



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

TÍTULO

“Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Diciembre 2015-Septiembre 2016”

**Tesis previa a la obtención del
título de Médico General**

Autor: Jonathan Leonardo Iñiguez León

Directora: Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc.

**Loja-Ecuador
2017**

CERTIFICACIÓN

Loja, 18 de Septiembre de 2017

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido y asesorado el trabajo de investigación titulado “MANEJO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS LACTANTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015-SEPTIEMBRE 2016”, del estudiante Jonathan Leonardo Iñiguez León, previo a optar por el grado de Médico General, el mismo que ha sido revisado minuciosamente y devuelto para que realice los cambios sugeridos; una vez cumplido con las observaciones realizadas por el interesado autorizo la presentación del mismo que cumple con el Reglamento de Régimen Académico concerniente a la graduación, para la defensa privada y la sustentación pública.

Lo certifico



Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

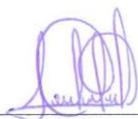
AUTORÍA

Yo, Jonathan Leonardo Iñiguez León, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de la tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Jonathan Leonardo Iñiguez León

Firma: _____



Cédula: 1105106833

Fecha: 18 de Septiembre de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Jonathan Leonardo Iñiguez León, autor de la tesis: “**Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Diciembre 2015-Septiembre 2016**”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad en su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diez y ocho días del mes de septiembre de dos mil diecisiete, firma su autor.

Firma:

Autor: Jonathan Leonardo Iñiguez León

Cédula: 1105106833

Dirección: Ibarra 13-17 entre Gran Colombia y Machala

Correo electrónico: jonathaniniguezleon@gmail.com

Teléfono: 0992260147

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de tesis: Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg.Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Presidente: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Esp.

Vocal: Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada a Dios por ser mi todo, a mis padres y hermanos por su amor, su entrega y su sacrificio, a mis queridos sobrinos Dereck y Pandora que llegaron a iluminar mi vida, a mis amigos Carlitos, Taty y Yaky por enseñarme el verdadero significado de la amistad, más que mis amigos mis hermanos. A mis abuelitos, tíos y primos por confiar en mí y hacerme sentir desde que inicié mi carrera como su “Doctorcito”. Con todo mi corazón agradezco a dos personas que poco a poco se convirtieron en mis compinches Verito y Liz por mostrarme un mundo más allá de los libros. A mis ÁNGELES que me miran y me cuidan desde el cielo, LUNA sales cada noche para recordarme que sigues aquí, tan solo te escondes en el día para salir a brillar por las noches. A todos mis compas del X A1 gracias por enseñarme tanto, somos una gran familia. Definitivamente compruebo que el tiempo de Dios es perfecto y que no existen sueños imposibles, lo que existe es gente incapaz.

Jonathan Leonardo Iñiguez León

AGRADECIMIENTO

Agradezco a esta Alma Mater por acogerme todos estos años, a todos mis docentes que me formaron tanto intelectual como espiritualmente, en particular agradezco a mi directora de Tesis Dra. Tania Cabrera por ser mi guía en este proceso, a la Dra. Rosa Espinosa por brindarme su tiempo y sus conocimientos. Al personal de enfermería del Hospital Universitario de Motupe por su apoyo y apertura para la correcta realización de este proyecto.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
4.1 Manejo de alimentación complementaria.....	7
4.2 Alimentación complementaria.....	7
4.2.1 Edad de inicio de alimentación complementaria.....	13
4.2.2 Consumo de alimentos.....	13
4.2.2.1 Tipos de alimentos.....	14
4.2.2.2 Frecuencia de comidas diarias.....	18
4.2.2.3 Cantidad de alimentos por comida.....	18
4.2.2.4 Textura de los alimentos.....	18
4.2.3 Conducta de los padres al brindar los alimentos.....	19
4.2.3.1 Alimentación perceptiva.....	19
4.2.4 Prácticas de higiene de los alimentos.....	20
4.2.5 Estado nutricional.....	20
4.2.5.1 Antropometría.....	21
4.2.5.2 Índices antropométricos.....	21
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	23
6. RESULTADOS.....	25
7. DISCUSIÓN.....	35
8. CONCLUSIONES.....	37

9. RECOMENDACIONES	38
10. BIBLIOGRAFÍA	39
11. ANEXOS	42
Anexo 1: Encuesta sobre Alimentación Complementaria.....	42
Anexo 2: Consentimiento Informado.....	45
Anexo 3: Tabla de Consumo de Alimentos en lactantes de 6 a 23 meses.....	46
Anexo 4: Tabla para interpretar curvas de crecimiento.....	46
Anexo 5: Curva de crecimiento Peso/longitud niños menores de 2 años.....	46
Anexo 6: Curva de crecimiento Peso/longitud niñas menores de 2 años.....	47
Anexo 7: Tabla de Introducción de alimentos en niños de 6 a 24 meses.....	48
Anexo 8: Tabla de Edad de Introducción de alimentos.....	48
Anexo 9: Tríptico sobre alimentación complementaria.....	48
Anexo 10: Certificación de traducción al inglés de Resumen.....	51

1. TÍTULO

“Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Diciembre 2015-Septiembre 2016”.

2. Resumen

La Alimentación Complementaria (AC) se define como el proceso en el que alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula son introducidos en la dieta de los lactantes. El objetivo principal de la siguiente investigación fue determinar el manejo de la Alimentación Complementaria en los lactantes de 6 a 23 meses que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe de la ciudad de Loja. Este estudio fue realizado a madres o personas encargadas del cuidado de los lactantes, es de tipo cualitativo, descriptivo, transversal. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta. Dentro de los resultados se encontró que los lactantes tenían un estado nutricional normal, la AC se inició a los 6 meses de edad, los lactantes recibían alimentos que contienen gluten antes de los ocho meses de edad, consumo de frutas cítricas antes del año de edad, en la mayor parte de los lactantes se adiciona sal y azúcar en sus alimentos y la cantidad de alimentos es menor a la recomendada por las guías del Ministerio de Salud Pública. En conclusión los lactantes no tienen un manejo adecuado de la AC.

Palabras claves: Lactantes, Alimentación Complementaria, Manejo.

ABSTRACT

Complementary Feeding (CF) is defined as the process in which foods other than breast milk or formula are introduced into the diet of infants. The main objective of the next research was to determine the management of Complementary Feeding in infants from 6 to 23 months attending an External Consultation at the University Hospital of Motupe in Loja city. This study was carried out on mothers or caregivers of infants, it is qualitative, descriptive, cross-sectional type. The data were obtained through a survey. Within the results it was found that the infants had a normal nutritional status, the Complementary Feeding was started at 6 months of age, infants received foods containing gluten before the age of eight months, consumption of citrus fruits before the year of age, in most infants salt and sugar are added to their food and the amount of food is less than that recommended by the Ministry of Public Health guidelines. In conclusion, infants do not have adequate management of Complementary Feeding.

Key words: Infants, Complementary Feeding, Management.

3. INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria (AC), también llamada diversificación alimentaria es la variación o introducción en la dieta del lactante de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula, ya sean líquidos, semilíquidos o sólidos. En Europa también se utiliza el término “Beikost” a la introducción de cualquier alimento distinto de la leche. Se trata de una alimentación, llevada a cabo gradualmente, conduciendo al niño de manera suave a la dieta del adulto modificado. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la AC debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. Es un tiempo prudencial para respetar la individualidad de cada niño, así como la variedad de gustos, creencias, costumbres familiares y culturales que afectan a la alimentación humana. La AC debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben administrarse en cantidad y frecuencia apropiadas, además deben tener una consistencia y variedad adecuadas, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. La adecuación de la alimentación complementaria en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Los primeros dos años de vida representan una “ventana crítica de oportunidad” para promover el desarrollo óptimo de la salud y crecimiento físico y mental. La alimentación del lactante y del niño pequeño es por tanto fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables, reduciendo la morbimortalidad y el riesgo de enfermedades crónicas, con la consecuente mejoría en el desarrollo general.

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, el 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.

Según la OMS son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad.(Organización Mundial de la Salud, 2014)

En un estudio realizado por (Galindo, 2011) en Perú se encontró que el 61% de las madres tenían prácticas adecuadas de ablactación. En otra investigación realizada en nuestra propia ciudad por (González, 2015) el 63% de las madres encuestadas tenían prácticas adecuada de alimentación complementaria.

Los datos sobre la AC que nos proporciona la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) nos indican que el 55% de niños menores de 6 meses tomaron líquidos diferentes a la leche materna, de estos líquidos solo el 56,2 correspondió a leche de fórmula; la introducción de alimentos sólidos, semisólidos y suaves se dio en un 73,6 % en edades comprendidas entre los 6 y 8 meses. El 60,4 % de los niños en edades que oscilan entre los 6 a 23 meses recibió la frecuencia mínima de comidas al día. El 43,4% de niños amamantados recibió una dieta mínima aceptable y el 17,8% en niños no amamantados.

En Ecuador 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. Casi 371.000 niños/as menores de cinco años presentan desnutrición crónica; y de ellos, unos 90 mil tienen desnutrición severa. Según la ENSANUT de los niños/as en edades comprendidas entre los 0 a 23 meses, el 24 % presentó retardo en la talla, emaciación el 3,9% y bajo peso el 6,9%. En cuanto a las patologías por exceso a nivel Nacional el 9,5 % de los niños/as presentó sobrepeso y obesidad.

La importancia de esta investigación radica en dar a conocer el manejo de la alimentación complementaria en los niños que asisten a Consulta Externa del Hospital

Universitario de Motupe, de esta manera contribuir a mejorar las prácticas de alimentación del lactante, mediante la orientación que se puede impartir a los padres de familia y personas encargadas del cuidado de los niños y a su vez generar cambios positivos en el desarrollo integral del niño/a, con lo cual se contribuiría a mejorar la calidad de vida de la población que es uno de los objetivos que está inmerso en el Plan de Buen Vivir.

Los objetivos del presente trabajo fueron: determinar el manejo de la Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe, determinar la edad a la que inician la Alimentación Complementaria los niño/as, estimar el consumo de alimentos en los niño/as de 6 a 23 meses, establecer las conductas y prácticas de higiene que tienen la madre o persona encargada del cuidado del niño/a al momento de brindar alimentos y evaluar el estado nutricional de los lactantes mediante indicadores antropométricos.

Esta investigación es de tipo cualitativo, descriptivo, transversal, cuya población estuvo constituida por 50 lactantes de 6 a 23 meses que asistieron a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe que cumplieran con los criterios de inclusión. Se estableció el manejo de la Alimentación Complementaria en los lactantes para ello se utilizó una encuesta elaborada por el autor de este trabajo investigativo. En el procesamiento de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2013, representando los resultados mediante el diseño de tablas.

Entre los resultados arrojados por este estudio se obtuvo que los lactantes no tienen un manejo adecuado de la Alimentación Complementaria, la edad de inicio de la alimentación complementaria en el 64% de los lactantes fue a los 6 meses de edad, los lactantes recibían alimentos que contienen gluten antes de los ocho meses de edad, consumo de frutas cítricas antes del año de edad, y en la mayor parte de los lactantes se le adiciona sal y azúcar en sus alimentos, la frecuencia de alimentación diaria fue de más de cuatro veces al día en el 48% de los lactantes, en lo que respecta a la cantidad de alimentos el 56% de los niños recibió menos de la cantidad recomendada, las conductas y prácticas de higiene son adecuadas siendo las más comunes la alimentación de lactante por parte de la madre en un porcentaje del 88% y el lavado de frutas y verduras que lo realizan el 96% de los padres de los lactantes.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

Alimentación Complementaria

4.1 Manejo de Alimentación Complementaria

De acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española el término manejo se refiere a conducir o dirigir un asunto, en esta investigación este término hace referencia a la manera como se realiza la alimentación complementaria de los niños/as, en la que los padres o personas encargadas del cuidado de los lactantes, actuarían como los rectores de este proceso pues son ellos los encargados de seleccionar y comprar los alimentos que se brindan al niño/a, así como también la textura, frecuencia y cantidad de estos alimentos, además modelan y establecen las reglas de comportamiento en el hogar relacionadas con la alimentación. (Ana Bertha Pérez Lizaur, 2011)

4.2 Alimentación Complementaria

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) definen a la Alimentación Complementaria (AC), llamada también Diversificación Alimentaria o Beikost como “el proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir todas las necesidades nutricias del lactante y, por lo tanto, otros alimentos son necesarios para complementarla. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

De acuerdo con Cruz-Hernández la AC es la introducción de cualquier alimento no lácteo sólido, semisólido o líquido, dado diariamente, de forma regular y continuada, y en cantidad significativa, sustituyendo en parte a la leche que esté tomando sea en lactancia materna o de fórmula adaptada, en lactancia artificial o mixta. La OMS añade que “Cualquier nutriente contenido en alimentos o líquidos diferentes a la leche materna que se den a lactantes durante el periodo de alimentación complementaria se deben considerar como alimentos complementarios”. (Cruz-Hernández, 2010)

En la medida en que la madre esté bien alimentada, las necesidades nutricias de los niños sanos, y nacidos a término, generalmente son bien provistos por la leche materna durante los primeros seis meses de vida. Después de este periodo es poco probable que la leche materna cubra todos los requerimientos del niño, en especial los relacionados con la energía, las proteínas, el hierro, el zinc y algunas vitaminas liposolubles como la A y D. Por esta razón, desde el año 2001, la OMS recomienda que, sin suspender la lactancia

materna, es necesario iniciar la AC a partir de los seis meses de vida. (López, Janette Pardío, 2012)

La alimentación complementaria corresponde al segundo periodo de la Alimentación del Niño, como lo definió el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (AAP) en 1982, los cuales son:

- Periodo de lactancia: comprende los 6 primeros meses de vida, durante los cuales su alimento debe ser de forma exclusiva la leche materna (según la OMS), y en su defecto, las fórmulas para lactantes.
- Periodo transicional: integra el segundo semestre de vida, hasta cumplir un año. En él se inicia la AC que comporta el inicio progresivo de la alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o fórmula.
- Periodo de adulto modificado: que se extiende del primer al segundo año de vida, y en el que la alimentación del niño va adquiriendo progresivamente las características de la dieta libre del resto de la familia. (M. Perdoni Giraldi, F. de Miguel Durán , 2015)

La decisión para iniciar la AC depende de factores:

- Socioeconómicos: Entre los determinantes socioeconómicos para iniciar la AC tenemos:
 - Nivel regional y nacional: Leyes laborales, prácticas corporativas de las empresas, disturbios civiles, desastres naturales.
 - Nivel comunitario: prácticas religiosas y culturales, situación rural o urbana, servicios para el cuidado del niño, derechos laborales.
 - Nivel doméstico: ingresos de la familia, autonomía de la madre o cuidador, composición familiar y cuidadores alternos (abuelos, otros familiares, centros de desarrollo infantil).
 - Nivel de la madre o cuidador del niño: estado nutricional y de salud, participación laboral, educación factores psicosociales.
- Fisiológicos:
 - Factores digestivos: la deglución de sólidos es impedida por movimientos de extrusión de la lengua hasta el 4º o 5º mes de vida. Los movimientos masticatorios reflejos aparecen entre el séptimo y noveno mes de vida aunque no tenga dientes. En la saliva tanto la amilasa, presente antes que la amilasa pancreática, y la lipasa lingual, están bien desarrolladas al

nacimiento e inician la hidrólisis de los triglicéridos de la leche, lo que permite que los lactantes se puedan alimentar de leche materna desde su nacimiento. El tono del esfínter esofágico inferior aumenta progresivamente en los 6 primeros meses aunque su completa madurez se alcanza a los 3 años.

Las pautas de vaciado gástrico pueden verse influidas por el contenido proteico y graso del alimento. La leche materna se vacía en dos fases, una primera rápida y otra lenta. La leche de fórmula se vacía más lentamente y de forma lineal. El ritmo de vaciado gástrico normal se alcanza hacia los 9 meses de edad. El pH gástrico es más alto que el del adulto; alcanza los valores de este hacia los 3 años de edad. La secreción de pepsina es baja hasta los 3 meses, y hasta los 18 meses no alcanza valores del adulto. Al ser el pH gástrico menos ácido, la acción de la pepsina sobre la digestión de proteínas es menor, lo que puede favorecer el paso a la circulación de proteínas.

La secreción del factor intrínseco es la mitad que la del adulto hasta los 3 meses pero el lactante pequeño es capaz de absorber la vitamina B12 por un mecanismo distinto a este. Al mes de edad el volumen de secreción pancreática es normal. La actividad de la amilasa es nula al nacimiento y va aumentando hasta los 3 años; es inducible por el sustrato como por ejemplo, al dar almidón. La actividad de tripsina quimotripsina y lipasa, están presentes desde el nacimiento y, la respuesta a la secretina desde el primer mes.

La secreción de sales biliares es insuficiente hasta el primer mes de vida, y la concentración micelar crítica es menor. Morfológicamente el intestino está maduro, pero bioquímicamente al nacimiento la lactasa y maltasa son un tercio de los valores del adulto.

Las enzimas citoplasmáticas a nivel de enterocitos funcionan bien ya al nacimiento. La tolerancia inmunológica viene marcada por el tipo de proteínas, digestión y momento de contacto con la pared intestinal. La barrera intestinal constituye una defensa contra numerosas agresiones antigénicas: alimentarias, bacterianas, víricas y parasitarias. La hipoacididad gástrica del lactante pequeño, disminución de sales biliares y motilidad,

pueden contribuir al contacto con dichos antígenos en un momento en el que no está bien desarrollado el sistema linforreticular asociado al intestino, y la introducción de proteínas heterólogas podrán ser fuente de intolerancia o alergia cuanto más precozmente se introduzcan.

- **Función renal:** en los tres primeros meses, el lactante alcanza una filtración glomerular que le permite mayor tolerancia al agua y solutos, pero los valores del adulto no se alcanzan hasta los 2 años. Son bajos también los valores de excreción y reabsorción tubular. Pero si la alimentación es adecuada el lactante puede tener una función renal satisfactoria. Es capaz de diluir la orina, siempre que no se le administren cantidades excesivas de líquidos hipertónicos. Tiene menos capacidad de concentración renal por ser más cortas las asas de Henle, bajo transporte tubular de sodio, mayor flujo medular sanguíneo, baja excreción de urea y menor respuesta tubular a la hormona antidiurética. (Ana Bertha Pérez Lizaur, 2011)

Es muy importante tener en cuenta que el lactante no dispone de ningún sistema de excreción de sodio, y éste se controla variando la reabsorción tubular del sodio filtrado. La ingesta moderada de sodio el lactante la tolera bien, pero eliminar un exceso de sodio, puede acarrearle un grave problema del medio interno. Si el lactante recibe alimentos con elevada carga de solutos sin suplemento de agua, puede presentar un balance hídrico negativo. Lo que podría ocurrir con fórmulas distintas a la leche materna que no estuvieran adaptadas o con la introducción precoz de alimentos sólidos en la dieta. Por tanto hay que tener muy en cuenta, que los riñones maduran morfológica y funcionalmente durante el primer año de la vida.

- **Sistema Nervioso Central:** El proceso de maduración del sistema nervioso central también va marcando los distintos periodos de la alimentación del niño. La maduración del sistema neuromuscular hasta los 4 meses permite deglutir líquidos. De los 4-6 deglutirá semisólidos y posteriormente adquirirá la masticación. La sedestación a partir de los 6 meses y luego la bipedestación le permitirá distinguir objetos, colores, coger y manipular las cosas y elegir incluso alimentos. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

- Nutricios: va a depender del elemento nutritivo del alimento y de las necesidades nutricionales del niño y su ambiente socioeconómico y cultural. De acuerdo con el Instituto Satter, la cantidad que el niño coma es responsabilidad del niño, así como el tipo, la preparación y la consistencia del alimento dependen del adulto que le ofrece la alimentación. (Ellyn Satter Institute, 2011)
- Psicológicos: La evidencia sugiere que los factores ambientales actúan desde las primeras etapas de desarrollo de los pequeños modelando sus preferencias y comportamientos alimentarios. Mennella, et al. han demostrado que la alimentación de las madres durante el embarazo y la lactancia tiene el potencial de influenciar las preferencias de los niños por los sabores y su consumo de alimentos. Comprobaron que los sabores aromáticos provenientes de la dieta materna están presentes tanto en el líquido amniótico como en la leche humana, y que los lactantes amamantados tienen una amplia experiencia con los sabores de la dieta de sus madres. Los niños alimentados al pecho, cuando inician la AC, aceptan con mayor facilidad los sabores a los que estaban expuestos por medio de la leche humana y consumen más de los alimentos que poseen sabores previamente conocidos. Por lo tanto, las madres desde su embarazo y durante la niñez tienen la capacidad de influir en el gusto y consumo de alimentos de los niños. Los cuidadores también moldean la alimentación de los niños por medio de la interacción que tienen durante las comidas y de las órdenes que dan respecto a la alimentación y los alimentos. (Ana Bertha Pérez Lizaur, 2011)

Riesgo:

Durante el período de la AC, los niños se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición. Con frecuencia, los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional y son administrados demasiado antes o tarde, en cantidades muy pequeñas o poco frecuentes. La interrupción prematura o la poca frecuencia de la lactancia materna, también contribuye al aporte insuficiente de nutrientes y de energía para los lactantes mayores de 6 meses de edad.

Los principios rectores de una AC apropiada según la OMS son:

- Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.
- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

Entre los objetivos que persigue la AC, destacan:

- Prevenir las deficiencias de energía y de proteínas debidas a una disociación entre la disponibilidad de estos nutrimentos en la leche materna y los requerimientos del niño en función de su crecimiento.
- Prevenir la deficiencia de nutrimentos con énfasis en el hierro y zinc.
- Fomentar el gusto por los distintos sabores y texturas de los alimentos.
- Fomentar hábitos alimentarios correctos, que serán la base de los futuros patrones de alimentación.

- Desarrollar habilidades que permitan una transición fluida entre la dependencia total del niño con los padres para alimentarse, a la alimentación por sí mismo.
- Fomentar la capacidad innata del niño para autorregular la cantidad de alimentos que consume. (López, Janette Pardío, 2012)

4.2.1 Edad de inicio de alimentación complementaria. Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente las necesidades del lactante hasta el cuarto mes de vida en 95% y disminuye al 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32.5% a los 12 meses, motivo por el cual se recomienda la ablactación al sexto mes. (Aguin V, Alvarado A, Ángulo O, Arias J, Días E, 2011)

La importancia de iniciar la AC en el momento oportuno, no sólo responde a la necesidad de cubrir los requerimientos nutricios del niño, sino también al hecho de aprovechar la oportunidad que ofrece este periodo para establecer las primeras bases de lo que más adelante serán los patrones de hábitos alimentarios del individuo.

Este periodo es óptimo para: estimular la habilidad de masticar; adquirir el gusto por diversos sabores, olores y texturas; y consumir alimentos con elevada densidad de nutrimentos, particularmente hierro, a fin de evitar su deficiencia y anemia ferropénica.

Según algunos autores la introducción de los alimentos sólidos no puede ir más allá de los 9 meses de edad, la importancia de esta recomendación radica en que fomenta la habilidad de masticar. Según estudios el intervalo óptimo para estimular la masticación se ubica entre los seis y nueve meses de vida. (López, Janette Pardío, 2012)

4.2.2 Consumo de alimentos. Capacidad de la población para decidir adecuadamente sobre la selección, almacenamiento, preparación, distribución y consumo de los alimentos en la familia; está relacionado a las costumbres, prácticas, educación e

información específica sobre alimentación y nutrición. (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la República de Guatemala, 2015)

4.2.2.1 Tipos de alimentos. La introducción de los alimentos para conseguir una dieta diversa debe ser paulatina, es decir, deberá introducirse un alimento a la vez; preferentemente por la mañana para tener oportunidad de observar la respuesta del niño a dicho alimento. La introducción de un segundo nuevo alimento se hace, una vez que el niño haya aceptado satisfactoriamente el alimento anterior. (López, Janette Pardío, 2012)

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador se debe ofrecer 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.

La principal razón por la que el bebé debe comenzar a comer alimentos diferentes a la leche, tal como ya se ha expresado, es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto, los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos elegidos “complementarán” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos durante los primeros dos años de vida como recomienda la OMS) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes.

Cereales

El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda los cereales infantiles enriquecidos con hierro y las frutas (en papilla) como alimentos semisólidos de primera línea para dar inicio a la AC. (Wilson Daza, Silvana Dadán, 2011)

El primer alimento que puede complementar la lactancia son los cereales ya que su principal componente, el almidón es tolerado y digerido perfectamente a partir del cuarto mes tanto por la amilasa pancreática como por las disacaridasas intestinales. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

Las primeras papillas deben ser de cereales bien cocidos sin gluten como el arroz, el maíz o la quinua. 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. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Frutas

Las frutas constituyen un aporte energético por su contenido en azúcares, fibras vegetales, vitaminas y otros antioxidantes. Es aconsejable utilizar fruta fresca, e ir introduciéndolas una a una a partir de los 6 meses en cortos periodos, para comprobar su tolerancia. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

De acuerdo a recomendaciones encontradas en el Manual Creciendo Sano del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, luego de la introducción de cereales sin gluten se puede ofrecer al niño frutas no cítricas como guineo, manzana, pera, papaya, melón. Las frutas deben darse crudas y sin la adición de miel o de azúcar.

Durante el primer año se deben evitar frutas cítricas como naranja, mandarina, limón, toronja, piña; además también se debería evitar el consumo de fresa, mora, durazno sobre todo por su capacidad para liberar histamina y si hay antecedentes alérgicos en la familia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014)

Vegetales

Verduras:

Las verduras aportan agua, proteínas vegetales, celulosa, vitaminas y minerales. Las verduras se ofrecerán a partir de los 6 meses en forma de puré. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

Se debe esperar hasta los ocho meses para la introducción de crucíferas: col, brócoli, coliflor, rábanos, nabos entre otras (Ministerio de Salud Pública, 2013). Los primeros meses también se deberían evitar las espinacas, col y remolacha que puede causar metahemoglobinemia por su contenido en nitratos por esta razón es aconsejable ofrecerlas sobre los 10 a 12 meses, aunque en pequeñas cantidades se pueden dar antes, siempre y cuando la preparación y

conservación sean adecuadas. (M. Perdono Giraldi, F. de Miguel Durán , 2015).

La dieta vegetariana estricta está prohibida en los menores de 12 meses. Si por convicción los padres someten a sus hijos a este tipo de alimentación, esta debe ser al menos del tipo 500 ml de leche materna o fórmula infantil según The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (Espghan) y the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. (Naspghan). Otro factor relacionado es que este tipo de dieta aporta un alto contenido en fibra, que puede condicionar la disponibilidad de micronutrientes, así como de energía y ácidos grasos esenciales, y, consecuentemente, afectar el crecimiento y el desarrollo normal del niño. (Wilson Daza, Silvana Dadán, 2011)

Tubérculos y leguminosas:

La papa, la yuca, el camote también se pueden brindar cocidos en forma de papilla a partir del sexto mes de vida. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

A partir de los nueve meses se pueden introducir las leguminosas como la lenteja, fréjol, habas y garbanzo cocidos y aplastados. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014)

Carnes

La carne aporta fundamentalmente proteínas en un 20% de su peso en forma de miosina con todos los aminoácidos esenciales. Es fuente de Fe y Vitamina B. Suele ofrecerse en primer lugar el pollo por ser más digerible, de forma cocida y triturado con la verdura. Posteriormente se puede introducir pavo, res y cerdo. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

Cuando el niño/a este ya acostumbrado a las papillas, verduras y frutas, se introduce la carne cocida en agua hervida y picada en pequeños pedazos, en el Ecuador se aconseja la introducción de la carne a la dieta del lactante al séptimo mes de vida. Se debe esperar hasta los doce meses para introducir carne de cerdo. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Pescado

El pescado (que debe ser fresco y bien cocido) no se introducirá antes de los 9 meses por su potencial poder antigénico aunque su aporte de ácidos grasos

poliinsaturados lo hacen recomendable lo antes posible. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Huevo

El huevo no debe introducirse hasta los diez meses, comenzando por yema cocida que puede añadirse a la papilla o puré de la cena. La clara cocida se dará a partir del año. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

Leche de vaca

La AAP (Asociación Americana de Pediatría), la Espghan y la Naspghan desaprueban la introducción de la leche de vaca durante el primer año de vida, por su impacto negativo sobre el estado nutricional de hierro en el lactante, debido a pérdidas de sangre por heces y la hipersensibilidad a las proteínas de la leche de vaca que puede presentarse en los lactantes.

Los niños alimentados con leche de vaca ingieren por término medio, una cantidad de proteínas tres veces mayor que la recomendada, cerca de un 50% más de sodio que el límite superior del “intervalo de seguridad”, solo dos tercios del aporte recomendado de hierro y sólo la mitad del aporte recomendado de ácido linoleico. (Nelson, 2012)

Sal y azúcar

La OMS, la Espghan y la Naspghan refuerzan el concepto manejado por la AAP de evitar la sal y el azúcar en las preparaciones, bebidas y jugos de los lactantes durante el primer año de vida. En este sentido, también estaría prohibida la utilización de otros endulzantes típicos tales como la panela, que aumenta el sabor dulce, las calorías vacías y la osmolaridad de la preparación y/o bebida. (Wilson Daza, Silvana Dadán, 2011)

La ingesta de Na en niño debe ser prudente y aunque no está suficientemente aclarada su relación con la hipertensión del adulto es aconsejable mantener ingestas de 6-8 mEq/día desde los 5 a los 12 meses. (Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez, 2012)

En las guías de Nutrición del Ministerio de Salud Pública se recomienda evitar agregar sal, azúcar y condimentos a los alimentos que va a consumir el niño/a, y reemplazarlos por condimentos naturales como cebolla, perejil, culantro. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Miel

Se recomienda evitarla durante el primer año de vida a menos de que se la haya sometido a un tratamiento industrial especial (alta temperatura y alta presión) que conlleve a disminuir la probabilidad de supervivencia, por ejemplo, de la toxina botulínica (Espghan y Naspghan). (Wilson Daza, Silvana Dadán, 2011)

4.2.2.2 Frecuencia de comidas diarias. En nuestro país se recomienda 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. 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 y entre los 12 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.

4.2.2.3 Cantidad de alimentos por comida. Según el MSP entre los 6 meses hasta los ocho meses se debe dar al lactante una o dos cucharadas colmadas del alimento seleccionado en cada comida para cubrir el requerimiento nutricional diario. Entre los 9 y 11 meses de edad se aconseja dar al niño $\frac{3}{4}$ de una taza con capacidad para 250ml y a las 12 hasta los 23 meses se recomienda brindar 1 de una taza de 250ml. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014)

4.2.2.4 Textura de los alimentos. Teniendo en cuenta que la transición alimentaria parte de una consistencia líquida, que es la que el niño conoce, a una consistencia sólida, es importante que la introducción de alimentos sea gradual, es así que se recomienda una progresión de alimentos en puré, papillas, picados y trozos pequeños. La consistencia de los alimentos debe favorecer la digestión y absorción.

De los 6 a los 8 meses el MSP recomienda que se ofrezcan a los niños alimentos de consistencia semisólida como puré o papillas espesas, también que la madre o cuidador aplaste o triture con un tenedor los alimentos que va a consumir el niño/a. No se recomienda dar alimentos licuados a los niños/as.

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). A los 12 meses se debe integrar a los lactantes a la dieta familiar y se puede ofrecer alimentos cortados o triturados en caso de ser necesario.(Ministerio de Salud Pública, 2013)

De acuerdo a los reflejos y habilidades que en un niño con desarrollo normal presenta, va a depender la consistencia de los alimentos que se pueden ofrecer, de los 0-6 meses: Succionar y tragar por lo cual solo se recomienda dar líquidos; de los 4-7 meses: aparición de estar comiendo, fuerza de succión, movimiento del reflejo nauseoso del medio a 1/3 de la lengua por lo tanto puede ingerir purés, galletas, cereales tostados; de los 7-12 meses: Sopeo de la cuchara con los labios, mordisquear, masticación, movimientos de la lengua y de la comida a los dientes se puede dar papillas, picados, trozos pequeños que puede tomar con la mano (< 0.5 cm) y 12-24 meses: movimientos rotatorios de masticación, estabilidad de la mandíbula, ya a esta edad los lactantes pueden formar parte de la alimentación familiar. (Ana Bertha Pérez Lizaur, 2011).

4.2.3 Conducta de los padres al brindar los alimentos. De acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española el término Conducta hace referencia a la manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general, en esta investigación este término hace referencia a la manera como los padres o cuidadores de los niños/as actúan cuando brindan alimentos a los lactantes.

4.2.3.1 Alimentación Perceptiva. La Alimentación Complementaria óptima no solamente depende de qué alimentos complementarios se ofrezcan al lactante, sino que también es importante el cómo, dónde, cuándo y quién lo alimenta. A este concepto se le llama alimentación perceptiva y es el conjunto de principios que los padres o cuidadores del niño le brindan al lactante en su cuidado físico y psicosocial.

Los principios de la Alimentación Perceptiva son:

- Alimentar al lactante directamente respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- Alimentar despacio y pacientemente y animar al lactante a comer, pero sin obligarlo.
- Experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para evitar el rechazo a los alimentos complementarios.

- Ofrecer los alimentos con utensilios (platos, cucharas, tenedores, etc...) apropiados para el tamaño de la boca del lactante.
- Reducir las distracciones durante las horas de comida para evitar que el lactante pierda interés en los alimentos.
- Los tiempos de alimentación son períodos de aprendizaje y amor, hay que hablar con el lactante y mantener el contacto. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

4.2.4 Prácticas de higiene de los alimentos. Al introducir en la dieta del lactante alimentos complementarios a la leche materna, el principal riesgo es la enfermedad diarreica, causada por la contaminación microbiana de esos alimentos. La preparación, la manipulación y almacenamiento seguro de los alimentos que se ofrecen al lactante es clave para reducir el riesgo de diarrea.

Las medidas recomendadas para el manejo de los alimentos complementarios son:

- Preferir el uso de tazas o beberitos para dar los líquidos.
- Evitar el uso de tetinas, chupetas y chupones para dar líquidos.
- Que los utensilios de alimentación como vasos, cucharas y platos sean de uso exclusivo del lactante.
- Lavar exhaustivamente los utensilios de alimentación del lactante.
- Lavar las manos del lactante antes de ofrecer los alimentos.
- Almacenar los alimentos del lactante en refrigeración, si no pueden refrigerarse deberán ser consumidos antes de 2 horas después de haber sido preparados para evitar el crecimiento bacteriano.
- Mantener la higiene en el área de preparación de los alimentos del lactante.
- Separar los alimentos cocinados de los crudos.
- Cocinar adecuada y completamente los alimentos.
- Usar agua y alimentos seguros (que eviten que el niño se enferme) y en buen estado de conservación. (INCAP, 2012)

4.2.5 Estado nutricional. El estado nutricional es la situación final del balance entre el ingreso, la absorción y la metabolización de los nutrientes y las necesidades del organismo. En este sentido debe subrayarse que durante la infancia la ingesta

debe garantizar un crecimiento adecuado; por ello, esta época de la vida es de alto riesgo de malnutrición en caso de enfermedad. (Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2015)

Existen varios indicadores para evaluar el estado de nutrición de una persona; sin embargo, los más utilizados y sencillos de realizar en grandes grupos de población son las mediciones antropométricas, como el peso y la estatura, que nos arrojan información veraz cuando se aplican de manera adecuada. (UNICEF, 2012)

4.2.5.1 Antropometría. Es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura porque nos proporcionan información útil para:

- Identificar niños que pudieran tener anormalidades en el crecimiento.
- Identificar precozmente a estos niños.
- Brindarle seguimiento, atención y tratamiento precoz.

Sin embargo, aunque se considera una técnica sencilla, económica y de fácil aplicación, en la práctica la exactitud y precisión de estas mediciones no son del todo satisfactorias, pues se piensa que son extremadamente fáciles de realizar y por lo tanto se pone poco cuidado y atención al pesar o medir. Para cualquier uso, estas mediciones deben ser tomadas y registradas de manera exacta y así asegurar la buena evaluación del crecimiento del niño.

4.2.5.2 Índices antropométricos. Se utiliza el peso y la talla para construir los índices antropométricos que son combinaciones de medidas; una medición aislada no tiene significado, a menos que sea relacionada con la edad, o la talla y el sexo de un individuo. Por ejemplo, al combinar el peso con la talla se puede obtener el peso para la talla o el IMC, que son distintas expresiones de una misma dimensión, aplicables en el niño y en el adulto, los índices básicos son: (UNICEF, 2012)

- El peso para la edad: Refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica. Este indicador permite establecer la insuficiencia ponderal o “desnutrición global“, lo que da una visión general del problema alimentario nutricional del individuo.

- La talla para la edad: El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de una dieta adecuada y del estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible de errores de medición, y que por lo tanto, debe ser repetida, con una diferencia no mayor a 5mm entre dos mediciones. Este indicador permite detectar el retardo del crecimiento emaciación que hace referencia a la historia de privación nutricional en la que ha vivido el individuo.
- El peso para la talla: Es un buen indicador de estado nutricional actual y no requiere un conocimiento de la edad. Es útil para el diagnóstico, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad. Su uso como único parámetro de evaluación puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son (algunos casos de retraso global de crecimiento).
- El IMC para la edad: Es la relación del peso con la talla, se basa en el cálculo del peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (Kg/m). Fórmula para el cálculo de IMC: se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad. $IMC = \text{peso Kg.} / (\text{talla/longitud m})$. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

- **Tipo de diseño:** descriptivo, transversal.
- **Enfoque:** Cualitativo
- **Unidad de Estudio:** La investigación se realizó en el Hospital Universitario de Motupe.
- **Universo:** El universo sobre el cual se desarrolló este estudio, lo conformaron los pacientes pediátricos que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe período Diciembre 2015-Septiembre 2016.
- **Muestra:** 50 lactantes de 6 a 23 meses que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe período Diciembre 2015- Septiembre 2016.
 - Criterios de Inclusión: Todos los pacientes con una edad entre los seis meses a veinte y tres meses en los cuales se haya iniciado o no la ablactación.
 - Criterios de Exclusión: Todos los pacientes mayores a dos años edad, todos los lactantes menores de 6 meses.
- **Técnica:** encuesta
- **Instrumentos:** formularios de encuesta, curva de crecimiento Peso/longitud de la OMS
- **Procedimiento:** Para el desarrollo de la presente investigación, se presentó el tema de investigación el cual fue aceptado por la Coordinadora de la Carrera de Medicina, posteriormente se elaboró y se presentó el proyecto de Tesis, el cual fue evaluado y aprobado por la autoridad competente y se obtuvo la pertinencia, luego se envió una solicitud dirigida al Responsable de la Gestión Académica/Administrativa del Hospital Universitario de Motupe para el permiso respectivo para la aplicación de encuestas a madres o cuidadores de los lactantes, el cual fue concedido por la autoridad pertinente, se procedió a aplicar la encuesta previa firma de consentimiento informado, la encuesta constaba de 6 preguntas las cuales abarcaron la variables de edad de inicio de alimentación complementaria, consumo de alimentos (tipo de alimentos, tiempo de contacto con alimentos nuevos, textura, frecuencia, cantidad), conductas y prácticas de higiene, también se usó las medidas antropométricos (peso y longitud), el instrumento que se requirió para tomar el peso fue una balanza pediátrica, para la medición de la longitud se utilizó una cinta métrica graduada en cm y mm adosada a un pediómetro, una vez obtenidas las dos medidas antropométricas se procedió a determinar el estado nutricional usando la curva de crecimiento Peso/Longitud conseguida de la página

de la OMS, además se utilizaron una taza de 250ml, una cuchara de 15ml y una cucharadita de 5ml para determinar la cantidad de alimentos que se ofrece al niño/a.

- **Equipo y Materiales:** balanza pediátrica, cinta métrica adosada en un pediómetro, taza de 250 ml, una cucharilla, una cuchara.
- **Plan de Procesamiento y análisis de Datos:** Una vez obtenidas la información necesaria para elaborar la investigación, se procedió a realizar la tabulación de los datos en Microsoft Excel 2013 lo cuales fueron representados en tablas, en la variable tipo de alimentos se utilizaron únicamente los alimentos no recomendados según las guías de MSP de acuerdo a la edad de los lactantes, posteriormente se procedió a realizar el análisis de cada tabla, la discusión, finalmente se redactaron las conclusiones y recomendaciones.

6. RESULTADOS

Tabla Nro. 1

Género y edad de los lactantes de 6 a 23 meses

Edad	Masculino	Femenino	Total
6-8 meses	4	9	13
9- 11 meses	6	4	10
12-23 meses	7	20	27
Total	17	33	50
Porcentaje	34%	66%	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

El género femenino representa el 66% de los lactantes, el mayor número de lactantes se encuentra en las edades comprendidas entre los 12 a 23 meses con un total de 27 niño/as.

Tabla Nro. 2

Edad de inicio de Alimentación Complementaria en los lactantes

Edad de inicio de Alimentación Complementaria	Frecuencia	Porcentaje
0-3 meses	1	2%
4- <6 meses	6	12%
6 meses	32	64%
> 6 meses	9	18%
No han iniciado AC	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

La Alimentación Complementaria en el 64% de los lactantes se inició a los 6 meses de edad, en el 18% se inició después de los 6 meses de edad y en el 12% se inició en las edades comprendidas entre los 4 a 6 meses.

Tabla Nro. 3

Tipo de Alimentos consumidos por los lactantes

Edad	Frutas cítricas Porcentaje	Cereales con gluten Porcentaje	Verduras y legumbres Porcentaje	Carnes y pescado Porcentaje	Lácteos y derivados Porcentaje	Huevos Porcentaje	Sal Porcentaje	Azúcar Porcentaje	Integrado a dieta familiar Porcentaje
6-8 meses	9 18%	9 18%	9 18%	10 20%	9 18%	8 16%	10 20%	10 20%	- -
9-11 meses	8 16%	- -	6 12%	5 10%	6 12%	6 12%	9 18%	7 14%	2 4%
9-23 meses	- -	- -	- -	- -	- -	- -	27 54%	27 54%	27 54%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

Un 20% de los lactantes de 6 a 8 meses consumen carnes y pescados no recomendados por su edad y alimentos a los cuales se les adiciona sal y azúcar. Los de 9 a 11 meses de edad consumen alimentos a los cuales se les añade sal en un porcentaje del 18% mientras que en el 54% de los lactantes con una edad comprendida entre 9 a 23 meses existe el consumo de alimentos a los cuales se les añade sal y azúcar.

Tabla Nro. 4

Tiempo de contacto con alimentos nuevos que se brindan a los lactantes

Edad	1 día	2 días	3 o más días	Da varios alimentos a la vez	Total
6-8 meses	5	1	4	1	11
9-11 meses	2	1	2	3	8
Total	7	2	6	4	19
Porcentaje	14%	4%	12%	8%	38%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

En el 14% de los lactantes se espera 1 día para la introducción de un alimento nuevo, en el 12% se espera 3 o más días y en el 8% se da varios alimentos a la vez.

Tabla Nro. 5

Textura de los alimentos que reciben los lactantes

Edad	Papilla	Porcentaje	Licuada	Porcentaje	Triturado	Porcentaje	Entero	Porcentaje	Total	Porcentaje
6-8 meses	7	14%	4	8%	-	-	-	-	11	22%
9-11 meses	4	8%	2	4%	2	4%	2	4%	10	20%
12-23 meses	2	4%	3	6%	8	16%	14	28%	27	54%
Total									48	96%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

El 14% de los lactantes de 6 a 8 meses de edad consumen alimentos en forma de papilla, los de 9 a 11 meses con un porcentaje del 8% consumen alimentos con la misma textura y los de 12 a 23 meses consumen alimentos enteros en un porcentaje del 28%.

Tabla Nro. 6

Frecuencia de alimentación diaria que reciben los lactantes

Edad	Una vez al día	Dos a tres veces al día	Tres a cuatro veces al día	Más de cuatro veces al día	Total
6-8 meses	2	2	4	3	11
9-11 meses	0	0	5	5	10
12-23 meses	0	0	11	16	27
Total	2	2	20	24	48
Porcentaje	4%	4%	40%	48%	96%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

El 48% de los lactantes consume alimentos más de cuatro veces al día, el 40% de tres a cuatro veces al día y el 4% una vez al día.

Tabla Nro. 7

Cantidad de alimento diario que reciben los lactantes

Medida recomendada por MSP				
Edad	< 2 cucharadas	2-3 cucharadas	> 3 cucharadas	Total
6-8 meses	2	5	4	11
Edad	< ¾ de taza	¾ de taza	> ¾ taza	
9-11 meses	9	1	0	10
Edad	< 1 taza	1 taza	> 1 taza	
12-23 meses	17	8	2	27
Total	28	14	6	48
Porcentaje	56%	28%	12%	96%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

El 56% de los lactantes consume una cantidad menor de alimentos a la recomendada por las guías del MSP, el 28% una cantidad adecuada para la edad del lactante y el 12% una cantidad mayor a la recomendada.

Tabla Nro. 8

Conductas realizadas al momento brindar la Alimentación Complementaria

Conductas realizadas por los padres al momento de AC	Frecuencia	Porcentaje
La madre es quien alimenta al lactante	44	88%
Alimenta despacio y paciente a su niño/a	39	78%
Habla y mira a su niño/a cuando lo alimenta	39	78%
Su hijo/a cuenta con cucharas, platos, tenedores adecuados para su boquita.	37	74%
Permite que su hijo/a manipule los alimentos y/o incentiva para que agarre solo la cuchara/tenedor	35	70%
Su hijo/a come con otros miembros de la familia	31	62%
En el sitio en el que come su niño/a hay televisores o radios prendidos, juguetes durante la hora de la comida	23	46%
Cuándo su niño/a ya no quiere más comida usted insiste hasta que termine todo lo que le sirvió en su platito.	7	14%
Deja a su hijo/a solo/a cuando está comiendo	6	12%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

El 88% de los lactantes son alimentados por sus madres mientras que el 78% son alimentados despacio y pacientemente y se les habla y mira al alimentarlos.

Tabla Nro. 9

Prácticas de higiene que se realizan al brindar los alimentos a los lactantes

Prácticas de higiene	Frecuencia	Porcentaje
Lava las frutas y verduras con abundante agua.	48	96%
Se lava las manos antes de preparar los alimentos de su hijo/a	48	96%
Asea a su hijo/a antes de alimentarlo (Lava sus manos)	48	96%
Se interesa porque los platos y cubiertos con los que come su hijo/a estén limpios y tapados o cubiertos.	47	94%
Dispone de agua potable para preparar el alimento de su niño/a	29	58%
Su hijo/a usa biberón	15	30%
Usa algún tipo de desinfectante para la frutas y verduras	8	16%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

El 96% de los padres encuestados lava las frutas y verduras que brindan al lactante con abundante agua, se lava las manos antes de preparar los alimentos de su hijo/a y asea a su hijo/a antes de alimentarlo.

Tabla Nro. 10

Estado Nutricional de los lactantes de 6 a 23 meses

Edad	Sobrepeso	Posible riesgo de sobrepeso	Normal	Emaciado/flaco	Total
6-8 meses	3	3	7	0	13
9-11 meses	0	3	6	1	10
12-23 meses	1	9	15	2	27
Total	4	15	28	3	50
Porcentaje	8%	30%	56%	6%	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Jonathan Iñiguez

Interpretación de resultados:

El 56% de los lactantes presentan un estado nutricional normal, el 30% un posible riesgo de sobrepeso y el 8% se encuentran con sobrepeso.

7. DISCUSIÓN

Un manejo adecuado de la Alimentación Complementaria es muy importante para que exista un correcto desarrollo físico e intelectual de los lactantes, además contribuye a disminuir la carga de morbilidad que existe en esta población.

No existe un buen manejo de la Alimentación Complementaria en los lactantes en los cuales se realizó esta investigación, en contraste con la investigación realizada por (González, 2015) en Loja, sobre Prácticas de la AC donde llega a la conclusión de que el 63% de las madres encuestadas tenían una práctica adecuada. Coincidiendo con el estudio realizado por (Galindo, 2012) en Lima-Perú en el que encontró que el 61% de las madres tenían prácticas adecuadas de ablactación.

De acuerdo con Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) el 55% de niños menores de 6 meses tomaron líquidos diferentes a la leche materna, de estos líquidos solo el 56,2 correspondió a leche de fórmula; la introducción de alimentos sólidos, semisólidos y suaves se dio en un 73,6 % en edades comprendidas entre los 6 y 8 meses de edad. En Guatemala el trabajo investigativo realizado por (García, 2011) destaca que la edad a la que iniciaron la AC fue a los 6 meses de edad, representando el 38% de la población. En el estudio realizado en Chimborazo por (Fernández, 2010) el 54% de la población inició la AC a los 6 meses, de manera similar (Jiménez, 2008) en su estudio realizado en Perú destaca el inicio de la AC a los 6 meses de edad en el 62,2% de los lactantes. En esta investigación la edad de inicio en el 64% de la población fue a los 6 meses, destacándose también que el 18% de la población tuvo un inicio de la AC después de los 6 meses.

En este estudio los datos recogidos destacan que los lactantes recibían alimentos que contienen gluten antes de los ocho meses de edad, consumo de frutas cítricas antes del año de edad, y en la mayor parte de los lactantes se le adiciona sal y azúcar en sus alimentos, la frecuencia de alimentación diaria fue de más de cuatro veces al día en el 48% de los lactantes, en lo que respecta a la cantidad de alimentos el 56% de los niños recibió menos de la cantidad recomendada, las conductas y prácticas de higiene son adecuadas siendo las más comunes la alimentación de lactante por parte de la madre en un porcentaje del 88% y el lavado de frutas y verduras que lo realizan el 96% de los padres de los lactantes. Según ENSANUT el 60,4 % de los niños en edades que oscilan entre los 6 a 23 meses recibió la

frecuencia mínima de comidas al día. El 43,4% de niños amamantados recibió una dieta mínima aceptable y el 17,8% en niños no amamantados, en su trabajo investigativo (De León, 2014) refiere que en la introducción de alimentos se brindó naranja y huevo completo, la investigación de (Fernández, 2011) refleja que el 34% de los lactantes recibe alimentos de 5 a 6 veces al día. (De León, 2014) menciona que en su población de estudio se cumple con la textura adecuada para la edad. El estudio de (Díaz, 2013) indica que las prácticas de Alimentación Complementaria según dimensiones: tipo de alimento, frecuencia, cantidad y prácticas de higiene alcanzan un porcentaje inadecuado en el 33,7%.

En el estado nutricional el 56% la población estudiada presenta un estado nutricional normal de acuerdo a la curva de crecimiento peso/longitud, sin dejar de lado un importante número de lactantes que presentan riesgo de sobrepeso representando el 30% de la población en estudio, a diferencia de lo encontrado en el estudio de (Díaz, 2013) donde el 100% de la población presenta un peso normal, en el estudio de (Jiménez, 2008) se destaca que el 88,9% de los lactantes tenía un peso normal. (De León, 2014) manifiesta que el 97,56% de los niños menores de 23 meses presenta un estado nutricional normal. Según la ENSANUT de los niños/as en edades comprendidas entre los 0 a 23 meses, el 24 % presentó retardo en la talla, emaciación el 3,9% y bajo peso el 6,9%. En cuanto a las patologías por exceso a nivel Nacional el 9,5 % de los niños/as presentó sobrepeso y obesidad.

8. CONCLUSIONES

- Los lactantes de 6 a 23 meses no tienen un buen manejo de la Alimentación Complementaria puesto que se incumplen con las recomendaciones dadas por el MSP en cuanto a la edad inicio de la AC y el consumo de alimentos.
- Más de la mitad de los lactantes recibió alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula a los 6 meses de edad.
- Un alto porcentaje de lactantes de 6 a 23 meses no tiene un consumo adecuado de alimentos pues infringen las recomendaciones en cuanto al tipo de alimentos que deben consumir, el tiempo de contacto con los alimentos nuevos, la frecuencia, cantidad y textura de los alimentos.
- Las conductas y prácticas de higiene son adecuadas siendo las más comunes la alimentación de lactante por parte de la madre en un porcentaje del 88% y el lavado de frutas y verduras que lo realizan el 96% de los padres de los lactantes.
- Más de la mitad de los lactantes presenta un estado nutricional normal.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar charlas informativas continuas por parte del personal de salud capacitado dirigidas a los padres o personas encargadas del cuidado de los lactantes, sobre un buen Manejo de la Alimentación Complementaria y los beneficios que ésta brinda a los niños, cuando se realiza de una manera adecuada.
- Impartir información por medio de volantes u otros medios escritos sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria, el tipo de alimento, la cantidad, textura, que deben consumir los lactantes.
- Incentivar a la madre a acudir al control del niño sano explicándoles la importancia de una orientación continua por parte del pediatra sobre la alimentación de su hijo/a.
- Realizar más estudios de este tipo para mejorar el conocimiento sobre el Manejo de la Alimentación Complementaria que se les da a los niños.
- Se sugiere la implantación de políticas en salud que mejoren el manejo de la Alimentación Complementaria y de esta manera mejorar el desarrollo integral de los lactantes.
- Se sugiere la contratación de personal de salud capacitado (Nutricionistas) que pueden brindar una mejor orientación sobre la alimentación complementaria a las madres o personas encargadas de los lactantes.

10.BIBLIOGRAFÍA

- Aguin V, Alvarado A, Ángulo O, Arias J, Días E. (2011). *Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J Gastélu"*. Obtenido de <http://132.248.9.34/hevila/ArchivosdesaludenSinaloa/2011/vol5/no3/2.pdf>
- Ana Bertha Pérez Lizaur. (2011). *Gaceta Médica de México*. Obtenido de http://www.anmm.org.mx/bgmm/2011/SUPL.1-2011/GMM_147_2011_Supl_039-045.pdf
- Aurora Lázaro Almarza, Benjamin Martín Martínez. (2012). Alimentación del lactante Sano. *Asociación Española de Pediatría*, 287-295.
- Cruz-Hernández, M. (2010). *Nuevo tratado de pediatría*. Barcelona: Océano.
- De León, D (2014). Determinación del Estado Nutricional de niños menores de 2 años y Prácticas Alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de San Pedro Soloma, Huehuetenango, Guatemala. Guatemala, abril a junio de 2014. Universidad Rafael Landívar. . Quetzaltenango-Guatemala.
- Díaz, D (2013). Prácticas de Ablactancia, Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en los lactantes de 6 a 12 meses de edad. Comunidad de Manchay-Lima 2012. Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú.
- Diplomado Nutrición Materno Infantil los primeros 1000 días de vida. (2015). *Alimentación Complementaria a partir de los 6 hasta los 24 meses*. Obtenido de <http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/GDL-Unidad1-Jun2015.pdf>
- Ellyn Satter Institute.
(<http://ellynsatterinstitute.org/dor/divisionofresponsibilityinfeeding.php> de Diciembre de 2011). *Ellyn Satter Intitute*.
- Fernández, M (2010). Diseño y validación de material educativo sobre Alimentación Complementaria y Destete dirigido a madres de familia del sector rural, cantón Chambo 2009. Escuela Superior Politécnica del Chimborazo. Riobamba-Ecuador.
- García, C (2011). Prácticas de Alimentación Complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el Tablón del municipio de Sololá. Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango-Guatemala
- González, P (2015). Conocimientos y prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el centro de salud N° 3 de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja. Loja-Ecuador.
- INCAP. (2012). *Alimentación Complementaria*. Obtenido de <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/2.alimentacioncomplementaria/pdf/2.alimentacioncomplementaria.pdf>

- Jiménez, C (2008). Inicio de la Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
- López, Janette Pardío. (2012). *Alimentación Complementaria del niño de seis a 12 meses de edad*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm122g.pdf>
- M. Perdono Giraldi, F. de Miguel Durán . (2015). *Alimentación Complementaria en el Lactante*. Obtenido de http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/04/n4-260-267_Mayra%20Perdomo.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2015). *Chile Crece Contigo*. Obtenido de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/02/Alimentacion-Complementaria.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Obtenido de Normas y Protocolos de Alimentación para niños y niñas menores de 2 años: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Prioridades de Investigación en Salud 2013-2017*. Obtenido de http://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20%281%29.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2014). *Creciendo Sano*. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO_SANO.pdf
- Nelson. (2012). *Tratado de Pediatría* . Barcelona: Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño*. Obtenido de http://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Patrones de Crecimiento Infantil*. Obtenido de <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/infant_nutrition/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
- Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la República de Guatemala. (2015). *Consumo de Alimentos*. Obtenido de <http://www.sesan.gob.gt/index.php/glosario/item/acceso-a-los-alimentos-copy>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (s.f.). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/inicio>
- Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. (16 de Noviembre de 2015). *Guías Prácticas Sobre Nutrición (III)*. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=pediatria.pdf%22estadonutricional%22&client=firefox-b-ab&biw=1366&bih=634&noj=1&source=Int&tbs=qdr:y&sa=X&ved=0ahUKEwjb9t7D0vvMAhXF5CYKHXYvDskQpwUIFQ#>
- UNICEF. (Julio de 2012). *Evaluación del Crecimiento de Niños y Niñas*. Obtenido de http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
- Wilson Daza, Silvana Dadán. (2011). *Alimentación Complementaria en el primer año de vida*. Obtenido de <https://scp.com.co/descargasnutricion/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20en%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida.pdf>

11.ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Estimado padre de familia, la siguiente encuesta tiene como objetivo recolectar la información que me servirán para realizar mi proyecto de tesis que tratará “Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe”, pido de la manera más comedida se digne a contestar de forma clara y honesta.

Edad: ____ año ____ meses

Género: Masculino () Femenino ()

1. Su niño/a ya ingiere alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula.

Si () No ()

2. ¿Por qué no ha brindado alimentos a su niño/a?

- Falta de conocimiento sobre el tema ()
- Enfermedades del niño/a ()
- Recomendaciones de amigos y/o Familiares ()
- Mitos sobre la AC ()
- Viene a consulta por primera vez luego de que su hijo ha cumplido 6 meses ()

3. ¿A qué edad brindo por primera vez alimentos diferentes a la leche materna a su hijo/a?

- 0-3 meses ()
 4 - <6 meses ()
 6 meses ()
 > 6 meses ()

4. Consumo de alimentos

Fruta	Cereales	Vegetales	Carnes y pescados	Otros
Guineo ()	Quinoa ()	Verduras:	Carne:	Productos lácteos:
Manzana ()	Arroz ()	Acelga ()	Pollo ()	Leche de vaca ()
Papaya ()	Maíz ()	Zapallo ()	Res ()	Leche de cabra ()
Pera ()	Trigo ()	Apio ()	Pavo ()	Leche de soya ()
Sandía ()	Avena ()	Zanahoria ()	Cerdo ()	Yogurt ()
Melón ()	Cebada ()	Zambo ()	Otros: ()	Queso ()
Naranja ()	Otros:	Remolacha ()	¿Cuál/es?	Quesillo ()
Limón ()	¿Cuál?	Col ()		Huevo:
Kiwi ()		Brócoli ()		Entero: ()
Piña ()		Coliflor ()	Pescados:	¿A qué edad?:
Lima ()		Rábano ()	Fresco ()	Yema ()
Fresa ()		Nabos ()	Seco ()	¿A qué edad?:
Mora ()		Espinaca ()		Clara ()
Durazno ()		Legumbre:		¿A qué edad?:
Uva ()		Haba ()		Ambos ()
Otros: ()		Poroto ()		¿A qué edad?:
¿Cuál/es?		Zarandaja ()		
		Arveja ()		

		Lenteja () Tubérculos: Papa () Camote () Yuca () Otros: () ¿Cuál/es?		Frutos secos: Nuez () Almendra () Maní () Fideo () Pan () Otros: () ¿Cuál/es?
--	--	--	--	---

Integrado/a a la dieta familiar ()

4.1. ¿Cuántos días espera para brindar un alimento nuevo a su niño/a (niños que aún no han sido integrados a la dieta familiar)?

- 1 día ()
- 2 días ()
- 3 o más días ()
- Da varias alimentos a la vez ()

4.2. ¿De qué forma (textura) ha brindado los alimentos a su niño/a?

- Papilla ()
- Licuados ()
- Triturado ()
- Enteros ()

4.3. ¿Cuántas veces al día le da a su niño/a alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula?

- Una vez al día ()
- Dos a tres veces al día ()
- Tres a cuatro veces al día ()
- Más de cuatro veces al día ()

4.4. ¿Qué cantidad de alimento da a su hijo/a por cada comida?

- ____ cucharadita/s
- ____ cucharada/s
- ____ taza/s

4.5. ¿Usted añade sal a los alimentos que prepara a su niño/a?

SI () NO ()

4.6. ¿Utiliza algún tipo de endulzante para preparar los alimentos de su niño/a?

SI () NO ()

¿Cuál/es?

- Panela ()
- Azúcar ()
- Azúcar morena ()
- Endulzantes artificiales (Splenda, Stevia, Sweet´n Low) ()
- Miel de Abeja ()

5. Conductas, Prácticas de higiene de los alimentos.

CONDUCTAS		Si	No
5.1	Alimenta despacio y paciente a su niño/a		
5.2	Su hijo/a cuenta con cucharas, platos, tenedores adecuados para su boquita.		
5.3	Cuándo su niño/a ya no quiere más comida usted insiste hasta que termine todo lo que le sirvió en su platito.		
5.4	Habla y mira a su niño/a cuando lo alimenta		
5.5	En el sitio en el que come su niño/a hay televisores o radios prendidos, juguetes durante la hora de la comida		
5.6	Permite que su hijo/a manipule los alimentos y/o incentiva para que agarre solo la cuchara/tenedor		
5.7	Su hijo/a come con otros miembros de la familia		
5.8	Deja a su hijo/a solo/a cuando está comiendo		
5.9	¿Quién alimenta a su niño/a? Padre () Madre () Otro miembro de la familia: () Parentesco: Cuidador: ()		
PRACTICAS DE HIGIENE ALIMENTOS		Si	No
5.10	Dispone de agua potable para preparar el alimento de su niño/a		
5.11	Lava las frutas y verduras con abundante agua.		
5.12	Usa algún tipo de desinfectante para la frutas y verduras		
5.13	Se lava las manos antes de preparar los alimentos de su hijo/a		
5.14	Asea a su hijo/a antes de alimentarlo (Lava sus manos)		
5.15	Se interesa porque los platos y cubiertos con los que come su hijo/a estén limpios y tapados o cubiertos.		
5.16	Su hijo/a usa biberón		

6. Estado Nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	
TALLA	PESO

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia/ representante legal, soy estudiante de la **Universidad Nacional de Loja**, de la carrera de **Medicina Humana**, estoy llevando a cabo un estudio sobre “Manejo de la Alimentación Complementaria en los lactantes que acuden a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe” como requisito para obtener mi título de pregrado como Médico General. El objetivo del estudio es determinar el manejo de la alimentación complementaria en los lactantes de 6 a 23 meses. Solicito su autorización y colaboración para que su hijo(a) y su persona participen voluntariamente en este estudio. El estudio consiste en la aplicación de un cuestionario a la madre o personas encargada del cuidado de los niños el cual consta de 5 preguntas. Le tomará contestarlo aproximadamente 15 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con **Jonathan Leonardo Iñiguez León** al 0992260147 o con mi directora de investigación **Dra. Tania Cabrera Parra** al 0985999131.

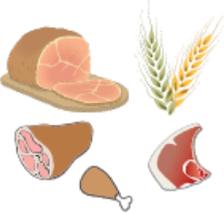
AUTORIZACIÓN

Yo, _____ He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a)/representado, y mi persona participemos en el estudio realizado por Jonathan Leonardo Iñiguez León sobre “Manejo de la Alimentación Complementaria en los lactantes que acuden a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe”

Firma

Fecha

ANEXO 3 Tabla de Consumo de Alimentos en lactantes de 6 a 23 meses

EDAD	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD EN CADA COMIDA
6-8 meses	Papillas blandas de: arroz, maíz o quinua, luego de frutas no cítricas: guineo, papaya, manzana y de verduras: zanahoria, zapallo. Tubérculos como: papa, yuca y zanahoria blanca, así como la yema de huevo.	Dos veces al día, además de tomas de leche materna. 	Después de los 6 meses iniciar con 2-3 cucharadas a los 8 meses aumento gradual hasta 2/3 de una taza de 250 ml en cada comida. 
9-11 meses	Leguminosas: fréjol, lentejas, habas y garbanzos cocidos y aplastados. También puede recibir cereales con gluten como avena o trigo, alimentos triturados o cortados en trozos pequeños, y alimentos que el bebé pueda agarrar. A esta edad es aconsejable agregar pedacitos de carnes de pollo, cerdo, pavo, res y pescado fresco a las papillas de verduras.	Tres comidas más un refrigerio entre comidas, además de tomas de leche materna. 	¾ de una taza de 250 ml. 
12-23 meses	Alimentos de la familia, cortados o triturados en caso necesario.	Tres comidas más dos refrigerios entre comidas, además de tomas de leche materna.	¾ partes de una taza de 250 ml llena. 

Obtenida

de: Guía Creciendo Sano del MSP del Ecuador

http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO_SANO.pdf

ANEXO 4 Tabla para interpretar curvas de crecimiento

Puntuaciones Z(DE)	TALLA/EDAD	PESO/EDAD	PESO/TALLA	IMC
Arriba de 3	Bien alto		Obeso	Obeso
Arriba de 2	Normal		Sobrepeso	Sobrepeso
Arriba de 1			Posible riesgo de sobrepeso	Posible riesgo de sobrepeso
0 Mediana		Normal	Normal	Normal
Bajo de -1				
Bajo de -2	Baja talla	Bajo peso	Emaciado/flaco	Emaciado/flaco
Bajo de -3	Baja talla severa	Bajo peso severo	Severamente Emaciado	Severamente Emaciado

Obtenida

de: Guía Creciendo Sano del MSP del Ecuador

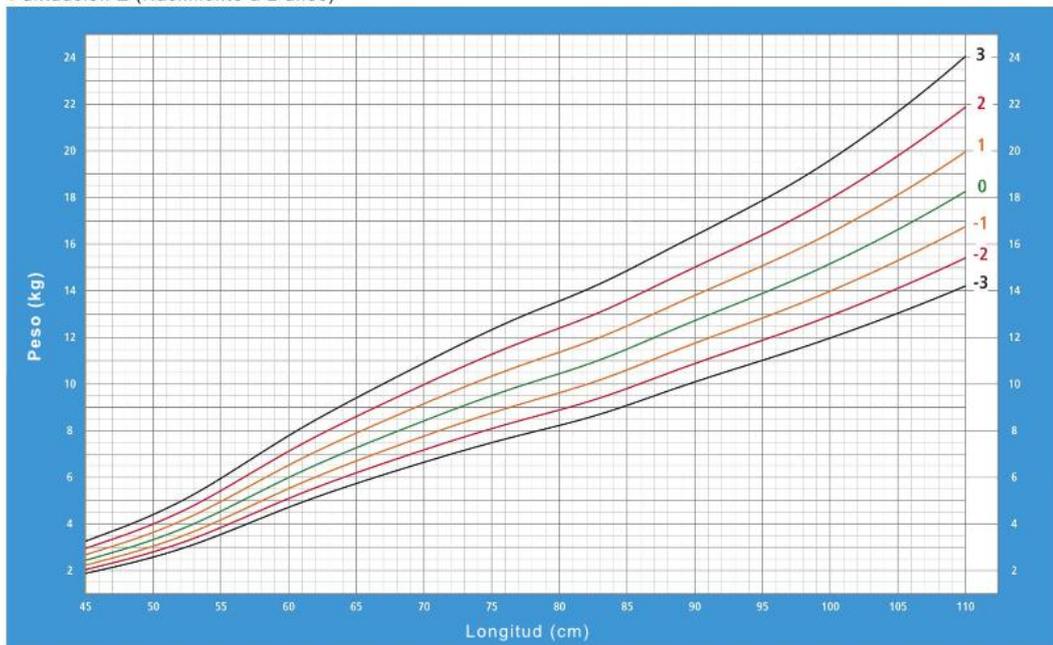
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO_SANO.pdf

ANEXO 5 Curva de crecimiento Peso/longitud niños menores de 2 años

Peso para la longitud Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Obtenida de: Página de la Organización Mundial de la Salud

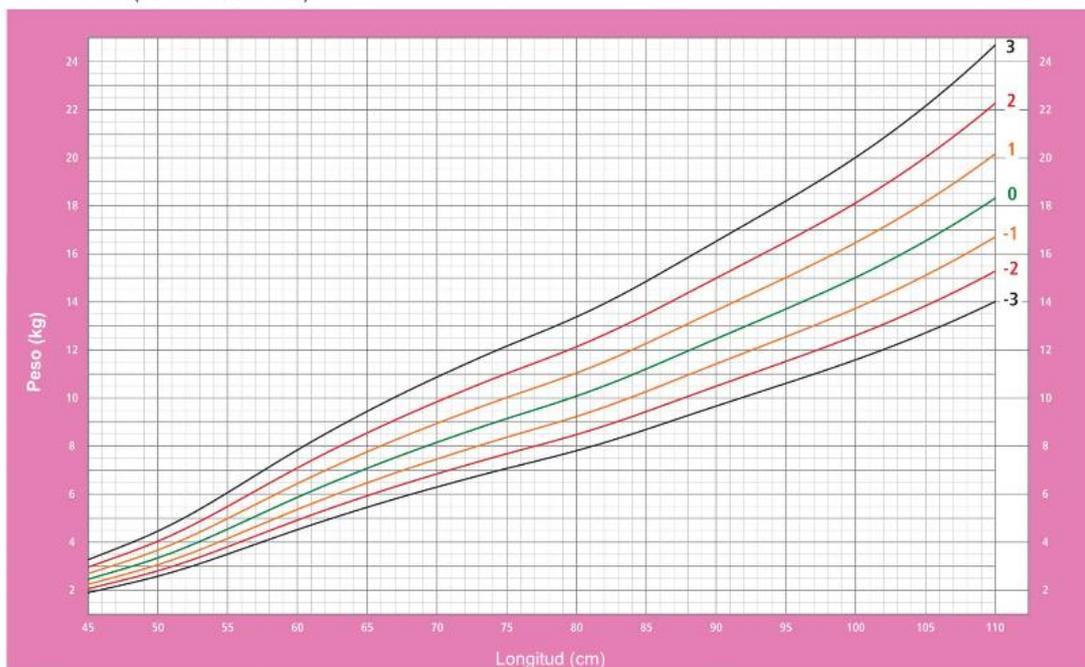
http://www.who.int/childgrowth/standards/peso_para_longitud/es/

ANEXO 6 Curva de crecimiento Peso/longitud niñas menores de 2 años

Peso para la longitud Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Obtenida de: Página de la Organización Mundial de la Salud

http://www.who.int/childgrowth/standards/peso_para_longitud/es/

ANEXO 7 Tabla de Introducción de alimentos en niños de 6 a 24 meses



Obtenida de: Guía Creciendo Sano del MSP del Ecuador

http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO_SANO.pdf

ANEXO 8 Tabla de Edad de Introducción de alimentos

TABLA V. Edad de introducción de alimentos.

Nutrientes/meses		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cereales	Sin gluten												
	Con gluten												
Fruta (clase)	Zumo												
	Pieza												
Verduras	Espinacas, col, remolacha												
	Resto												
Carne	Pollo												
	Cordero												
	Tenera												
Huevo	Yema (cocida)												
	Clara (cocida)												
Legumbres													
Pescado													
Leche de vaca													

Obtenida de: Página de la Asociación Española de pediatría

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf

ANEXO 9 Tríptico



Mamita no debes darme:

- Trigo, centeno, cebada, pan o galletas antes de los 8 mesecitos
- Col., brócoli, coliflor, rábanos, nabos antes de los 8 meses.
- El huevito solo debes darme la yema a los 10 meses y entero al año.
- Antes de los 12 meses comidita que pueda causarme alergia como: pescado, soya, leche de vaca, maní durazno, frutas cítricas (naranja, lima, kiwi, limón), moras, fresas, carne de cerdo.
- Poroto, habas, arvejas antes de los 9 mesecitos

Elaborado por: Jonathan Iñiguez
jonathaniniguezleon@gmail.com / 0992260147

Recuerda mami:

- No añadas sal o azúcar a mi comida.
- Al añito de edad puedes integrarme a la dieta familiar
- Alimentarme despacio y paciente.
- Hablarme y mirarme mientras como.
- No usar distractores mientras como (juguetes, televisión).



Alimentación Complementaria

Introducción de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula



Carrera de Medicina Humana



¿Cuánto debo comer mamita?

- Cuando tengo de 6 a 8 mesecitos debes darme de 2 a 3 cucharadas
- Cuando cumpla los 9 hasta los 11 mesecitos debes darme 3/4 de una taza de 250 ml
- Cuando cumpla los 12 a 23 meses debes darme 1 taza de 250 ml

¿Cuántas veces al día me debes dar de comer?

- De los 6 a 8 meses debo comer dos veces al día más la toma de leche materna.
- De los 9 a 11 meses debo comer tres veces al día más un refrigerio entre comidas además tomas de leche materna.
- De los 12 a 23 meses debo comer tres veces al día más dos refrigerios entre comidas además de tomas de leche materna



#102028992

Textura de mis comiditas

- No me des alimentos licuados
- A los 6 meses purés o papillas
- A los 9 meses alimentos triturados o cortados en trozos pequeños y alimentos que yo pueda agarrar con mis manitos.
- A los 12 meses puedes darme alimentos de la familia cortados.

Más información en:

- http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf
- http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO_SANO.pdf

ANEXO 10 Certificación de traducción al inglés de Resumen



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "MANEJO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS LACTANTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016" autoría de Jonathan Leonardo Iñiguez León con número de cédula 1105106833, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 07 de Septiembre de 2017

Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

