños/as rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer;
- d. Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño/a pierde interés rápidamente;
- e. Recordar que los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños/as y mantener el contacto visual (OPS, 2003).

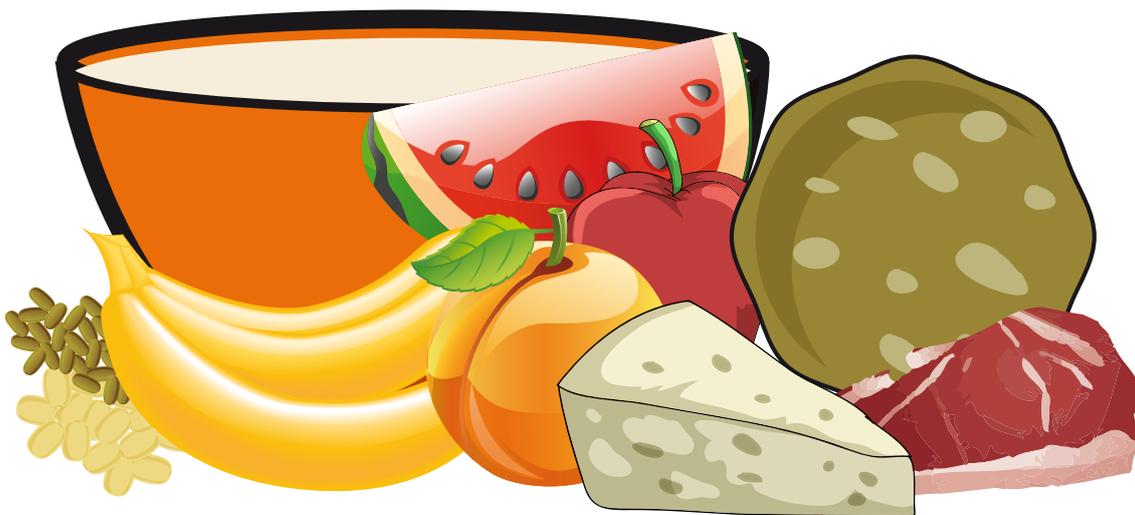
1.7. NORMATIVA

La presente Norma debe ser aplicada para dar Consejería en alimentación infantil a las madres, desde cuando ellas vienen a las consultas prenatales y se continúan luego del parto.

Algunos de los lineamientos a continuación deben ser aplicados durante todo el período de aprendizaje del niño/a que corresponde al comprendido entre los 6 meses y los 2 años de edad y, algunas de ellos, mantenerse como buenos hábitos alimentarios:

- a. Mantener la Lactancia Materna Exclusiva por lo menos los primeros seis meses de vida.
- b. Mantener la lactancia materna a libre demanda hasta los dos años de edad o más con alimentación complementaria.
- c. Capacitar a la madre o a la persona que cuida al niño/a para el correcto lavado de manos antes y después de preparar los alimentos.
- d. Indicar la preparación y almacenamiento de los alimentos complementarios con buenas prácticas de higiene.
- e. El niño/a debe tener sus propios utensilios (plato soperero, plato tendido, vaso, y cuchara de bordes lisos).
- f. Prohibir a la madre el uso de medicamentos no prescritos por un profesional de la salud.
- g. Prohibir a la madre el consumo de bebidas alcohólicas.
- h. Prohibir a la madre el consumo de cigarrillo o drogas.
- i. La alimentación debe continuar durante y después de la enfermedad.
- j. No suspender la leche materna cuando el niño/a o la madre estén enfermos.
- k. No hay ninguna base científica para recomendar la introducción de un alimento antes que otro siempre que se trate de alimentos sanos con poco potencial alergénico. Es indiferente empezar por la fruta, la verdura o los cereales. Evitar ser prescriptivo en el uso de uno u otro alimento.
- l. Hasta los 12 meses de edad del niño/a, no dar alimentos que suelen causar alergias como: pescado, soya, maní, durazno, frutas cítricas, leche de vaca y sus derivados, frutas del bosque (moras, frambuesas y cualquier otro que cause alergia en algún miembro de la familia).

- m. No dar alimentos con gluten (cualquiera que lleve trigo, avena, centeno o cebada, como por ejemplo el pan y las galletas) hasta como mínimo los 8 meses, siempre y cuando ya se hayan introducido previamente los cereales sin gluten, en caso contrario esperar y empezar por éstos últimos.
- n. Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y bebidas gaseosas.
- o. La introducción de alimentos debe ser progresiva e incluir diferentes grupos. Al inicio los alimentos deben ser ofrecidos uno a uno.



1. Cereales: Arroz, maíz, quínuia
2. Tubérculos: papa, yuca, camote.
3. Frutas dulces: manzana, pera, sandía, banano, papaya, melón.
4. Verduras: acelga, espinaca, zanahoria, apio, zapallo, remolacha
5. Carnes: res, pollo, pavo
6. Agua, se debe ofrecer entre comidas.

Algunos alimentos dentro de estos grupos tienen que ser restringidos al inicio:

- Se debe esperar hasta los doce meses para introducir frutas cítricas;
- Se debe esperar hasta los ocho meses para la introducción de crucíferas: col, brócoli, coliflor, rábanos, nabos entre otras,
- Se debe esperar hasta los nueve meses para introducir pescado (que debe ser fresco y bien cocido) y
- Se debe esperar hasta los doce meses para introducir carne de cerdo.

CONTROLES PRENATALES



- Desde el primer control prenatal y en todos los controles, indicar a la madre sobre la importancia, ventajas y beneficios del inicio inmediato de la lactancia materna (durante la primera hora después del nacimiento).
 - Desde el primer control prenatal y en todos los controles, enfatizar la importancia, ventajas y beneficios de la lactancia materna exclusiva.
 - Desde el primer control prenatal y en todos los controles, enfatizar la importancia, ventajas y beneficios de la lactancia materna continuada hasta los dos años de edad.
 - En cada control prenatal la mujer gestante debe recibir consejería sobre lactancia materna.
 - Registrar en la historia clínica todos los acuerdos y compromisos durante las sesiones de consejería en lactancia materna.
 - Registrar en la historia clínica el nombre y apellido de la persona responsable de la consejería.
 - Indicar la correcta higiene que la futura madre debe tener al momento de amamantar y los pasos recomendados para la extracción de leche materna.
 - Enseñar a la madre las técnicas adecuadas de lactancia materna y las diversas opciones de posiciones para su comodidad y la del niño/a.
 - Fomentar un ambiente seguro y confiable, motivar a la práctica de lactancia materna y establecer confianza para responder posibles inquietudes de la madre, el padre o la familia.

PARTO Y DESPUÉS DEL NACIMIENTO EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA

- Ejecutar las normas y protocolos establecidos para las prácticas integrales del parto: pinzamiento oportuno del cordón umbilical, contacto piel con piel y lactancia inmediata (refiérase al Protocolo para implementación de las Prácticas Integrales del parto en los Servicios de Salud).
- Implementar el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora siguiente al parto, asistir a la madre, enseñar o reforzar una técnica de amamantamiento adecuada.
- Ofrecer consejería y apoyo a la madre durante las primeras lactadas.
- Los recién nacidos/as **NO** deben recibir ningún tipo de líquido, suero glucosado, sustituto de la leche materna o cualquier otra sustancia que reemplace parcial o totalmente a la leche materna, excepto por indicación médica en situaciones especiales.
- **NO** ofrecer chupetes de entretención, biberones, tetinas o chupones.
- Fomentar la lactancia materna a libre demanda, mediante el alojamiento conjunto permanente (las 24 horas del día).
- Ofrecer consejería y asesoramiento a la madre durante las lactadas en el hospital asegurándole una técnica de lactancia adecuada.
- Evaluar posibles barreras para la lactancia y buscar con la madre soluciones a ellas, antes del alta.
- Evaluar la técnica de lactancia de la madre para prevenir molestias y complicaciones causadas por una técnica inadecuada.
- En el caso de la madre que trabaja fuera del hogar, enseñar anticipadamente la técnica de extracción, transporte, conservación y uso de la leche extraída.

- Indicar a la madre que la leche extraída debe ser administrada con cucharita o en vasito, NO en biberón.
- Evaluar la alimentación de la madre y capacitarla para corregir las prácticas alimentarias inadecuadas y reforzar las adecuadas.
- Registrar en la historia clínica todos los acuerdos y compromisos durante las sesiones de consejería en lactancia materna.
- Registrar en la historia clínica el nombre y apellido de la persona responsable de la consejería.

DESDE EL PRIMER CONTROL POSNATAL HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD

- Supervisar la técnica de amamantamiento desde el primer control del niño/a sano por lo menos por 4 minutos. Si es necesario, esperar que éste/a se despierte y esté listo para alimentarse.
- Crear y/o reactivar las clínicas de lactancia materna o los grupos de apoyo, orientadas a asistir a las madres que demanden atención por cualquier problema relacionado con la lactancia.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida del bebé. No es necesario otro tipo de alimentos ni líquidos, excepto medicinas bajo prescripción médica.
- Enseñar a las madres a mantener una higiene adecuada mediante el lavado de manos previo al amamantamiento.
- Indicar a la madre que debe dar de lactar a su bebé a libre demanda, cuando el bebe pida sin ningún tipo de restricción.
- Evitar y prescindir del uso de tetinas, biberones, chupones.
- En el caso de la madre que trabaja fuera del hogar capacitar en la técnica de extracción, transporte, conservación y uso de la leche extraída.
- Indicar a la madre que la leche extraída debe ser administrada con cucharita o en vasito, NO en biberón y hacer una pequeña demostración de cómo hacerlo.
- Brindar consejería en lactancia materna a la madre, padre y/o su familia.
- Registrar en la historia clínica todos los acuerdos y compromisos durante las sesiones de consejería en lactancia materna.
- Registrar en la historia clínica el nombre y apellido de la persona responsable de la consejería.
- En caso de ser medicamento indicado el uso de Sucedáneos de Leche Materna, referirse para su uso, al Anexo No. 1 de este documento.

DESPUÉS DE LOS 6 MESES Y HASTA LOS 8 MESES

EL REQUERIMIENTO CALÓRICO ADICIONAL A ESTA EDAD ES DE 200 KCAL, INDEPENDIEMENTE DEL APOORTE DE LA LECHE MATERNA.

- Mantener la lactancia materna.
- Indicar a la madre que al cumplir el niño los 6 meses de edad (180 días), se debe introducir otros alimentos manteniendo la lactancia materna.
- Prescribir suplementación con vitamina A después de los seis meses de edad cumplidos en base a la norma (Normas y protocolos para la suplementación con micronutrientes).
- Prescribir suplementación con hierro a partir de los seis meses de edad cumplidos en base a la norma (Normas y protocolos para la suplementación con micronutrientes).
- Indicar a la madre que antes de ofrecer el alimento al niño/a, primero debe lactar.
- Indicar a la madre que el inicio de la introducción de alimentos en el lactante, debe hacerse con una comida diaria a los 6 meses y progresar a dos o tres hasta los 8 meses.
- Recomendar alimentos de consistencia semisólida como puré o papillas espesas.
- Recomendar a la madre que aplaste o triture con un tenedor los alimentos que va a consumir el niño/a.

- Indicar a la madre que los alimentos para el niño/a **NO** deben ser LICUADOS .
- Indicar a la madre que ofrezca al niño/a un alimento por vez, de manera reiterada. Repetir de tres a cinco veces el consumo del alimento (1 vez cada día en 3 a 5 días), lo que permita una mejor aceptación del mismo y se pueda observar que el producto no causa ninguna reacción alérgica. Importante realizar un acercamiento del alimento al niño para que identifique los olores y que favorezca su aceptación.
- contactos con el alimento (tres a cinco días) hasta que sea aceptado y para observar que no produce ninguna reacción alérgica importante realizar acercamiento del alimento al niño-niña para que identifique olores que favorecen su aceptación.
- aconsejar que le de una o dos cucharadas colmadas del alimento seleccionado en cada comida para cubrir el requerimiento nutricional diario.
- Recomendar a la madre que coloque el alimento en el centro de la lengua para evitar que el niño/a lo escupa.
- No se debe agregar sal, azúcar ni condimentos a los alimentos que va a consumir el niño/a, se pueden usar condimentos naturales como cebolla, culantro, perejil.
- Evitar el consumo de sopas, jugos o caldos líquidos, con baja densidad calórica.
- En este período se recomienda el consumo de:
 - ✓ Cereales bien cocidos en forma de papillas (arroz, avena, quinua)
 - ✓ Alimentos cocidos en forma de puré como papa, camote, zanahoria blanca, plátano verde y yuca.
 - ✓ Vegetales cocidos en forma de puré (espinaca, zapallo, acelga, zanahoria, zambo)
 - ✓ Yema de huevo duro
 - ✓ Frutas dulces (guineo, manzana, pera, papaya, melón u otras de consistencia suave)
 - ✓ Agua de acuerdo a necesidad.



- Ocasionalmente (una o dos veces por semana) se puede añadir a la papilla media cucharadita de aceite vegetal crudo, preferentemente de girasol, maíz y otros que no sean de palma africana. Evitar esta medida si el niño tiene diagnóstico de deficiencia de hierro o zinc.
- La orientación y capacitación alimentaria debe tener presente en todo momento las posibilidades de la madre para adquirir y preparar correctamente los distintos alimentos. Debe estar apoyada con la adecuada asistencia en educación, en el control, la consulta y en la visita domiciliaria, para así lograr una alimentación en óptimas condiciones, higiénica y nutritiva.
- En caso de ser necesario el uso Sucedáneos de Leche Materna por una razón médica, favor referirse al Anexo No. 1 de este documento.

DESDE LOS NUEVE HASTA LOS ONCE MESES DE EDAD

EL REQUERIMIENTO CALÓRICO ADICIONAL A ESTA EDAD ES DE 300 KCAL, INDEPENDIENTEMENTE DEL APORTE CALÓRICO DE LA LECHE MATERNA.

- Mantener la lactancia materna.
- Indicar a la madre que, antes de ofrecer el alimento al niño/a, primero debe lactar.
- Indicar a la madre el progreso a tres comidas diarias. Entre los 9 y los 11 meses el niño/a debe recibir tres o cuatro comidas al día además de refrigerios nutritivos ofrecidos 1 o 2 veces al día, según lo desee
- Entre los 8 y los 10 meses de edad, los alimentos deben ser ofrecidos desmenuzados o en trozos. Los niños pueden hacer movimientos de pinza (dedos pulgares e índice) consecuentemente, pueden “coger” trozos de alimentos en sus dedos. Esto incentiva el avance en la dentición, la masticación y la coordinación entre boca y movimientos de la mano y seguimiento de la vista (oral, motora y visual).
- Aconseje que le de al niño 3 cucharadas
- En esta etapa se puede dar al niño/a preparaciones de varios grupos de alimentos: cereales, verduras, carnes, granos. En este período se recomienda el consumo de:
 - ✓ Hortalizas y verduras: todas
 - ✓ Frutas: todas excepto las cítricas (mora, tamarindo, toronja, borojo, naranja, maracuyá, piña, limón, kiwi)
 - ✓ Alimentos mezclados (cereales, leguminosas y carne (res, pollo, hígado)).
 - ✓ Agua según requerimiento del niño/a

DESDE LOS DOCE HASTA LOS VEINTE Y CUATRO MESES DE EDAD

EL REQUERIMIENTO CALÓRICO ADICIONAL A ESTA EDAD ES DE 550 KCAL, INDEPENDIENTEMENTE DEL APORTE CALÓRICO DE LA LECHE MATERNA.

- Mantener la lactancia materna.
- Indicar a la madre que, durante este período, la madre debe ofrecer el alimento al niño/a, antes de la leche materna.
- Recomendar a la madre que entre los 11 y los 23 meses el niño/a debe recibir tres o cuatro comidas al día además de refrigerios nutritivos ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño/a.
- Integrar poco a poco al niño/a a la dieta familiar. A partir del año de edad el niño/a puede consumir también; huevo entero, leche de vaca, frutillas, cítricos y chocolate.

Tabla N° 1: Consejos Prácticos para la Introducción de Alimentos

CONSEJOS PRÁCTICOS
Para recibir alimentos, el niño/a debe estar sentado/a para ser alimentado/a.
No adicionar, sal, azúcar ni condimentos.
Ofrecer los alimentos con constancia y paciencia.
Generar un ambiente placentero, emocional (mirarlo, tocarlo, sonreírle, hablarle).
No distraer al niño/a con juegos o convencerlo de comer con promesas, premios y castigos.
La oferta debe ser reiterada para que se logre la aceptación de los alimentos nuevos y se evite la neofobia.
Iniciar con pequeñas porciones e incrementar progresivamente a medida que el niño/a acepte los alimentos con agrado.
Respetar los signos de saciedad del niño/a. No forzarlo.
Ocasionalmente (1 o 2 veces a la semana) añadir una cucharadita de aceite vegetal crudo a los vegetales para aumentar su valor calórico, pero fundamentalmente para promover la cobertura de los ácidos grasos esenciales (aceite de oliva, maíz, soya o canola).

Fuente: Daza & Dadán, Alimentación complementaria en el Primer Año de Vida, Sociedad Colombiana de Pediatría, Volumen 8, número 4, 2006

2 Alimentación Infantil de Reemplazo

2.1. ALIMENTACIÓN DE REEMPLAZO

Casi todas las madres pueden amamantar exitosamente, lo que significa iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida, dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad del niño y continuar con la lactancia materna además de la alimentación complementaria apropiada hasta los dos años de edad o más.

Sin embargo, un número pequeño de condiciones de salud del recién nacido y de la madre podría justificar que se recomiende no amamantar de manera temporal o permanente (OMS, 2009). Estas condiciones, que afectan a muy pocas madres y sus bebés, se mencionan a continuación junto a otras condiciones maternas que son razones médicas para el uso de sucedáneos de la leche materna.

Cuando se considere la interrupción de la lactancia, habrá que sopesar los riesgos de cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación en función de los beneficios que reportaría la lactancia materna. La alimentación de sustitución o reemplazo es el proceso de alimentación de un niño o niña que no recibe lactancia materna por indicaciones médicas específicas; en su lugar recibe alimentación con sucedáneos de la leche materna, hasta que pueda ser totalmente alimentado con la dieta familiar. En estos casos, aún con conocimiento de todos los beneficios insustituibles de leche materna, se debe indicar su suspensión temporal o permanente.

La alimentación sustituta o de reemplazo incluye la sustitución de la leche materna con un sucedáneo adecuado, durante los primeros 6 meses de vida y una alimentación complementaria que reemplace a la leche materna luego de los 6 meses a los 2 años de edad. Este es el período durante el cual el niño tiene mayor riesgo de desnutrirse.

Para reemplazar a la leche materna, el niño necesita un sucedáneo de la leche materna que tenga una composición adecuada y cuyo suministro sea confiable e ininterrumpido. También puede emplearse la leche extraída del pecho, si el niño/a o su madre no presentan ninguna patología que lo impida. (Aunque no es estrictamente una alimentación de sustitución, se necesita una preparación higiénica, por eso se la incluye en esta normativa).

SUSPENSIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE LA LECHE MATERNA

Algunas afecciones infantiles precisan la suspensión total y permanente de la leche materna y su reemplazo o sustitución por una fórmula especializada:

- A.** Lactantes con galactosemia clásica requieren una fórmula especial libre de galactosa (Giovannini et al., 2001).
- B.** Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce requieren una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- C.** Lactantes con fenilcetenuria requieren una fórmula especial libre de fenilalanina (se puede permitir algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa).
- D.** Deficiencia primaria congénita de lactasa (González-Hachero, 2001)

Adicionalmente, algunas afecciones maternas podrían justificar que se evite la lactancia permanentemente.

- ✓ Infección por VIH: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.
- ✓ infección por el virus de la leucemia humana de células T (UNICEF, 2005).

LACTANTES CON GALACTOSEMIA

La galactosemia es un trastorno del metabolismo hereditario que generalmente se inicia desde el nacimiento. El paciente con esta patología es incapaz de degradar la galactosa, debido a un mal funcionamiento de la enzima "galactosa-1-fosfato transferasa". La galactosa no degradada al acumularse puede producir daños graves al hígado, sistema nervioso y otros sistemas corporales (Bosch, 2006).

La galactosemia clásica, también conocido como tipo I, es la forma más común y más grave de la enfermedad. La galactosemia tipo II (también llamada deficiencia de galactoquinasa) y tipo III (también llamado deficiencia de galactosa epimerasa) causan diferentes patrones de signos y síntomas (Fernandes et al., 2006).

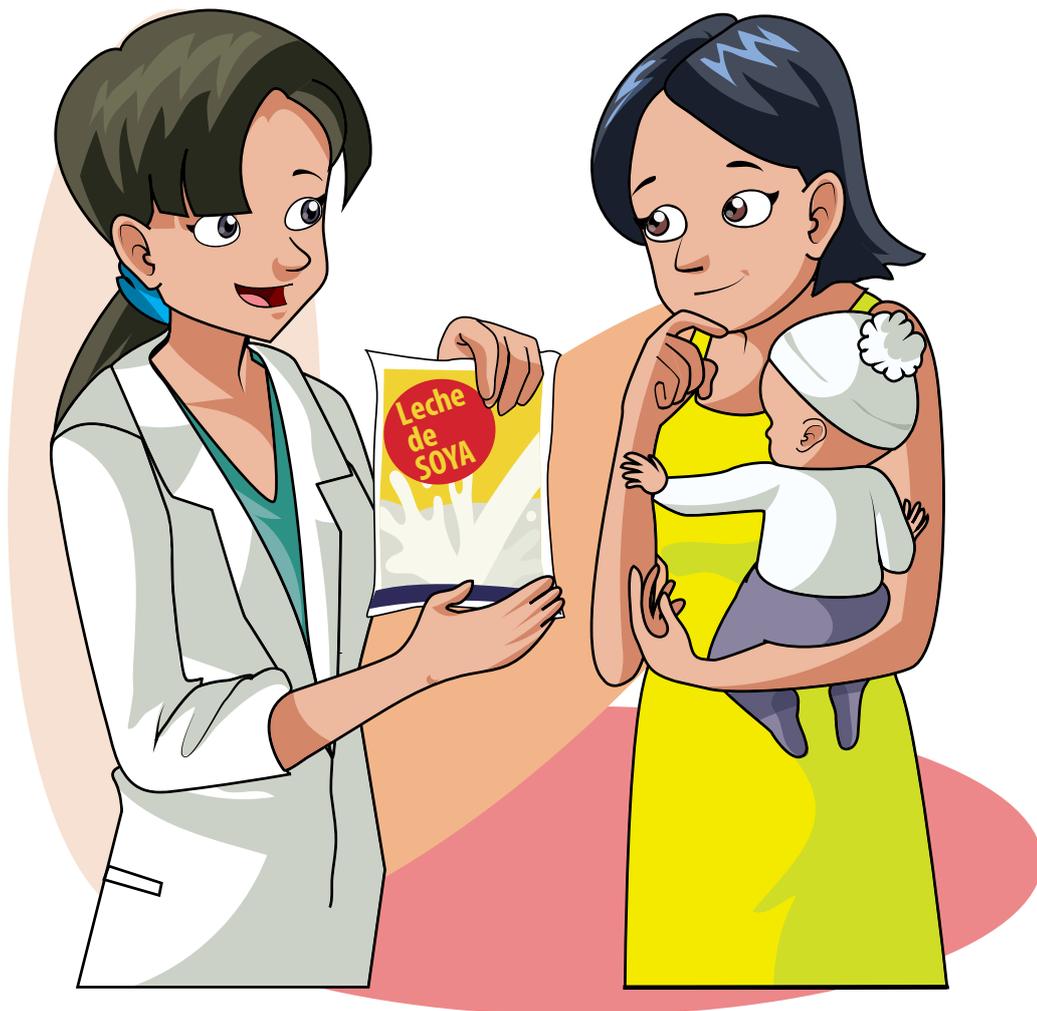
Si los niños y niñas con galactosemia clásica no se tratan rápidamente con una dieta baja en galactosa, las complicaciones que amenazan la vida aparecen en unos pocos días después del nacimiento. Los niños afectados suelen tener dificultades para la alimentación, letargo, falta de aumento de peso, retraso en el crecimiento, presencia de ictericia (coloración amarillenta) en la piel y parte blanca de los ojos. Otras complicaciones graves de esta condición son las infecciones bacterianas (sepsis) y el shock.

Los niños afectados también están en mayor riesgo de presentar retraso en el desarrollo, opacidad del cristalino

del ojo (cataratas), dificultad en el habla y discapacidad intelectual. Las mujeres con galactosemia clásica pueden experimentar problemas reproductivos causados por insuficiencia ovárica (Fernandes et al., 2006).

La galactosemia tipo II, causa menos problemas médicos que el tipo clásico. Los niños afectados desarrollan cataratas, pero por lo demás muestran pocas complicaciones a largo plazo. Los signos y síntomas de la galactosemia tipo III pueden variar de leves a severos y pueden incluir cataratas, retraso en el crecimiento y el desarrollo, disminución de la capacidad intelectual, enfermedad del hígado y problemas renales (Fernandes et al., 2006).

Existen varios tipos de galactosemia, cada uno causado por mutaciones de un gen en particular que afecta a diversas enzimas que participan en la descomposición de esta azúcar. La galactosemia clásica, también conocida como tipo I, es la forma más común y más grave de la enfermedad; mientras que la galactosemia tipo II y tipo III causan diferentes signos y síntomas. (Genetics Home Reference, 2010) Si a un bebé con galactosemia recibe leche materna, los derivados de la galactosa se acumulan en el sistema dañando varios órganos (hígado, cerebro, riñones y ojos); por lo que si no son tratados rápidamente, pueden tener síntomas de letargo (falta de energía), irritabilidad, convulsiones, retraso del crecimiento y desarrollo, alimentación deficiente (el infante se niega a tomar leche), poco aumento de peso, ictericia, vómito, daño hepático, sangrado, sepsis y shock. También pueden tener mayor riesgo de: cataratas, dificultades en el habla y discapacidad intelectual. Por lo tanto, los infantes que padecen de este trastorno, deben evitar de por vida alimentos que contengan galactosa, por lo que los niños y niñas deben ser alimentados con fórmulas a base de soya, de hidrolizado de proteína u otras leches libres de lactosa.



LACTANTES CON ENFERMEDAD DE ORINA EN JARABE DE ARCE

Esta enfermedad es una anomalía genética en la cual las personas no pueden metabolizar los aminoácidos de cadena ramificada (leucina, isoleucina y valina), lo cual conlleva a una acumulación de químicos en la sangre, que genera un olor característico a azúcar quemada o jarabe de arce en la piel y en la orina. Esta afección puede presentarse de varias formas; la forma clásica o neonatal se manifiesta entre el quinto y décimo día de vida en un recién nacido de término, con rechazo de la alimentación, somnolencia y coma. Posteriormente aparece una falta de regulación neurovegetativa, problemas respiratorios, apnea, bradicardia e hipotermia. Se puede llegar a desarrollar un edema cerebral con una fontanela abombada que puede ser confundido con una meningitis. Este tipo de pacientes son diagnosticados entre el quinto mes hasta los siete años de edad (Wendel y Ogier, 2006).

Una vez diagnosticada esta enfermedad, se debe administrar líquidos, azúcares y posiblemente grasas por vía intravenosa. También se puede utilizar diálisis peritoneal o hemodiálisis para reducir los niveles de aminoácidos. Cuando los niveles de aminoácidos se encuentren normales, se debe proseguir a una dieta especial libre de aminoácidos de cadena ramificada, la cual incluye leche en polvo sintética con bajos niveles de leucina, isoleucina y valina (Wendel y Ogier, 2006).

LACTANTES CON FENILCETONURIA

La fenilcetonuria es una enfermedad hereditaria la cual carece de la enzima fenilalanina hidroxilasa, que es necesaria para descomponer al aminoácido fenilalanina. Este aminoácido juega un papel en la producción de melanina, que es el pigmento responsable del color de la piel y del cabello. Sin esta enzima, los niveles de fenilalanina y otras sustancias, se acumulan en el cuerpo, afectando el sistema nervioso central y ocasionando daños cerebrales; presentándose síntomas como el retraso de las habilidades mentales y sociales, hiperactividad, movimientos espasmódicos de brazos y piernas, retardo mental, convulsiones, erupción cutánea y temblores. Para evitar todas las complicaciones mencionadas anteriormente, el infante debe ser alimentado con leche artificial con un contenido extremadamente bajo en fenilalanina y balanceada con el resto de aminoácidos esenciales restantes. (American Dietetic Association, 2004).

RECIÉN NACIDOS PARA QUIENES LA LECHE MATERNA ES LA MEJOR OPCIÓN DE ALIMENTACIÓN, PERO QUE PUEDEN NECESITAR OTROS ALIMENTOS POR UN PERIODO LIMITADO ADEMÁS DE LECHE MATERNA

- ✓ Lactantes de muy bajo peso al nacer menor a 1500 gramos.
- ✓ Lactantes muy prematuros con menos de 32 semanas.
- ✓ Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional o que han experimentado estrés significativo intraparto con hipoxia o isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas si la glicemia no responde a lactancia materna óptima o alimentación con leche materna.

AFECCIONES MATERNAS QUE PODRÍAN JUSTIFICAR QUE SE EVITE LA LACTANCIA TEMPORALMENTE

- ✓ Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo septicemia.
- ✓ Medicación materna: los medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles (OMS, 2003);
- ✓ Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a que están disponibles opciones más seguras - la madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia (OMS, 2003);
- ✓ El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían ser evitados (Lawrence, 2003);
- ✓ La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia (OMS, 2003).

AFECCIONES MATERNAS DURANTE LAS CUALES PUEDE CONTINUAR LA LACTANCIA, AUNQUE REPRESENTEN PROBLEMAS DE SALUD PREOCUPANTES

- ✓ Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento (OMS, 2000).
- ✓ Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después (OMS, 1996).
- ✓ Hepatitis C: Recientes estudios han demostrado que no se transmite por la lactancia materna esta enfermedad. La tasa de transmisión madre-hijo de la hepatitis C es similar en los niños alimentados al pecho y en los que reciben lactancia artificial. (Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 321-327)
- ✓ Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección (OMS, 2000) y amamantar del pecho no afectado.
- ✓ Tuberculosis: el manejo de la madre y el bebé debe hacerse de acuerdo a las normas nacionales de tuberculosis (OMS, 1998).
- ✓ Uso de sustancias: Se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados (OMS, 2003).

SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA LECHE MATERNA

LACTANTES NACIDOS CON BAJO PESO Y MUY BAJO PESO AL NACER

Un recién nacido que pesa menos de 2500 gramos, se lo considera con bajo peso al nacer y uno que pesa menos de 1500 gramos se lo considera de muy bajo peso al nacer. Esta circunstancia puede ser consecuencia de un nacimiento prematuro antes de las 37 semanas completas de gestación, de nacer pequeño para la edad gestacional (generalmente causado por un retardo del crecimiento intrauterino), o de una combinación de ambos. Los infantes con bajo peso al nacer tienen un mayor riesgo de presentar retardo temprano del crecimiento, retraso en el desarrollo y mortalidad (OPS, 2010).

El mejor alimento que pueden recibir los lactantes es la leche materna, puesto que ésta está especialmente adaptada para cubrir necesidades y también está asociado con una menor incidencia de infecciones y mejores resultados a largo plazo. No todos los infantes con bajo peso al nacer son capaces de lactar durante los primeros días de vida, por lo tanto, aquellos niños/niñas que no pueden lactar, se debe adoptar una alimentación por vía oral:

- Con vaso.
- Jeringuillas o extracción directa en la boca del infante
- Mediante una alimentación con sonda gástrica.

En estos casos, las opciones disponibles para la alimentación son en primer lugar la leche extraída del pecho de su propia madre; si es que eso no es posible, entonces se debe alimentar al infante con leche de banco de leche humana. En el caso de que ninguna de las dos opciones anteriores sean disponibles, se debe alimentar al lactante con leche artificial comercial, para la cual se debe utilizar una fórmula estándar para el caso de niños/niñas que pesen más de 1500 gramos y fórmulas para prematuros en el caso de que el lactante pese menos de 1500 gramos (OMS, 2004).

Si un infante no es capaz de lactar, generalmente debe ser referido a una unidad especial para cuidados neonatales, tomando en cuenta de que se deben realizar todos los esfuerzos para permitir que la madre permanezca cerca de esta unidad; caso contrario, la madre deberá permanecer todos los días, el mayor tiempo posible en el hospital.

Una vez que la lactancia materna se ha establecido, el cuidado debe continuar en el hogar, con un estrecho seguimiento. Se debe brindar a la madre soporte técnico para que la leche materna sea extraída por lo menos 8 oportunidades durante las 24 horas del día. Esta leche extraída debe ser administrada cada 1 a 3 horas dependiendo de la edad y el peso del lactante, como se indica en los cuadros a continuación:



Cuadro N°1: Alimentación de niños con bajo peso al nacer

	> 36 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	32-36 SEMANAS DE GESTACIÓN	<32 SEMANAS DE GESTACIÓN
QUÉ	Leche materna succionada	Leche materna extraída o succionada del pecho	Leche materna extraída
CÓMO	Lactancia materna Succión directa	Vaso o taza con cuchara (además de la leche materna)	Sonda intragástrica
CUÁNDO	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar durante la primera hora del nacimiento Lactancia materna al menos cada 3 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar durante la primera hora o tan pronto como el lactante esté clínicamente estable. Alimentación cada 2 ó 3 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> Comenzar a las 12-14 horas después del nacimiento. Alimentación cada 1 ó 2 horas.
CUÁNTO	Alimentación a demanda	Ver Cuadro # 2 y 3	Ver Cuadro # 2 y 3

Fuente: OMS, OPS 2010.

Cuadro N° 2: Ingesta recomendada de líquidos para lactantes con bajo peso al nacer

Días de Vida	Requerimientos de Líquidos (ml/kg/día)		
	2000-2500 g	1500-2000 g	1000-1500 g
1	60 ml	60 ml	60 ml
2	80 ml	75 ml	70 ml
3	100 ml	90 ml	80 ml
4	120 ml	115 ml	90 ml
5	140 ml	130 ml	110 ml
6	150 ml	145 ml	130 ml
7	160 ml	160 ml	150* ml

Fuente: OMS, OPS, 2010.

*Si el lactante recibe líquidos intravenosos, no incrementar por encima de 140 mg/kg/día.

**Las cantidades estipuladas en este Cuadro han sido calculadas según los requerimientos del lactante (60 ml en el día 1, incrementando 10 a 20 ml por día hasta los 7 días) y tomando en cuenta 8 tomas en 24 horas.

** Si el lactante recibe más de 8 tomas de alimentación en 24 horas, la cantidad por toma debe ser reducida proporcionalmente, para alcanzar el mismo volumen total en 24 horas.

Cuadro #3: Volúmenes de Leche Recomendados para Lactantes de bajo peso al nacer

Días de Vida	Volúmenes de Leche (ml)		
	2000-2500 g	1500-2000 g	1000-1500 g
1	17ml	12 ml	6 ml
2	22ml	16 ml	7 ml
3	27ml	20 ml	8 ml
4	32ml	24 ml	9 ml
5	37ml	28 ml	11ml
6	40ml	32 ml	13ml
7	42ml	25 ml	16ml

Fuente: OMS, OPS, 2010

*Si el lactante recibe alimentación con vaso o taza, agregar 5 ml para compensar por el derrame y la variabilidad del apetito del bebé.

*En el caso de lactantes <1250 g que no muestren signos que reflejen que están dispuestos a alimentarse, iniciar con 1-2 ml cada 1-2 horas y dar el resto del requerimiento hídrico como líquidos intravenoso.

Los lactantes que tienen 36 semanas de edad gestacional o más, normalmente son capaces de succionar el pecho de la madre por sí mismos. Cuando un niño/niña con bajo peso al nacer comienza a succionar, generalmente presenta pausas durante largos períodos de tiempo; es importante no retirar al lactante del pecho durante esas pausas, por que las lactadas deben durar una hora. Si la madre tiene dificultades en lograr una succión efectiva, se cansa rápidamente o el infante no tiene un incremento adecuado del peso, se sugiere administrarle la leche extraída al infante, empleando un vaso o taza, antes de colocarlo en el pecho. Si el lactante succiona bien, reducir la alimentación con vaso o taza. Evitar la alimentación con biberón debido a que interfiere con el aprendizaje del infante para lactar el pecho (OPS, 2010).

Los lactantes de 32 a 36 semanas de edad gestacional, deben ser alimentados parcial o totalmente, con leche extraída y empleando un vaso, taza o una cuchara hasta que se pueda establecer la lactancia materna completa. La alimentación puede ser iniciada tan pronto como el lactante esté clínicamente estable, en lo posible durante la primera hora después del parto y debe ser administrada cada 2 a 3 horas (Ver Cuadro N°1). Finalmente, los lactantes menores a 32 semanas de edad gestacional, usualmente necesitan ser alimentados a través de una sonda gástrica. Y no deben recibir ningún alimento por vía oral durante las primeras 12 a 24 horas (OPS, 2010).

Una vez transcurridos los primeros 7 días, si el lactante continúa recibiendo leche extraída del pecho, se debe incrementar la ingesta a 20 ml/kg cada día, hasta que reciba 180 ml/kg por día. Una vez que el lactante empiece a lactar el pecho más frecuentemente, la cantidad de leche extraída puede ser reducida gradualmente.

De la misma manera, se le debe controlar el peso al infante. Para infantes que tengan un peso al nacer por encima de 1500 gramos, se espera que recupere el peso original que tenían al nacer después de 1 a 2 semanas, mientras que para los lactantes que nacieron con menos de 1500 gramos, esto se puede demorar hasta 2 ó 3 semanas. Luego de este tiempo, el aumento promedio de peso debería ser de 10-16g/kg/día. Cabe recalcar que los lactantes más pequeños aumentan de peso más rápidamente. En el caso de que el aumento de peso no sea el esperado, se debe indagar la causa del mismo y corregirla. Este problema puede ser debido a que el lactante no está siendo capaz de tomar las cantidades adecuadas de leche. Dentro de las causas más frecuente son infecciones, hipotermia, moniliasis, anemia, un aporte poco frecuente de leche o en menor cantidad de la requerida. (OMS, OPS, 2010)

Alta del hospital

Un infante con bajo peso al nacer puede ser dado de alta del hospital cuando:

- Lacte el pecho de la madre de manera efectiva o que la madre tenga confianza en el uso de un método alternativo de alimentación.
- Mantenga su temperatura entre 36.5°C y 37.5°C durante al menos 3 días consecutivos.
- Aumente de peso, al menos 15g/kg durante 3 días consecutivos
- La madre tenga confianza en su habilidad de poder cuidar a su hijo/a.

Seguimiento

El lactante debe recibir seguimiento a partir de los 2 a 5 días después del alta y al menos cada semana hasta que reciba lactancia materna exclusiva y pese más de 2.5 kg. Los seguimientos posteriores pueden continuar cada mes, de la misma manera que los realizados al niño nacido a término. Para garantizar la lactancia materna, la madre adoptará el método madre canguro que se describe a continuación:

Método Madre Canguro

Este método es una manera por medio de la cual la madre brinda a su hijo/a con bajo peso al nacer beneficios similares a los proporcionados por una incubadora, debido a que le mantiene caliente, estabilizando su respiración y frecuencia cardíaca y reduce el riesgo de infección. Además, permite que la madre inicie antes la lactancia materna y que el lactante aumente de peso más rápidamente. De esta manera, la madre

y su bebé permanecen más involucrados, incentivando la lactancia materna y su vínculo emocional. Este método consiste en que la madre mantiene al infante en contacto piel a piel durante el día y la noche en posición vertical entre sus pechos como se muestra en la figura a continuación:



El lactante es sostenido en esa posición por las ropas de la madre o por sábanas atadas alrededor del pecho. La cabeza del infante debe estar al aire libre, colocada un gorro para mantener el calor y también el niño/niña debe llevar puesto un pañal por cuestiones de higiene. Este contacto estrecho con la madre significa que el lactante debe permanecer muy cerca de los pechos facilitándole olerlos y lamer la leche untada en el pezón. Algo importante que vale la pena recalcar es que en el caso de que la madre tenga que atender sus propias necesidades, el contacto piel a piel puede ser continuado por alguna otra persona o se lo puede colocar en una cuna o cama hasta volver a colocar al bebé en su pecho nuevamente.

Este método se debe mantener tanto como sea necesario, lo que quiere decir que hasta que el lactante sea capaz de mantener su temperatura, respirar sin dificultad y pueda alimentarse sin la necesidad de emplear métodos alternativos. Usualmente es el infante quien indica que está listo y que desea salir. (OMS, OPS, 2010).

Dosificación de Leche Humana para Lactantes muy prematuros nacidos con menos de 32 semanas de gestación.

Peso (gr)	1000	1000 a 1250	1250 a 1500	1500 a 1750	1750 a 2000
Inicio (hs)	12-72	12-72	12-48	12-24	12
Volumen inicial (ml)	0.5	1	2-3	5-8	10
Intervalo (hs)	1° día c/4 hs, luego c/3 -2-1horas.	Idem	Cada 3 hs., luego c/2 horas.	Cada 2 horas.	Cada 3 horas.
Vía (sonda)	SOG o SNG	Idem	Idem	Idem	SNG
Tipo de leche	Humana	Humana	Humana	Humana	Humana
Días para alcanzar 150ml	15 a 25	14 a 28	12 a 16	12-14	10 a 12
Días para alcanzar 130-150 kcal/kg/día	20 a 28	18 a 25	15 a 20	14 a 18	Variable

3 Alimentación para Lactantes y Niños Pequeños que Viven en Situaciones de Emergencia

En situaciones de emergencia como los desastres naturales, comunidades y regiones enteras son afectadas de tal manera que la vida de miles de personas se encuentra comprometida. El problema más preocupante en niños durante las emergencias es la malnutrición. La tasa de mortalidad en niños/as menores de 5 años es considerablemente más alta que en otros grupos de edad. La desorganización y desplazamiento de las poblaciones en las situaciones de emergencia tiene una enorme repercusión en el estado nutricional y de salud de los lactantes y de los niños pequeños. Durante las emergencias, los promedios de mortalidad infantil pueden subir aceleradamente entre 2% y 70% por encima de los promedios normales y hasta en las poblaciones saludables los promedios de morbilidad y mortalidad infantil pueden aumentar un 20% (OMS, 2004).

La malnutrición es la mayor amenaza a la supervivencia de los niños/as durante una emergencia; puede tener también consecuencias enormes para su desarrollo emocional, físico, de habilidad motora, social y cognoscitiva. La mejor manera de prevenir la malnutrición es asegurar la alimentación y cuidado óptimo de los niños/as mediante el apoyo del amamantamiento exclusivo, los alimentos complementarios apropiados y un medio que favorezca los cuidados. Las prácticas menos conocidas de la alimentación de los lactantes y niños pequeños como la seguridad, la privacidad y el refugio deben ser consideradas en caso de una emergencia. (OMS, 2004).

Se ha identificado a la nutrición y el cuidado adecuado como los factores clave de la salud y la estabilidad de los niños/as y, en consecuencia, el apoyo de la alimentación de los lactantes y de los niños pequeños en las emergencias se ha convertido en la mayor estrategia para reducir la morbilidad y la mortalidad infantil durante la respuesta a las emergencias humanitarias (Grupo temático mundial sobre la nutrición, 2008). Es por esto que es importante

prevenir la malnutrición en infantes y niños pequeños a través de un óptimo cuidado y adecuada alimentación (Grupo Temático Mundial sobre la Nutrición, 2008). En situaciones de emergencia, las muertes infantiles no son en su mayoría consecuencias directas de ellos, sino que resultan de la escasez de alimentos, agua potable, atención médica y pésimas condiciones de higiene (WHO, 2004).

Aquellos niños, que nacen en poblaciones que se encuentran afectadas o atravesando una emergencia deben ser alimentados al pecho, ya que además de ser el alimento ideal, la leche materna protege contra infecciones y sus consecuencias. Esto es de gran importancia en ambientes que carecen de un adecuado abastecimiento y saneamiento de agua. De hecho en estas situaciones la leche materna puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. Aquellas personas responsables de la promoción de una adecuada alimentación infantil durante emergencias deben iniciar inmediatamente acciones para incentivar a las madres a practicar únicamente lactancia materna con sus recién nacidos, además de capacitar al personal de salud y nutrición, y trabajadores de la comunidad para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. En períodos de emergencia la leche materna es una contribución cualitativa y cuantitativamente importante porque provee por lo menos la mitad de los nutrientes necesarios en niños entre los 6 y 12 meses de edad. Por esta razón se debe rechazar todas las donaciones de sustitutos de la leche materna (Grupo temático mundial sobre la nutrición, 2008).

Es común que durante períodos de emergencia se reciba ayuda a través de la distribución o donación de biberones y tetinas, sin embargo, estos instrumentos no se pueden mantener limpios fácilmente y su uso incrementa el riesgo de sufrir de infecciones diarreicas, deshidratación y malnutrición. Por este motivo es importante que durante períodos de emergencia se capacite, eduque y entrene a padres y/o cuidadores para evitar el uso de biberones y tetinas (Proyecto Esfera, 2004).



La alimentación artificial es más peligrosa, debido a la falta de higiene, agua limpia y combustible, y a la poca confiabilidad de los insumos. Puede existir carencia de alimentos adecuados para la alimentación complementaria o de facilidades para la preparación de los mismos, así como para almacenar la comida de un modo seguro. Los sucedáneos de la leche materna (incluyendo leche artificial comercial para lactantes y biberones) que pueden ser enviados por donantes en cantidades inapropiadas en situaciones de emergencia, desmotivan la lactancia materna y pueden causar un destete temprano, creyendo que son requeridos con urgencia, sin conocer las verdaderas necesidades (Emergency Nutrition Network, 2007). Sin controles apropiados, estos insumos son entregados gratuitamente a las familias que no los necesitan y se agotan antes

de que arriben otros, sin llegar a quienes podrían tener necesidades genuinas (Save the Children Alliance, 1999). El resultado es un uso inapropiado e inseguro de los sucedáneos de la leche materna y un incremento peligroso e innecesario de la interrupción temprana de la lactancia materna. Cuando no existe disponible nada más, a los lactantes se les suministra alimentos inadecuados, como leche desnatada y deshidratada, causando efectos en su estado de salud y nutrición. En el caso de la leche desnatada, se aporta un valor calórico mucho menor a aquellos niños que se encuentran en situaciones de emergencia y que necesitan tener alimentos ricos en calorías. La leche deshidratada, al igual que las fórmulas infantiles, tiene que ser reconstituida en las concentraciones correctas utilizando agua hervida en las mejores condiciones de higiene.

Niños y niñas luego de los 6 meses de edad necesitan consumir alimentos complementarios a la lactancia materna, que sean preparados bajo óptimas condiciones higiénicas y que sean fáciles de consumir y digerir.

Debido a las pérdidas de cosechas, desabastecimiento de productos alimentarios e incremento de enfermedades diarreicas e infecciosas es probable que se presente carencias de micronutrientes, especialmente en grupos vulnerables como la población infantil (niños y niñas de 6 a 59 meses de edad), mujeres embarazadas y madres en período de lactancia (OMS, 2004).

En períodos de emergencia, la prioridad es prevenir la muerte y desnutrición de personas afectadas, en especial de los grupos vulnerables. Es por esto que se debe mantener la suplementación con micronutrientes múltiples para consumo diario que corresponde a la ingesta de nutrientes recomendados para estos grupos vulnerables (UNICEF, 2007).

En cuestión de las necesidades alimentarias, se debe realizar las siguientes intervenciones:

1. Distribución general de alimentos
2. Asistencia alimentaria dirigida a embarazadas, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de cinco años de edad
3. Intervención médica y nutricional: que se emplea en casos de desnutrición aguda como marasmo y kwashiorkor

En casos de desnutrición aguda como el marasmo y el kwashiorkor requieren de hospitalización para ser tratados en instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención los pacientes requieren de hospitalización para ser tratados en instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención.

Los principios y recomendaciones para la alimentación de los lactantes y niños pequeños en situaciones de emergencia, son exactamente las mismas que para los lactantes en situaciones ordinarias. Para la mayoría, el énfasis debe ser la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y asegurar una alimentación complementaria oportuna, segura y apropiada (WHO, 2004).

La mayoría de las madres desnutridas pueden continuar amamantando mientras reciben alimentación y tratamiento.

Una minoría de lactantes necesitará ser alimentada con sucedáneos de la leche materna, a corto o a largo plazo. Esto podría ser necesario en el caso de que:

- La madre haya muerto
- La madre esté ausente
- La madre esté demasiado enferma

- La madre esté traumatizada para dar de lactar
- En el caso de lactantes que estaban siendo alimentados artificialmente antes de la emergencia
- Para aquellos hijos de madres VIH positivas que han decidido no dar de lactar (WHO, 2004).

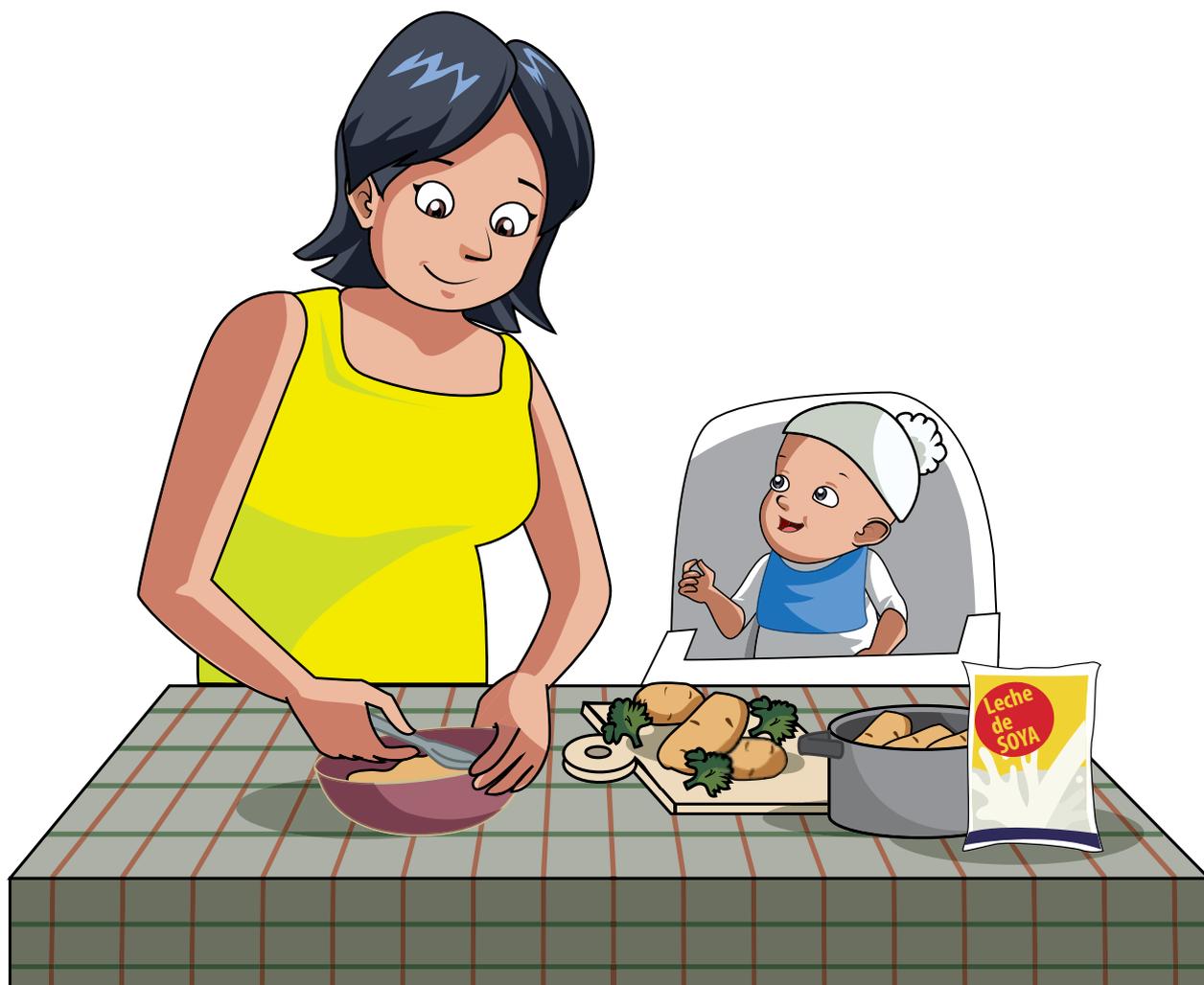
Existen algunas condiciones que pueden beneficiar la alimentación del lactante y del niño pequeño y el equipo que maneja la respuesta a la emergencia, debe esforzarse en establecerlas:

- **Identificación de grupos vulnerables:** Las embarazadas, los lactantes menores de 6 meses y los niños entre 6 y 24 meses, deberían ser contados y registrados por separado; los recién nacidos deben ser registrados inmediatamente y su familia debe ser elegible para una ración adicional dirigida a la madre que amamanta y, cuando sea apropiado, para comida adecuada para la alimentación complementaria del niño pequeño.
- **Comida, agua y nutrientes adecuados:** Las madres deben recibir una ración general adecuada y suficiente agua para beber. Si la ración general completa no está disponible, se debe proporcionar comida y suplementos con micronutrientes, priorizando a las embarazadas y a las mujeres que están dando de lactar.
- **Albergues y privacidad:** Preferentemente, se deben proveer albergues familiares en vez de albergues comunales. La mujer que da de lactar necesita de áreas privadas (según sea culturalmente apropiado).
- **Apoyo de la comunidad:** Las mujeres necesitan apoyo de sus familias y comunidades, de manera que se debe ayudar a que la población se asiente en grupos familiares.
- **Reducción en el tiempo para las demandas:** Los servicios de salud ambulatorios deberían ser instalados cerca del área asignada a las mujeres que tienen hijos lactantes. La gente pasa muchas horas haciendo filas para conseguir productos básicos como ser comida, agua y combustible; el acceso prioritario para las madres u otros cuidadores, permite que puedan dar más tiempo a los niños.
- **Ayuda específica con la alimentación durante emergencias:** además de las condiciones generales de apoyo, las madres necesitan ayuda específica con la alimentación del lactante y del niño pequeño. La respuesta a la emergencia debería incluir las siguientes formas de apoyo:
- **Guión de la maternidad 'amiga del niño':** Los Diez Pasos Para una Lactancia Materna Exitosa deberían ser ejecutados en los establecimientos de salud y para los partos que ocurren en el hogar. Es necesario el apoyo calificado, durante el período prenatal y durante las primeras semanas después del nacimiento.

UNICEF - OMS: Diez pasos hacia una lactancia exitosa

1. Disponer de una política
2. Capacitar a todo el personal
3. Capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna
4. Iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto
5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia
6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva
7. Facilitar el alojamiento conjunto
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda
9. No dar a los niños biberones y chupos
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo

Los niños después de los 6 meses de edad necesitan, además de la leche materna, alimentos complementarios que sean higiénicamente preparados y fáciles de comer y digerir. Alimentos fortificados con nutrientes esenciales, pueden ser útiles para alimentar a los niños pequeños. Sin embargo, su suministro no debería interferir con la promoción



del uso de ingredientes locales y con el suministro de productos básicos donados que permitan la preparación de alimentos complementarios.

En una emergencia se debe proveer ayuda calificada en la comunidad para:

- a. Enseñar a las madres cómo dar de lactar y continuar apoyándolas hasta que sus lactantes tengan 24 meses;
- b. Enseñar a las madres sobre la alimentación complementaria adecuada, después de los 6 meses de edad, empleando los ingredientes disponibles;
- c. Apoyar a las madres a practicar la alimentación perceptiva (estimular al niño a comer)
- d. Identificar y ayudar a las madres con problemas y realizar seguimiento en el hogar, si fuera posible;
- e. Controlar el crecimiento de los lactantes y niños pequeños y aconsejar a la madre en consecuencia (OMS, 2004).

Es de vital importancia establecer servicios de salud provisionales adecuados para:

- Apoyar la lactancia materna y la alimentación complementaria;
- Ayudar a las madres para que se extraigan la leche y alimenten a sus hijos lactantes que, por diversas razones, no puedan lactar, con un vaso o taza;
- Buscar activamente a lactantes y niños pequeños desnutridos para su evaluación y tratamiento;
- Admitir a las madres de lactantes enfermos o desnutridos en establecimientos de salud o de rehabilitación nutricional, junto con sus niños;
- Ayudar a las madres de lactantes desnutridos para que, además de la necesaria alimentación terapéutica realicen la relactación y logren una adecuada lactancia materna antes de que sus niños sean dados de alta (OMS, 2004).

Uso controlado de los sucedáneos de la leche materna:

Los sucedáneos de la leche materna deberían ser obtenidos y distribuidos como parte del inventario regular de alimentos y medicamentos, solamente en las cantidades necesarias (United Nations High Commissioner for Refugees, 1989). Deben existir criterios claros para su empleo, acordados con las diferentes agencias que están involucradas en cada situación en particular (Seal et al., 2001), usualmente incluyen lo siguiente:

- Si la madre ha fallecido o es inevitablemente ausente.
- Si la madre está muy enferma (el uso temporal puede ser todo lo que se necesite).
- Si la madre está realizando la relactación (uso temporal).
- Si la madre es VIH positiva y elige emplear un sucedáneo de la leche materna.
- Si la madre rechaza al niño, por ejemplo después de una violación (el uso temporal puede ser todo lo que se necesite).
- Si el lactante (nacido antes de la emergencia) ya es dependiente de la alimentación artificial (uso de los sucedáneos por lo menos hasta los 6 meses, o uso temporal hasta que se haya logrado la relactación).

Para el caso del lactante que reciba sucedáneos de la leche materna, los insumos deben ser proporcionados durante el tiempo que los necesite. Las personas que los cuidan deben recibir orientación sobre la preparación higiénica y la alimentación apropiada empleando los sucedáneos (Emergency Nutrition Network, 2008). Se deben realizar esfuerzos para evitar el efecto de dispersión de la alimentación artificial a madres y lactantes que no la necesitan, enseñando su preparación en privado y teniendo cuidado que los envases de los sucedáneos, no se expongan públicamente.

4 Glosario de Términos

A

Alergénico: Que produce alergia

Alimentación complementaria: El proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales y calóricas del niño o la niña, por lo tanto se necesita otros alimentos y líquidos complementarios a la leche materna.

Apnea: Falta o suspensión de la respiración.

B

Banco de leche humana (BLH): centro especializado, responsable por la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y ejecución de actividades de recolección del excedente de la producción láctica de nodrizas; responsable por el procesamiento y control de calidad de la leche humana ordeñada, posterior distribución, bajo prescripción de médicos. Debe estar obligatoriamente vinculado a un hospital materno y/o infantil. Es una institución sin fines lucrativos, siendo prohibida la comercialización de los productos bajo su responsabilidad.

Bradycardia: Ritmo cardíaco más lento que el normal.

D

Desnutrición: Resultado de una deficiente ingesta, absorción y utilización biológica de nutrientes para satisfacer las necesidades energéticas y nutricionales individuales

Desnutrición crónica: Baja talla para la edad

Desnutrición severa: Baja talla severa para la edad

H

Hemodiálisis: procedimiento invasivo, de sustitución de la función renal que permite extraer a través de una máquina y filtro de diálisis los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal.

Hipotermia: temperatura corporal peligrosamente baja, por debajo de 35° C.

Hipoxia: estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de estos.

I

Isquemia: sufrimiento celular causado por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo y consecuente disminución del aporte de oxígeno (hipoxia), de nutrientes y la eliminación de productos del metabolismo de un tejido biológico.

L

Lactancia materna: proceso de alimentación al niño o niña a través de la leche de la madre que contribuye al crecimiento y desarrollo saludable, es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de Niños normales hasta los seis meses de edad, reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil.

Lactancia materna exclusiva: Alimentación de un niño o niña lactante hasta los seis meses de edad exclusivamente con leche materna, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

Lactante: se define como un niño desde su nacimiento hasta los 24 meses de edad.

M

Morbi-mortalidad: Número de episodios de enfermedad o de muerte en un periodo determinado

Mortalidad infantil: Número de episodios de muerte en niños menores de 1 año en un periodo determinado

N

Neofóbico: fobia a los alimentos nuevos

Niño pequeño: Niño menor de 5 años de edad.

S

Septicemia: Enfermedad infecciosa producida por el paso a la sangre de gérmenes patógenos y puede causar la muerte.

Sucedáneos de la leche materna: Todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin

Suplementación: Es el mejoramiento de la ingesta de nutrientes a través de formas farmacéuticas por vía oral o paraneal (Codex Alimentarius, 2005).

5 Bibliografía

1. American Dietetic Association. Providing nutrition services for infants, children, and adults with developmental disabilities and special health care needs. J Am Diet Assoc. Jan 2004
2. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. American Journal of Clinical Nutrition, 1999.
3. Bahl R et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83:418–426.
4. Banco Mundial. Insuficiencia Nutricional en Ecuador, Quito: Banco Mundial; 2007.
5. Bern C et al. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease; a ten-year update. Bulletin of the World Health Organization, 1992, 70:705–714). “La alimentación del lactante y del niño/a pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud”. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2010.
6. Bosch AM. Classical galactosaemia revisited, Journal of Inherited Metabolism Diseases, 2006.
7. Briend A, Bari A. Breastfeeding improves survival, but not nutritional status, of 12–35 months old children in rural Bangladesh. European Journal of Clinical Nutrition, 1989, 43(9):603–8. 9. Mobak K et al. Prolonged breastfeeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. British Medical Journal, 1994, 308:1403–1406. “La alimentación del lactante y del niño/a pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud”. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2010.
8. Brown K et al. Infant feeding practices and their relationship with diarrhoeal and other diseases in Huascar (Lima) Peru. Pediatrics, 1989.

9. Butte N, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva, World Health Organization, 2002.
10. Chua S et al. Influence of breast feeding and nipple stimulation on post-partum uterine activity. British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 1994.
11. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. Lancet, 2002.
12. Daza & Dadán, Alimentación complementaria en el Primer Año de Vida, Sociedad Colombiana de Pediatría, Volumen 8, número 4, 2006.
13. Dewey KG et al. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. The Journal of Nutrition, 2001.
14. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. Food and Nutrition Bulletin, 2003, 24:5-28. "La alimentación del lactante y del niño/a pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud". Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2010.
15. Dpto. Nutrición Y Ciclo Vital, Ministerio de Salud, Guía de alimentación del niño/a(a) menor de 2 años, Chile, 2005.
16. Emergency Nutrition Network. Infant feeding in emergencies. Module 1: For emergency relief staff, orientation and reference; Module 2: For health and nutrition workers in emergency situations. Geneva, ENN, 2007
17. Engle P, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. Proceedings of the Royal Society, 2000, 59:25-35. Pelto G, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. Food and Nutrition Bulletin, 2003, 24(1):45-82). "La alimentación del lactante y del niño/a pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud". Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2010.
18. Fernandes J, Saudubray JM, van den Berghe G, Walter JH, eds. Inborn Metabolic Diseases: Diagnosis and Treatment. 4th ed. New York, NY: Springer; 2006:
19. Genetics Home Reference, La Galactosemia, 07 de noviembre de 2010. Consultado por última vez en noviembre, 2010.
20. Giovannini M, Rottoli A, Fiori L., Nutrición y enfermedades congénitas del metabolismo, En: Tojo R, ed. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona, Ediciones Doyma, 2001, 641-660.
21. Gobierno de La Rioja, Guía de Lactancia Materna para Profesionales de la Salud, 2010
22. González-Hachero J. Patología de la absorción intestinal de los hidratos de carbono. En: Cruz M, ed. Tratado de Pediatría, 8.a ed. Madrid: Ergon, 2001, 1.060-1.067
23. Grupo temático mundial sobre la nutrición. Una Guía Práctica sobre la nutrición en las situaciones de emergencia, Grupo temático mundial del CPO, UNICEF, Nueva York, NY, 2008.
24. Guía de alimentación del niño/a(a) menor de 2 años. DPTO. NUTRICIÓN Y CICLO VITAL MINISTERIO DE SALUD CHILE, 2005.
25. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. American Journal of Epidemiology, 2005, 162:397-403.
26. Kent J et al. Volume and frequency of breastfeeding and fat content of breastmilk throughout the day. Pediatrics, 2006, 117(3): e387-392.
27. Lancet, How many child death can we prevent this year? Child Survival II. Lancet, 362:65, 71, 2003.
28. Lawrence R., Lawrence R., Lactancia Materna: Una Guía para la Profesión Médica, 6ta edición, 2007.
29. Martorell R, Kettel Khan L, Schroeder DG., Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. European Journal of Clinical Nutrition, 1994.

30. Organización Mundial de la Salud, Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs.[Medicamentos Maternos durante la Lactancia. Recomendaciones sobre los Medicamentos de la Undécima Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS] Ginebra , 2003.
31. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Nutrición y Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Guía de Alimentación del niño(a) menos de dos años, Guías de Alimentación hasta la Adolescencia, 2005.
32. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación, Guía del Capacitador, Estado Unidos, 1993.
33. Organización Mundial de la Salud, Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. En: 33a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 5-16 mayo de 1986. Volumen 1. Resoluciones y documentos. Final. Ginebra, 1986.
34. Organización Mundial de la Salud, Hepatitis B and breastfeeding. [Hepatitis B y lactancia.] Ginebra, 1996.
35. Organización Mundial de la Salud, Breastfeeding and Maternal tuberculosis. [Lactancia y tuberculosis] Ginebra, , 1998
36. Organización Mundial de la Salud, Mastitis: causas y manejo. Ginebra, 2000, http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf, consultado en marzo 2010).
37. OMS, Gestión de la nutrición en las emergencias mayores, Ginebra, 2000.
38. Organización Mundial de la Salud, 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15, Nutrición del Lactante y del niño/a pequeño Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño/a pequeño, Lactancia Materna: «Madres saludables, bebés saludables», 11ª Semana Mundial de la Lactancia Materna, Agosto 1 al 7 de 2002.
39. OMS, Principios rectores para la alimentación de los lactantes y niños pequeños durante las emergencias, 2004.
40. Organización Mundial de la Salud, Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature, Ginebra, 1997 http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_CHD_97.1.pdf, consultado el 24 de junio de 2008.
41. Organización Mundial de la Salud, Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna, Ginebra, Suiza, 2009.
42. Organización Panamericana de la Salud, La alimentación del lactante y del niño/a pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud, Washington, D.C., 2010.
43. Organización Panamericana de la Salud, Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño/a amamantado., Washington DC, 2003.
44. Organización Mundial de la Salud, Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs. Medicamentos Maternos durante la Lactancia. Recomendaciones sobre los Medicamentos de la Undécima Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, Ginebra, 2003.
45. Organización Mundial de la Salud. "Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Patrones de crecimientos del niño de la OMS. Brindando Consejería sobre Crecimiento y Alimentación". Ginebra, Suiza, 2008.
46. Organización Mundial de la Salud VIH y alimentación infantil: actualización basada en la reunión consultiva técnica realizada en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención de la Transmisión del VH en Embarazadas, Madres y Niños. Ginebra 25-27 de octubre de 2006. Ginebra, 2008.
47. Organización Mundial de la Salud, Proyecto Esfera, Carta Humanitaria y Normas mínimas de respuesta humanitaria en casos desastre, Ginebra, 2004.
48. Rosenblatt K, Thomas D. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. International Journal of Epidemiology, 1993, 22:192-197.
49. Sachdev H et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. Lancet, 1991, 337:929-933.

50. Save the Children Alliance. Meeting the nutritional needs of infants in emergencies: recent experiences and dilemmas. Report of an International Workshop. London, Institute of Child Health, 1999.
51. Seal A, Taylor A, Gostelow L & McGrath M, Review of policies and guidelines on infant feeding in emergencies: common ground and gaps. Disasters, 2001.
52. United Nations High Commissioner for Refugees. Policy on the acceptance, distribution and use of milk products in feeding programmes in refugee settings. Geneva, United Nations High Commissioner for Refugees, 1989.
53. Sociedad Argentina de Pediatría, Guía de alimentación para niños/as de 0 a 2 años, Buenos Aires, 2001.
54. UNICEF/UNHCR/WFP/WHO. Food and nutrition needs in emergencies. WFP, Rome, 2002.
55. UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Estado Mundial de la Infancia, 2004, Nueva York, División de comunicaciones, 2005.
56. UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Derechos De La Niñez En Emergencias Y Desastres, Compromiso De Todos, Nicaragua, 2007.
57. United Nations High Commissioner for Refugees. Policy on the acceptance, distribution and use of milk products in feeding programmes in refugee settings. Geneva, United Nations High Commissioner for Refugees, 1989.
58. Wendel U, Ogier de Baulny H. Branched-chain organic acidurias/acidemias. In: Fernandes J, Saudubray J-m, van den Berghe G, Walter JH, eds. Inborn Metabolic Diseases: Diagnosis and Treatment. 4th ed. New York, NY: Springer; 2006
59. World Health Organization Multinational Study of Breast-feeding and Lactational Amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. Fertility and sterility, 1999.
60. World Health Organization, Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies, Geneva, 2004.
61. World Health Organization, Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and childhood mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet, 2000.
62. WHO (World Health Organization), Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, Geneva, 2003
63. World Health Organization, Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). Evidence and recommendations for further adaptations, Ginebra, 2005.
64. World Health Organization, Training course on child growth assessment. Geneva, 2008.
65. Dirección de prestaciones médicas. Unidad de Atención Médica. Guía de referencia rápida. Tratamiento Nutricional del paciente pediátrico y Adolescente con Galactosemia. México.
66. Código Internacional de los sucedáneos de leche materna 1980 OMS -UNICEF
67. Berry GT et al. The rate of de novo galactose synthesis in patients with galactose -1-phosphate uridytransferase (GALT) deficiency. Mol Genet Metab 2004 Jan
68. Berry GT, et al, Galactose breath testing distinguishes variant y severe galactose -1 phosphate Uridytransferase genotypes pediatres 2000 sep.
69. Normas y Protocolos para la alimentación y nutrición en la atención integral a personas que vive con VIH/ SIDA.2010
70. Shock syndromes related to sepsis. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 108.



NORMATIVA PARA USO DE SUCEDANEOS DE LECHE MATERNA

ANTECEDENTES

La lactancia materna es la única forma de garantizar desde el inicio de la vida el crecimiento y desarrollo no solo como individuo sino como un verdadero constructo de las sociedades encaminadas al progreso, no solo por el potencial humano formado como estructura biológica, sino también por sus capacidades cognitivas; por estas razones la lactancia aportará sin duda a la reducción de la mortalidad materna infantil, a disminuir las enfermedades prevalentes de la infancia.

Las constantes repitencias de las enfermedades respiratorias y diarreicas han ido marcando el destino del status nutricional del ser humano en la primera infancia, he ahí radica la suprema importancia del fomento y protección de la lactancia materna como un aspecto prioritario en la atención primaria de salud en el marco de la prevención y promoción de la salud.

Un aspecto de relevancia a considerar es la inserción de la madre al mercado laboral que ha hecho que la práctica de la lactancia materna se convierta en incierta por factores que como el tiempo, el desconocimiento de su importancia, trazan el futuro del nuevo ser, esto frente a lo atractivo, a la facilidad y la amplia promoción de los sucedáneos de la leche humana que “facilitan” el desenvolvimiento cotidiano de la madre que se ve obligada a solucionar su problema momentáneo que marcará sin duda la vida del individuo dentro del contexto familiar.

Todos los esfuerzos de una normativa y reglamentación deben estar orientados de manera sistemática, sustentable y sostenible a crear un ambiente que proporcione las herramientas necesarias que fomente la lactancia materna, con el involucramiento de la familia y comunidad.

El personal de salud mediante el sistema de servicios de salud debe orientar su trabajo hacia la promoción de la práctica de la lactancia materna dándole el valor supremo de ésta práctica y la utilización apropiada de los sucedáneos de la leche humana en casos necesarios.

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1981 el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna con el objetivo de proteger y fomentar el amamantamiento mediante el suministro de información acerca de la alimentación adecuada de los lactantes y la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas. Desde entonces, la aprobación de diversas resoluciones adicionales han definido y fortalecido lo estipulado en el Código.

El Código establece que no se debe llevar a cabo ninguna forma de promoción de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas en la población en general; que ni los establecimientos sanitarios ni los profesionales de la salud deberían fomentar el uso de sucedáneos, y que no se debería suministrar muestras gratis de esos productos a las mujeres embarazadas, a las nuevas madres y a las familias. Todos los gobiernos deberían incorporar el Código en sus normas jurídicas. Desde 1981, 65 países han aplicado todas o algunas de estas estipulaciones y resoluciones del Código así como estipulaciones relevantes de la Asamblea de Salud Mundial. Más de 20 países ya poseen proyectos de ley que esperan ser aprobados.

CASOS ESPECIALES EN LOS QUE LA LACTANCIA DEBE SUSPENDERSE

- a. La lactancia materna podrá exceptuarse solo en casos EXCEPCIONALES, como son recién nacidos que padezcan de: Galactosemia clásica, enfermedad de orina en jarabe de arce que se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- b. Fenilcetonuria: se permite amamantar con monitorización cuidadosa;
- c. Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna:
 - Muy bajo peso al nacer, bebés que nacen con menos de 1.500 g.
 - Muy prematuros, bebés que nacen con menos de 32 semanas de gestación.
 - Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son: Pre término, bebés pequeños para la edad gestacional o que experimentaron estrés significativo intra-parto con hipoxia/isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas y si la glicemia no responde a lactancia materna óptima o alimentación con leche materna

AFECCIONES MATERNAS

Madres que podrían requerir el evitar la lactancia en casos de Infección por VIH1 – si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS).

Madres con enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo: septicemia, madres con Herpes Simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa haya sido resuelta. Medicación materna:

OBJETIVOS:

- 3.1 Garantizar el uso correcto de los sucedáneos de la leche humana, cuando estos sean necesarios, bajo prescripción médica protegiendo y promoviendo la lactancia materna
- 3.2 Orientar al personal de salud y comunidad, las razones de fundamento técnico - científico de la utilización de los sucedáneos de la leche humana.

ALCANCE

A los administradores de la política, investigadores, periodistas, industria, comercialización, planificadores de programa, defensores de la lactancia materna, profesionales de la salud, médicos o nutricionistas y a la información relacionada con las formas y casos en su utilización en el marco de la protección, la promoción y el apoyo de un recurso vital que garantiza el comienzo en la vida de los recién nacidos.

CONCEPTOS BÁSICOS

Sucedáneo de la leche humana. Es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.

Comercialización. La Comercialización es un conjunto de actividades relacionadas entre sí para cumplir los objetivos de determinada empresa. El objetivo principal es hacer llegar los bienes y/o servicios desde el productor hasta el consumidor.

Pre término. Según la OMS, es el parto que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas completas. La amenaza de parto pre término se define como las contracciones que ocurren a esta edad

gestacional y que se acompañan de cambios cervicales, la amenaza de parto pre término es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en 10 minutos, de 30 segundos de duración con borramiento del cuello del 50% y una dilatación igual o menor a 3 cm.

Nodriz. Mujer que amamanta a un lactante que no es hijo suyo

Septicemia o sepsis. Es una enfermedad en la que el cuerpo tiene una respuesta severa a bacterias u otros gérmenes. Esta respuesta puede ser llamada síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS).

LA LACTANCIA MATERNA Y LOS FÁRMACOS

En caso necesario e indispensable de utilizar fármacos tomar en consideración lo siguiente:

1. Prescribir la dosis baja y en el menor tiempo posible pero que sea compatible con un tratamiento eficaz.
2. El horario de administración del fármaco debe programarse de tal forma que no coincida con el amamantamiento y que sea durante los períodos largos de sueño del niño/a
3. De preferencia el medicamento debe ser de vida media corta y tomarse luego de que el niño sea amamantado.
4. Insistir en que la madre no se auto-medique.
5. Observar que el lactante no presente algún efecto adverso.
6. Seleccionar la vía de administración que implique menor absorción de la medicación, en su orden de menor a mayor absorción:
 - 6.1. Inhalado
 - 6.2. Oral
 - 6.3. Intramuscular
 - 6.4. Intravenosa
 - 6.5. Evitar amamantar en el momento pico de la medicación.
7. En caso de utilización de que la madre utilice sustancias radioactivas, extraer la leche de la glándula mamaria y eliminarla.
8. Para detectar de manera oportuna efectos secundarios en el lactante como consecuencia de la lactancia de la madre con fármacos suministrados en tratamientos prolongados, monitorear en el plasma del lactante, sobre todo en caso de consumo de anticonvulsivantes.
9. No es necesario suspender la lactancia materna en casos de utilización de nistatina, antiácidos.
10. Los fármacos que no pasan a la leche materna son la heparina y la insulina.
11. Los fármacos que pasan en cantidades mínimas son: cefalosporinas, cloroquina, digoxina, hidralazina, propranolol, verapamilo.
12. Los fármacos más ampliamente usados y que no han originado reacciones adversas a pesar de alcanzar concentraciones detectables en los niños: antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antihistamínicos en tratamientos cortos, hormonas tiroideas, paracetamol, benzodiazepinas en tratamientos discontinuos.
13. Las radiografías, tomografías y resonancias con o sin contraste yodado en la madre son compatibles con la lactancia materna.
14. Altamente riesgoso porque que pasan a la leche materna y ocasionan efectos adversos para la salud del bebé son los siguientes fármacos: fenobarbital, ergotamina, fenindiona, primidona, sales de oro, inmunodepresores, retinoides que pasan a la leche de la madre, por lo que puede recomendarse fórmula con prescripción médica por el tiempo de efecto del medicamento en la madre.
15. Si por alguna razón la madre debe consumir fármacos citostáticos, tienen efectos citotóxicos, radioisótopos, es necesario suspender la lactancia según el tiempo que permanezca el isótopo en la mujer, la leche debe ser extraída y eliminarla, el tiempo recomendado de suspensión de la leche va a depender de la dosis del radiofármaco, Ga 67 de 1 semana a un mes, I 123 36 horas; I 131 25 días hasta interrupción total, Tc 99: de 6 a 12 horas.

DROGAS NO CONTRAINDICADAS DURANTE LA LACTANCIA

Analgésicos - Antipiréticos	Acetaminofén
	Ibuprofeno
Opiáceos	Morfina
	Prometacina
Antibióticos	Penicilina
	Cefalosporinas
	Nuevos macrólidos
	Clindamicina
	Aciclovir
Anticonvulsivantes y sedantes	Carbamazepina (Tegretol)
	Fenitoina (Epamin)
	Fenobarbital
	Diazepan
	Acido valpróico
Drogas psicoterapéuticas	Aminotriptilina (triptanol)
	Imipramina (Tofranl)
Antihistamínicos- Antialérgicos	Loratadina
	Cetiriza
	Hidrocixina
Antiácidos, anti H1 e inhibidores de la bomba	
Antituberculosos	

DROGAS CONTRAINDICADAS DURANTE LA LACTANCIA

Una vez valorado por el facultativo, la prescripción del sucedáneo de la leche deberá ser considerada solo en caso del uso de estos medicamentos, se reiniciará contemplando el nivel de concentración de los mismos en plasma.

Citotóxicos	Mercaptopurina
	Vincristina
Inmunodepresoras	Azatioprima
	Ciclosporina
Drogas ilegales	Cocaína
	Heroína
	Crack
	Anfetaminas
	Fenciclidina (polvo de angel)
Medicamentos preoperatorios	Atropina
	Hidrato de cloral
Antimicóticos	Ketoconazole
	Fluconazol
	Miconazole
Broncodilatadores	

USAR OTRA MEDICACIÓN/ EVITAR SI ES POSIBLE

- a. Aspirina
- b. Codeína
- c. Litio
- d. Cloranfenicol
- e. Quinolonas(ciprofloxacina)
- f. Tiazidas
- g. Derivados de la ergotamina
- h. Alcohol
- i. Nicotina

BEBIDAS QUE NO DEBEN CONSUMIRSE EN EXCESO

- Café
- Chocolate
- Té
- Coco cola-Pepsi cola

RECOMENDACIONES PARA MADRES CON VIH - SIDA EN PERÍODO DE LACTANCIA

El Virus de Inmuno-deficiencia Humana VIH, es un virus que ataca el sistema de defensas del cuerpo. Con el tiempo el virus debilita las defensas de la persona contra la enfermedad, dejándolo vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer que no se desarrollarían en personas saludables. Algunas personas con infección al VIH no tienen ningún síntoma, algunos tienen problemas menores de salud y otros tienen el SIDA completamente desarrollado.

El VIH se transmite de una madre infectada a su hijo(a). Cerca de 1 en 5 bebés nacidos de mujeres infectadas con VIH queda infectado.

Ante la evidencia científica se deberá tomar la decisión de amamantar o no a los recién nacidos, para lo cual se considerará lo siguiente:

1. El primer paso sería someterse al análisis del VIH. Si el análisis demuestra que está infectada con el VIH, deberá considerar la posibilidad de emplear un sucedáneo de la leche materna. Sin embargo, esos sucedáneos sólo se pueden suministrar si las madres tienen acceso a agua potable y disponen de los medios económicos como para adquirirla durante al menos seis meses.
2. Otras posibilidades son el uso de leche animal modificada, el tratamiento térmico de la leche materna previamente extraída, el empleo de bancos de leche, o la lactancia proporcionada por una nodriza que no esté infectada con el VIH.

3. Si ninguna de las alternativas anteriores es factible, segura o sostenible, se recomienda que las madres amamenten a sus hijos recién nacidos durante seis meses solamente. Cuanto más prolongado sea el periodo en que una madre infectada con el VIH amamanta a su recién nacido, más elevado será el riesgo de que el lactante contraiga la enfermedad.
4. Las madres infectadas con el VIH que opten por amamantar a sus recién nacidos pueden tomar algunas precauciones que reduzcan la posibilidad de contagiar la infección a los lactantes, como prevenir o tratar los problemas de mama, los pezones agrietados, la mastitis y otras formas de inflamación, así como también tratar de inmediato las llagas y hongos que suelen salir en la boca de los lactantes.
5. Además según las normas y protocolos para la alimentación y nutrición en la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA, el reemplazo de un sucedáneo de leche materna es la mejor opción siempre que se cumpla con las siguientes recomendaciones:
 - Disponer de agua potable y saneamiento seguro en el nivel familiar y en la comunidad
 - Suficiente leche de fórmula infantil preparada según las indicaciones, no diluirla porque iría en desmedro del crecimiento y el desarrollo del niño y la niña.
 - Preparación de fórmula infantil cuidando técnicas de manufactura apropiadas de modo que sea segura y no provoque diarrea ni desnutrición.
 - Uso exclusivo de fórmula infantil, durante los 6 primeros meses de edad.



NORMAS Y PROTOCOLOS DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS



Ministerio
de **Salud Pública**