

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE TECNOLOGÍA DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN**



**TEMA: ALIMENTACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS
EN CUBA**

**AUTORES: AMANDA IGLESIAS ACHONG
LEYANIS ÁLVAREZ BAÑOS
MAIKEL LUIS CABALLERO BENÍTEZ**

GRUPO: N.31

**TUTOR: M^sC AIDA ESPLUGAS MONTOYA
PROFESORA ASISTENTE**

2020-2021

RESUMEN:

El presente trabajo se enmarca en la profundización de un complejo escenario a escala nacional. La alimentación en niños y niñas menores de 2 años es un proceso complejo que requiere amor, paciencia y comprensión no solo por parte de la madre, sino también de la familia y la comunidad. El sistema digestivo del bebé durante los primeros meses de vida no es capaz de digerir muchas sustancias contenidas en los alimentos, por lo que los primeros 6 meses es imprescindible la lactancia materna exclusiva a libre demanda. Luego de transcurrido este periodo, gradualmente se deben ir introduciendo nuevos alimentos con el objetivo de que, al finalizar el primer año, el niño o niña coma los mismos alimentos que el resto de la familia. También es importante conocer que los requerimientos nutricionales de micro y macronutrientes varían durante este periodo hasta equiparar los límites de los adultos. Debido a las alergias e hipersensibilidad que el niño puede desarrollar debido a la introducción de una dieta complementaria precoz es necesario cumplir con los consejos y guías alimentarias para niñas y niños cubanos menores de 2 años.

SUMMARY:

The present work is framed in the deepening of a complex scenario on a national scale. Feeding in children under 2 years of age is a complex process that requires love, patience and understanding not only from the mother, but also from the family and society. Baby's digestive system during the first months of life is not able to digest many substances contained in food, so exclusive free demand breastfeeding is essential in the first 6 months. After this period has elapsed, new food should be gradually introduced so that, at the end of the first year of life, the child eats the same foods as the rest of the family and is able to sit at the table with them when their meal time coincides. It is also important to know that the nutritional requirements of micronutrients and macronutrients vary during this period to equip the limits of adults. Due to more allergies and hypersensitivity that the child can develop due to the introduction of an early complementary diet, it is necessary to comply with the advice and dietary guidelines for Cuban girls and boys under 2 years of age.

INTRODUCCIÓN:

En los seres humanos la alimentación va más allá de la simple acción de comer, ya que, además de satisfacer sus necesidades primarias, constituye un importante estímulo sensorial debido a sus características organolépticas. Desde edades tempranas los alimentos constituyen un elemento esencial para el individuo, suministrándole los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

Los niños de 0 a 2 años de edad merecen especial atención, puesto que en este periodo de vida los alimentos están directamente relacionados con su desarrollo psíquico y motor y su proceso de maduración, y al no ser ellos capaces de suministrarse los alimentos por sí solos es nuestra responsabilidad que mantengan una dieta saludable y acorde a sus necesidades nutricionales.

Los esfuerzos del gobierno cubano para proteger la salud infantil se manifiestan, tanto en los indicadores básicos relacionados con la supervivencia, como en todas las tareas encaminadas a dar sostenibilidad al desarrollo y calidad de vida alcanzada por niños y niñas. Paralelamente, en los resultados alcanzados en la reducción de la mortalidad infantil y la desnutrición, cada vez se incrementa en edades tempranas el sobrepeso y la desnutrición, lo cual obliga a fomentar los principios básicos para una alimentación saludable desde la etapa prenatal, por lo que es importante multiplicar estos esfuerzos y lograr una participación importante de la sociedad, especialmente las madres, la familia y la comunidad.

DESARROLLO:

En el diseño del esquema de alimentación de los niños es necesario conocer que ellos nacen con ciertas limitaciones fisiológicas que les impiden absorber y digerir ciertos componentes de los alimentos.

A nivel esofágico es necesario considerar que el esófago anatómicamente está desarrollado antes de las 20 semanas de gestación, en los recién nacidos la presión del esfínter esofágico no alcanza el desarrollo adecuado hasta las 6 semanas de nacido que alcanza la presión de los adultos, de ahí que con frecuencia se observen gran parte de las regurgitaciones posprandiales en las primeras semanas de vida.

También se encuentran las enzimas digestivas que afectan la degradación de los alimentos. Ellas son la amilasa salivar que está presente en el recién nacido, pero su actividad hidrolítica es baja, representando un 10% de los niveles del adulto. La amilasa pancreática, antes del cuarto mes, tiene niveles bajos o no se encuentran presente, por eso no se pueden digerir los polisacáridos (almidones y cereales).

Las disacaridasas están completamente desarrolladas al nacer, y la pepsina se encuentra en bajos niveles en el recién nacido y aumenta a partir de los 3 meses y con los cambios del pH.

A nivel de estómago la acidez gástrica aumenta a las 24 horas de vida; sin embargo, no es hasta los 4 meses que la producción de ácidos en función del peso corporal es equiparable a la de los adultos.

En el páncreas de los niños recién nacidos la actividad de la amilasa está apenas identificada o ausente del intestino; esta condición permanece estable durante los primeros meses de vida. Los niños prematuros de 32 a 34 semanas de gestación carecen de esta enzima, al menos en las primeras 4 semanas de su etapa neonatal.

Otras consideraciones de interés sería que en el intestino la absorción facilitada por macromoléculas antigénicas posibilita el desarrollo de alergias o hipersensibilidad en etapas posteriores de la vida. La inmadurez renal que persiste durante los primeros meses de vida hace necesario evitar altas cargas renales de

solutos ocasionadas por el consumo de dietas inadecuadas. El recién nacido en su primer trimestre de la vida es incapaz de concentrar la orina, lo que hace que presente un alto riesgo de deshidratación hipertónica, cuando la dieta es rica en proteínas y minerales. Además, su riñón tiene una baja capacidad de acidificación, por lo cual una ingesta alta de proteínas puede causar una acidosis metabólica.

Durante los primeros 6 meses de vida debe recibir como alimento la lactancia materna exclusiva. La mayoría de las madres están en condiciones de lactar satisfactoriamente a sus hijos durante los 6 primeros meses de vida, siendo mínimas las condiciones que se limitan.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como la forma natural de alimentación de la especie humana, es la alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno. La OMS también señala que la lactancia es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.² Un estudio múltiple de varios países realizado por expertos de la OMS, que involucró a más de 10 000 niños, aportó información científica y epidemiológica que confirman las siguientes ventajas de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses:

- Proporciona la alimentación ideal y crecimiento del niño.
- Provee factores protectores únicos que reducen el riesgo de enfermedades infecciosas gastrointestinales y crónicas de la niñez.
- Promueve el desarrollo sensorial y cognoscitivo.
- Ayuda a establecer un apego emocional entre la madre y el niño.
- Reduce la pérdida sanguínea corporal postparto y el riesgo de cáncer de ovario y mama de la madre.
- Contribuye al espaciamiento de los nacimientos.
- Proporciona beneficios económicos a la familia y al país.

En la etapa de 0 a 6 meses la lactancia materna a libre demanda mantiene un equilibrio hídrico adecuado sin la necesidad de ingerir agua u otros líquidos, aún en climas cálidos. La leche materna se adapta a las necesidades del lactante y su composición es la siguiente:

- Proteínas: 0,9g/100mL, lo que cubre los requerimientos sin producir sobre carga renal por nitrógeno.
- Grasas: 4,2g/100mL, en mayores concentraciones de ácidos grasos de cadena corta y mediana y cantidades mayores de ácido linoleico y linolénico y otros ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, de gran importancia para el desarrollo del sistema nervioso.
- Energía: 70Kcal/100mL¹

Contraindicaciones de la lactancia materna (madre):

- Infección por VIH/SIDA
- Hepatitis B
- Drogas y medicamentos
- Infección tuberculosa activa no tratada
- Tratamiento oncológico en curso

Contraindicaciones de la lactancia materna (lactante):

- Errores innatos del metabolismo
- Galactosemia
- Fenilcetonuria

Definimos al destete como el proceso que se inicia con el ofrecimiento de otros alimentos distintos de la leche materna al niño hasta entonces exclusivamente amamantado y que culmina con la ablactación total y definida. El destete puede iniciarse por decisión personal por motivos personales o laborales, o como consecuencia de la disminución de la calidad de leche y lentitud del crecimiento del niño. Puede ser brusco y definitivo, o lento y prolongado con alimentos complementarios de la lactancia materna que continúa mucho tiempo más.

Si bien la introducción de la alimentación complementaria no debe estar determinada por criterios rígidos, sino adecuarse a cada caso en particular, se recomienda que se produzca a partir del sexto mes, periodo en que recién se

alcanza la adecuada validez neurológica, gastrointestinal y renal que permite recibir otros alimentos distintos a la leche materna.

Desde el punto de vista práctico se recomienda que antes de decidir el inicio de la alimentación complementaria el equipo de salud evalúe no solo la edad del niño sino también los siguientes aspectos ³:

- ✓ El desarrollo psicomotor: buen control muscular (cabeza, cuello y tronco) y adquisición de la posición sentada con apoyo, pérdida del reflejo de protrusión de la lengua e interés por el alimento.
- ✓ La evolución de la curva pondoestatural: si un niño alimentado al pecho no está creciendo bien y no se encuentra otro motivo que lo justifique sería un momento apropiado para empezar la alimentación complementaria.
- ✓ La disposición e interés de la madre para iniciar esta nueva etapa: el papel de la madre es importante como actividad facilitadora del aprendizaje en la incorporación de nuevos alimentos y logro de hábitos saludables.

El inicio de la alimentación complementaria precozmente, así como la introducción de alimentos inadecuados para la edad, implica riesgos para la salud y el desarrollo del niño y puede conducir a una recarga renal de solutos⁴. La manipulación de alimentos, sobre todo cuando no existen las mejores condiciones de saneamiento ambiental, aumentan el riesgo de infecciones, fundamentalmente de enfermedades diarreicas. La alergia alimentaria puede ser otra complicación. El aumento de la permeabilidad intestinal a macromoléculas sumado a la inmadurez del sistema inmunitario⁵ condiciona la aparición de cuadros atópicos en niños genéticamente predispuestos. Más recientemente se ha puesto de manifiesto que los anticuerpos producidos por la albúmina sérica bovina, presente en la leche de vaca, reacciona en forma cruzada con proteínas de la superficie de las células beta del páncreas precipitando la aparición de diabetes mellitus tipo I.⁶

El principal determinante de los requerimientos nutricionales de todo ser vivo es su velocidad de crecimiento. Por ello es tan crítico satisfacerlos en esta edad de la

vida.⁷ La velocidad de crecimiento de un niño durante los primeros 3 meses de vida es la más rápida en la vida de un ser humano, solo comparable con el pico de proceso de recuperación de un niño desnutrido. La mayor parte de los requerimientos nutricionales está destinada a la formación de la nueva masa corporal, o sea el crecimiento.⁸ También por eso, mientras pequeño el niño más importancia tiene que los nutrientes estén presentes en los alimentos en las concentraciones adecuadas, tanto en cantidad como en calidad, y que guarden adecuada relación entre ellos para no afectar su biodisponibilidad.⁹ En esta etapa de la vida (los primeros 2 años) tan sensible a los requerimientos nutricionales, en cuando comienza a producirse el retardo del crecimiento, tan común en países en vías de desarrollo.¹⁰

Los alimentos son la fuente de energía para las funciones metabólicas del organismo, incluyendo la síntesis de complejos orgánicos y el crecimiento celular. Todo alimento que contenga grasa, carbohidratos y proteínas es una fuente de energía para el organismo.

Los niños retienen una parte de la energía que ingieren transformada en tejido de crecimiento. A parte de eso, el ser humano tiende a mantener un equilibrio entre la energía que ingiere y la que gasta en procesos metabólicos y actividad física. La ruptura de ese equilibrio puede llevar a la desnutrición energética o a la obesidad. Las proteínas son constituyentes esenciales de toda célula viviente. Sus recomendaciones se establecieron a partir del cálculo del 12% de la ingesta de energía diaria total. En el caso de los niños hasta 1 año de edad, se recomendó el cálculo a partir del 10% de la energía total, ya que la mayor fuente de proteína en esas edades proviene de la leche, alimento que se usa como referencia para establecer las dosis inocuas. Estas cifras también ofrecen una mayor posibilidad de alcanzar el cumplimiento de las recomendaciones de algunas vitaminas, minerales y oligoelementos.

Las grasas aportan mayor valor energético por unidad de peso, son vehículos de las vitaminas liposolubles (A, D, E y K) y aportan los ácidos grasos esenciales. La grasa es de suma importancia para lograr una adecuada composición corporal y, fundamentalmente, el desarrollo del sistema nervioso central. Durante los 4-6

primeros meses de vida la dieta puede contener del 50%-55% de grasa animal, tal como sucede durante la lactancia materna exclusiva. Esto podría reducirse del 40%-45% en niños que son alimentados con fórmulas infantiles. Durante los primeros 2 años de vida no es conveniente usar alimentos pobres en grasa y colesterol. Esto puede traer consecuencias indeseables para el crecimiento y desarrollo y no ofrece ventajas respecto a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. A partir de los 2 años de edad es conveniente limitar la ingesta de colesterol a un máximo de 300mg por día. Un límite que puede ampliarse en comunidades donde los huevos sean una de las principales fuentes de proteínas de alta calidad y otros nutrientes.¹¹ La ingestión de grasa total, grasa saturada y colesterol se debe limitar antes de lo indicado en niños con sobrepeso o susceptibles a desarrollar obesidad u otras enfermedades asociadas a la grasa alimentaria. En general se debe calcular sobre la base del 40% de la energía alimentaria total durante el primer semestre de vida y del 30% durante el segundo semestre de vida y hasta los 2 años.

No es factible definir el requerimiento mínimo de carbohidrato, ya que el organismo humano puede utilizar diversos substratos como fuente de energía y puede sintetizar glucosa a partir de grasas y proteínas. Las recomendaciones se basan en mantener un balance energético cuando las recomendaciones para proteínas y grasas se han cumplido. En general se recomienda dar prioridad al uso de carbohidratos complejos, ya que los alimentos que los contienen también contribuirán a cubrir las necesidades que los niños tienen de otros nutrientes.

En cuanto a los micronutrientes, minerales y oligoelementos como el calcio, fósforo, magnesio, hierro, cinc y yodo deben ser ingeridas en cantidades mínimas, pudiendo ampliar el límite de ingesta a partir del primer año de edad. Mientras que las vitaminas más importantes en la nutrición humana son la vitamina A (retinol), vitamina D (calciferol), vitamina E (tocoferoles), vitamina K (naftoquinonas), vitamina B₁ (tiamina), vitamina B₂ (riboflavina), vitamina B₆ (piridoxina), niacina, ácido pantoténico, ácido fólico, vitamina B₁₂ (cobalamina), vitamina C (ácido ascórbico).

La introducción gradual de alimentos a partir del sexto mes permite que el niño se incorpore a la dieta familiar al término del primer año de vida. Después de esta edad no hay objeción para que reciba los alimentos propios de la cultura en que se inserta su familia. La poca aceptación inicial de un alimento no debe ser interpretado como rechazo, sino como una situación esperable en el proceso de incorporación de nuevas texturas y sabores, que se modifica con la exposición reiterada, no compulsiva, al alimento en cuestión.¹² La guía de ablactación propone lo siguiente:

- ✓ **0 a 6 meses:** lactancia materna exclusiva.
- ✓ **6 meses:** lactancia materna. Introducción de jugos de frutas no cítricas o majadas en puré: guayaba, piña, mamey, fruta bomba, plátano, tamarindo, melón y mango.
Puré de frutas y vegetales en conserva.
Puré de viandas y vegetales: papa, malanga, boniato, yuca, zanahoria, acelga, habichuela, carne de pollo y otras aves.
- ✓ **7 meses:** lactancia materna. Cereales fortificados sin gluten: arroz y maíz.
Leguminosas: frijoles negros, lentejas, chícharos.
Oleaginosas: aceites vegetales de maní, girasol y soya.
Yema de huevo cocinada.
Carnes: res, carnero y conejo.
- ✓ **8 meses:** lactancia materna. Carnes: pescado e hígado (una vez por semana).
Cereales con gluten: trigo (pan, galletas, pastas alimenticias, coditos, espaguetis, fideos), avena.
Jugos y purés de piña, tomate y frutas cítricas: limón, lima, toronja y mandarina.
- ✓ **9 meses:** lactancia materna. Carne de cerdo magra.
Frutas y vegetales en trocitos.
Helado sin clara.

Arroz con leche, natilla, flan, pudín sin clara de huevo, harina de maíz con dulce (con bajo contenido en azúcar).

- ✓ **10 meses:** lactancia materna. Mantequilla, judías y garbanzos.
- ✓ **11 meses:** lactancia materna. Queso crema y gelatina.
- ✓ **12 meses:** lactancia materna. Huevo completo, otros quesos, chocolate, remolacha, aguacate, pepino, col, coliflor, espinaca, alimentos fritos.

Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad:

Guía 1. El mejor comienzo de la vida es alimentar a las niñas y niños nada más que con leche materna los primeros 6 meses.

Continuar amantándolos frecuentemente hasta los 2 años de edad es lo más beneficioso.

Guía 2. La lactancia materna es un acto de amor.

El apoyo familiar, en un ambiente de paz y armonía es esencial

Guía 3. Complemente la leche materna a partir de los 6 meses, dándole a la niña o niño en forma progresiva una alimentación variada.

Incluya alimentos de los 7 grupos básicos.

Guía 4. Los alimentos naturales son los más saludables y nutritivos. Ofrézcalos sin añadir sal ni azúcar.

Cree buenos hábitos alimentarios desde etapas tempranas de la vida.

Guía 5. Para prevenir la anemia en las niñas y niños, procura darles a partir de los 6 meses de nacidos carnes rojas y pollo frecuentemente, a además después de los 8 meses hígado y pescado.

Un niño sin anemia aprende más rápido y es físicamente más activo.

Guía 6. Después del año de edad, niñas y niños pueden comer todos los alimentos que consumen el resto de la familia.

Coman con ellos cuando las comidas coincidan en su horario de alimentación.

Guía 7. Para prevenir enfermedades en niñas y niños ponga en práctica cuidados higiénicos en el manejo de los alimentos.

Consérvelos de forma segura; hierva el agua. Mantenga las manos y todos los utensilios muy limpios.

Guía 8. El cariño es un "alimento" importante y necesario. Alimente a su niña o niño despacio y pacientemente, anímelo a comer sin forzarlo en un ambiente agradable y sin distracciones.

Recuerde que este momento es de aprendizaje.

CONCLUSIONES:

Durante la realización de este trabajo hemos profundizado en la formación del sistema digestivo del lactante y cómo la lactancia materna exclusiva a libre demanda ayuda a fortalecer su organismo y sistema inmunológico. Cuán importantes son los macronutrientes para un desarrollo óptimo físico y neuromuscular, y los micronutrientes para cubrir las necesidades de vitaminas y minerales que el organismo requiere diariamente. Y lo más importante, como debe ser la introducción de la dieta complementaria, gradual y dinámica, para acostumbrar al niño o niña desde temprana edad a mantener una dieta variada y equilibrada, para desarrollar buenos hábitos alimentarios y mantenerlos durante toda su vida.

RECOMENDACIONES:

- Recomendamos leer el libro “Temas de nutrición” Tomo I, para una información más completa sobre este tema.
- Los invitamos a investigar sobre las guías alimentarias para cubanos mayores de 2 años, para tener mayor conocimiento sobre las guías alimentarias en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ¹ O'Donnell AM. Nutrición del niño normal. En: Nutrición infantil. O'Donnell AM. Buenos Aires: Edit celeius; 1986.
- ² Schelhom H.C. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile. UNICEF 1995.
- ³ Akre J. Alimentación infantil. Bases fisiológicas. OPS/OMS/INCAP. Guatemala. 1992.
- ⁴ Cavendes. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Serie Paltex. OPS/OMS. Washington DC, 1997.
- ⁵ Chandra R. K, Kutty KM, Chandra S. Influence for maternal food antigen avoidance during pregnancy and lactation on incidence of atopic eczema in infant. Clin Allergy, 1986; 16: 565-9.
- ⁶ Karjalainen J, Martín JM, Knif M. A bovine albumine peptide as a possible trigger of isulin-dependent diabetes mellitus. N. Engl J Med 1992, 327: 302-307.
- ⁷ O'Donnell A, Bengoa JM, Torun B, Caballero B, Lara E, Peña M. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. OPS/OMS/CESNIL/CAVENDES. Serie Paltex, Washington DC, 1997.
- ⁸ FAO/OMS/UNU. Necesidades de energía y proteínas. Informe de una reunión consultiva conjunta. FAO/OMS/UNU de expertos. Serie de informes técnicos. No. 724. Ginebra; 1985.
- ⁹ Fomon SJ. Body composition of the male reference infant during the first year of life. Pediatric 1967; 40:863-867.

¹⁰ WHO/UNICEF/CIDA/USAID/FAO/UNAP. Ending hidden hunger: A policy conference on micronutrient malnutrition. Montreal, 1991.

¹¹ Uauy R, Olivares S. importancia de las grasas y aceites para el crecimiento y desarrollo de los niños. Food Nutrition and Agriculture 11: 1994.

¹² Brich L, Mc Pee L, Shoba BC. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Appetite 1987; 171-178.