

Alimentación saludable e higiene de alimentos en los niños de 6 a 24 meses de edad



Healthy eating and food hygiene in children 6-24 months of age

María José Andrade Alban.¹, María de los Ángeles Rodríguez Cevallos.² & Mariana Jesús Guallo Paca.³

Recibido: 10-05-2020 / Revisado: 15-06-2019 / Aceptado: 23-07-2020/ Publicado: 03-08-2020

Abstract.

DOI: <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v3i3.2.1403>

This research shows an analysis and assessment of a healthy diet with the correct and adequate management of the nutritional provisions of each component. Balanced nutrition, in current times where the world is going through an imbalance, marks a differentiating element to generate effective health. Among the influencing factors in the correct supply of nutrients are elements dependent and anchored to the pandemic and fused with food, such as: time, exercise, schedules, combination of foods with a focus on food care and hygienic management of the nutrients that benefit health expressed in body mass, weight, saturated and unsaturated fats and other indices of well-being in the growth of the newborn. Correct nutrition should be therapeutic, beneficial and safe, which is not free of difficulties, but above all studies, the benefits are greater than the risks when beneficial nutrition is administered, unable to generate nutrients, essential for the functional balance of the human body, Determined through clinical follow-up the most frequent complications and the beneficial evolution of the people who received food nutrition.

Keywords: Nutrition, neonates, food hygiene

¹ Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Riobamba, Ecuador. maría.andrade@esPOCH.edu.ec

² Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Riobamba, Ecuador. maría.rodriíguez@esPOCH.edu.ec

³ Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Riobamba, Ecuador. mariana.guallo@esPOCH.edu.ec

Resumen.

La presente investigación muestra un análisis y valoración de una alimentación saludable con el manejo correcto y adecuado de las provisiones nutritivas de cada componente. La nutrición balanceada, en los tiempos actuales donde el mundo atraviesa un desequilibrio marca un elemento diferenciador para generar salud efectiva. Entre los factores influyentes en el correcto suministro de nutrientes se encuentran elementos dependientes y anclados a la pandemia y fusionados con la alimentación, como son: tiempo, ejercicio, horarios, combinación de alimentos con un enfoque de cuidado alimentario y manejo higiénico de los nutrientes que benefician la salud expresados en la masa corporal, peso, grasas saturadas e insaturadas y demás índices de bienestar en el crecimiento de neonato. La correcta nutrición debe ser terapéutica beneficiosa y segura, que no se encuentra libre de dificultades, pero sobre todo estudio se observan los beneficios son mayores que los riesgos cuando se administra alimentación beneficiosa imposibilitados de generar nutrientes, fundamentales para el equilibrio funcional del cuerpo humano, determinado a través del seguimiento clínico las complicaciones más frecuentes y la evolución beneficiosa de las personas que recibieron alimentación nutrición.

Palabras claves: Nutrición, neonatos, higiene alimenticia.

Introducción.

La alimentación saludable representa un cimiento fundamental para un desarrollo y el bienestar del ser humano, la batalla cotidiana contra el hambre y la desnutrición forma parte principal de las estrategias de generar planes de beneficio alimenticio. La investigación que se plantea consiste en evaluar y determinar el aporte nutritivo de micronutrientes en la composición corporal en niños/as de 6 a 24 meses de edad.

En el trabajo de (Guaila, 2017), determina: que los menores de 5 años en el Ecuador representan un grupo de interés en la aplicación de programas de salud que permiten mejorar los indicadores de malnutrición y su subsecuente déficit de micronutrientes esenciales en el crecimiento y desarrollo del niño; en el caso de los niños menores de 24 meses se establece que el problema se intensifica en la medida que se practique una lactancia materna exclusiva hasta las 6 meses, una adecuada iniciación de la alimentación complementaria con una dieta balanceada equilibrada variada, completa e inocua e incluso culturalmente aceptada.

El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), revela que la desnutrición en el país afecta al 26 % de los niños, con mayor influencia en las ciudades de la región amazónica con un 21,3%. En cuanto a la anemia ferropénica de los niños entre 6 y 59 meses de edad la padecen un 22%; si se separa este indicador por grupos de edad los porcentajes de anemia se

ubicarían en el 69% de los niños de 6 a 12 meses y en el 46% de los niños entre 12 y 24 meses (Freire *et al.*, 1988), estudio DANS. Citado por (Guaila, 2017)

La presente investigación permitirá determinar la influencia del consumo de micronutrientes como herramienta principal para mitigar los problemas inmersos en salud del niño, de los resultados obtenidos permitirán agregar nuevos micronutrientes en la búsqueda de la mitigación de los indicadores de desnutrición, el estudio permite redireccionar esfuerzos hacia los grupos de interés más vulnerable que son los niños/as de hasta 5 años.

Metodología.

Fue un estudio observacional, no experimental porque no se manipularon las variables y fue transversal por que se realizó una sola vez siendo además retrospectivo, apoyándose en el resultado de la composición corporal de los niños comprendidos de 6 a 24 meses de edad. Se utilizó el método deductivo permitiendo establecer y definir conclusiones mediante las acciones realizadas, donde se efectuaron aplicación de premisas enfocadas en datos sistémicos y reales, y por último se manejó el método analítico, que tuvo como objetivo de estudio separar cada una de las partes y valorar el aporte nutricional de cada componente en la alimentación del niño/as, aplicando condiciones propias de la alimentación saludable.

El enfoque cuantitativo sostuvo que el alcance de la investigación fue de tipo descriptivo, transversal y correlacional, donde los datos obtenidos permitieron ratificar los estudios pragmáticos efectuados y basados en teorías ya demostradas.

Resultados.

De acuerdo con la obtención de datos, permite identificar que el estudio realizado genera resultados que evidencia la importancia nutricional fusionados con la higiene alimenticia.

Figura 1. Nutrientes y energía aprobadas

| Nutrición Parenteral Inicial n=50 | APORTES | RECOMENDACIONES | Valor de p |
|--|------------------|------------------------|-------------------|
| Proteínas (gr/kg/día) | 0,98 (0,5-2) | 2 (2-3) | 0.001 |
| Lípidos (gr/kg/día) | 0,37 (0-1) | 2 (2-3) | 0.001 |
| Infusión de Glucosa (mg/kg/min) | 4,81 (4-7,3) | 4 (4-8) | 0.001 |
| Kilocalorías/Kg | 32,5 (23,7-46,6) | 90 (90-120) | 0.001 |
| Nutrición Parenteral Final | | | |
| Proteínas (gr/kg/día) | 2,5 (1,5-3) | 3,5 (3,5-4) | 0.001 |

| | | | |
|---------------------------------|------------------|--------------|--------------|
| Lípidos (gr/kg/día) | 1,5 (0,5-2,5) | 3 (3-3,5) | 0.001 |
| Infusión de Glucosa (mg/kg/min) | 5,8 (3,4-9,1) | 12 (8-12) | 0.001 |
| Kilocalorías/Kg | 58,4 (41,9-71,7) | 120 (90-120) | 0.001 |

Fuente: Asociación Americana de Pediatría.

Se muestran los resultados del análisis de la prescripción de nutrición de los niños, frente a los aportes recomendados según las principales sociedades especializadas en la atención a recién nacidos con base científica probada como son: Asociación Americana de Pediatría, Sociedad Europea de Neonatología, asociación de nutrición enteral y parenteral (ASPEN y ESPEN). Cómo se puede observar, los resultados del aporte de macronutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas) y kilocalorías, tanto al inicio como al fin (5 días) de la NPT muestran valores inferiores frente a las recomendaciones establecidas, siendo estas diferencias estadísticamente muy significativas ($p=0,001$) por cuanto no se alcanzan las metas calórico-proteicas necesarias para este segmento de seres vivos. (Palacios, 2020)

Para (Guaila, 2017) en su trabajo afirma que: Los micronutrientes son vitaminas y minerales para mantener niveles adecuados de hierro en el organismo; su composición química contiene hierro, ácido fólico, vitamina A, vitamina C y zinc. Se utiliza para fomentar los alimentos de manera casera, añade a la comida de los niños en modo diaria por doce meses constantes. El suplemento se relaciona con la energía de los niños se relaciona en parte con la necesidad de niveles altos de micronutrientes en relación con la energía. El gasto total de energía de los niños pequeños son 15-20% más bajos que las dietas requeridas; provoca un desafío para un niño pequeño para alcanzar un nivel alto para varios micronutrientes. (Ministerio de Salud Publica, Coordinacion Nacional de Nutricion, 2011)

Dentro del estudio y obtención de datos, permiten generar estrategias para la generar micronutrientes, que se basa en:

- Corregir la dieta mediante los cambios dietéticos, permitiendo brindar seguridad alimentaria, dando beneficio a las personas al consumo de alimentos que suministren las cantidades necesarias y requeridas para la protección continua de los niños nacidos vivos con énfasis en el bienestar total de sanidad y nutrición de calidad en la madre en las etapas de gestación y lactancia. (MIES, 2004)
- Ejercer un seguimiento en el déficit de micronutrientes mediante una evaluación e indicaciones propias del tratamiento respectivo. La determinación eficiente y a tiempo de una insuficiencia genera tratamiento correcto y adecuado, para no llevar a consecuencias graves, el tratamiento involucra suministración de vacunas preventivas

para enfermedades infecciosas; e mediadas de higiene de cada residencia. (Ministerio de Salud Publica, Coordinacion Nacional de Nutricion, 2011)

- Alimentos con abundancia en vitaminas como la A y Hierro, estableciendo un programa de fortificación en productos alimenticios. También se debe potencializar el suministro de suplementos nutritivos de protección.

(Daroca, 2004) Son micronutrientes en forma de polvo que contiene Hierro encapsulado, Zinc, Retinol o Vitamina A y C que se adhiere al alimento para avisar las anemias por carencia de hierro, siendo el consumo necesario en las niñas y niños entre 6 a 24 meses de edad quienes se beneficiaran de este micronutriente.

Figura 2. Seguimiento del estado nutricional de los neonatos en función de la evolución del peso al inicio y al final

| GRUPO n =50 | PESO INICIAL (gr) | PESO FINAL (gr) | Valor de p |
|----------------------|-------------------|------------------|--------------|
| TERMINO | 2639 (654,19) | 2546 (692,42) | 0,105 |
| PRETERMINO | 1120 (790-2170) | 1085 (2800-3580) | 0,001 |
| PESO ADECUADO | 3203(2500-3093) | 3187 (2800-3580) | 0.866 |
| BAJO PESO | 1476 (790-2420) | 1343 (750-2400) | 0,001 |

Mediana (p-Wilcoxon)
* Promedio(p Ttest)

Se presentan los resultados obtenidos posterior al seguimiento del estado nutricional en función de la evolución del peso al inicio y al final de la administración de NPT, para lo cual se clasifco para la muestra en dos grupos: según la edad gestacional Término (≥ 37 SEG) y Pretérmino (≤ 7 SEG). Y según el peso al nacimiento ((Peso adecuado (≥ 2500 gr) y Bajo peso (≤ 2499 gr)).

En el grupo según el intervalo de edad de análisis para el presente estudio, se observa que los niños muestran diferencias estadísticamente muy significativas($p=0.001$) entre el peso inicial (1120 gr) respecto al peso final (1085 gr), estas diferencias no se observan en los neonatos a término con un peso inicial y final de (2635 gr) y (2546 gr) respectivamente.

En el caso de los recién nacidos se clasifican según el peso al nacimiento, aquellos que nacieron con bajo peso, se registró diferencias estadísticamente muy significativas ($p=0.001$) respecto al peso inicial(1476gr)y final(1343 gr), mientras que el grupo de neonatos con peso

adecuado al nacimiento, no se observaron estas diferencias estadísticas en sus pesos, inicial(3203 gr) y final(3183gr). (Merino, 2012)

Dentro de la revisión de resultados se determina los siguientes resultados también citados por diferentes investigadores en el aporte de teoría y marco de fundamentación conceptual en la administración de nutrientes y alimentación saludable.

El índice del estado nutricional según (Romano, 2014) determina que el niño menor de 5 años utiliza este índice para poder observar el estado nutricional como la antropométrica, clínica, y bioquímica es la hematología, albúmina, proteína, electrolitos como: Na, K, Mg y Ca. Citado por (Guailla, 2017)

Según (Montoya, 2013) y confirmado por (Guailla, 2017): El peso es el principal parámetro que afecta en la desnutrición, causando retarda y detención de la curva normal. En los casos que se ha observado la pérdida es de 40% o puede ser más; la consecuencia de la disminución del tejido celular subcutáneo, de la masa muscular e incluso la grasa.

La pérdida de la grasa se hace en forma sucesiva empezando por la grasa subcutánea de la región perineal y finalmente la que ocupa la bolsa del Bichat. Ratificado en el trabajo de análisis investigativo de (Guailla, 2017) y confirmado en el análisis de resultados del presente estudio aportando confirmación y validación de hipótesis y teorías citadas

El indicador de peso por edad es factible de ser modificado, en situaciones de malnutrición calórico-proteica. La variación del indicador de masa corporal permite diferenciar el déficit actual y el crónico, sin permitir establecer niños que carecen de nutrición correcta en base a su estatura, generando falsos positivos en los niños menores de dos años vinculados con diversos componentes relacionados con el peso corporal total, el peso para la edad, mismos que dentro de su análisis e interpretación puede ser errónea adicional este diagnóstico se liga a las patologías como: edema, ascitis, visceromegalias y tumores.

Dentro de los resultados (Guailla, 2017) permiten relacionar la talla por edad donde este indicador determina el diagnóstico de la evaluación anterior o también considerada por profesionales como crónica, cabe resaltar que no manifiesta la desnutrición vigente del niño, se afirma que la talla varía en base a la variable del tiempo, pudiéndose confirmar que la talla es de gran aporte al generar interpretación en los índices antropométricos sin parámetro decisivo para el diagnóstico de desnutrición crónica.

El indicador de peso talla expresa el estado nutricional actual, pudiendo interpretar que si existe un bajo peso para la talla influyen en la disminución de la masa muscular y la grasa corporal están disminuidas, condición que efectúa un factor reversible, otorgando mejorar

con un tratamiento dietético adecuado y la persona puede lograr un peso para la talla normal. Este indicador es importante en los niños de 10 años, convirtiéndose en una desventaja para reconocer a los niños que tienen una desnutrición crónica. Citado (Guaila, 2017)

En el análisis de resultados del estudio y también observados por (Guaila, 2017) se determina: El índice de masa corporal es muy útil para observa la evaluación antropométrica y nutricional de un niño si se encuentra en sobrepeso o bajo.

Nos ayuda a prevenir algún tipo de carencia o exceso nutricional, esto se utiliza desde que tienen primer año de vida; se basa en el peso y talla, se calcula dividiendo el peso en kilogramos para la talla en metros al cuadrado.

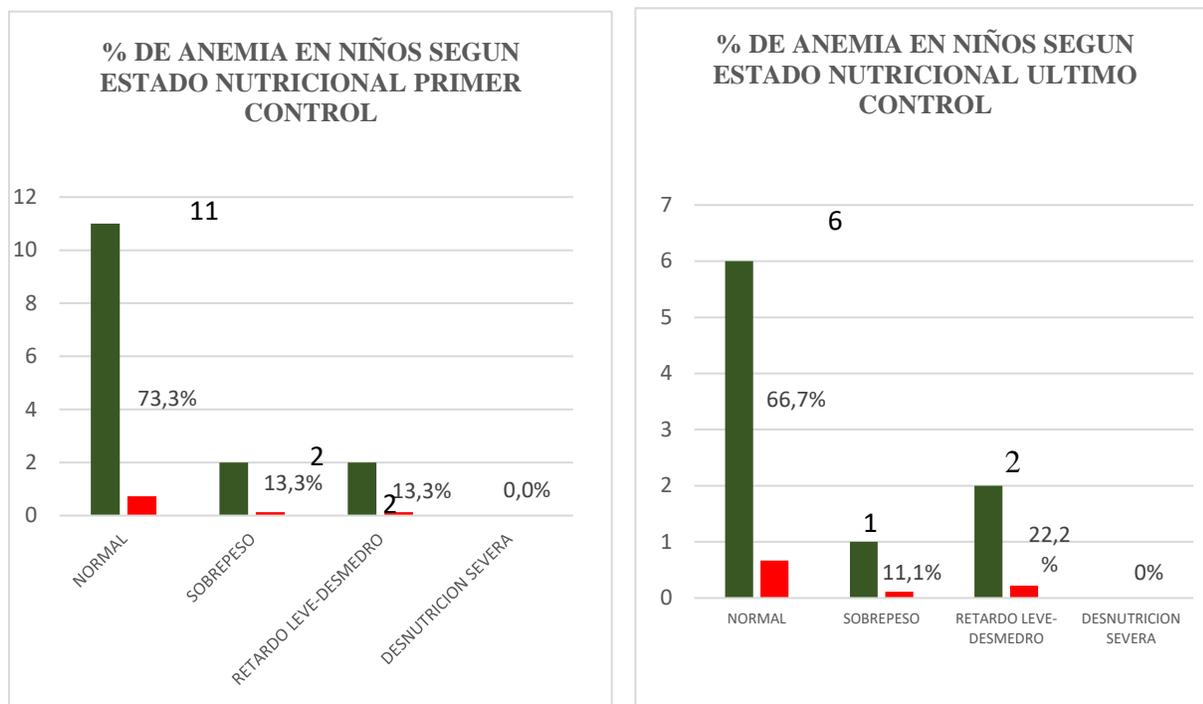
Estado nutricional y, presencia de anemia en niños de 6 a 24 meses luego del programa de suplementación con micronutrientes

Figura 3. Porcentaje de niños según estado nutricional y, presencia de anemia.

| Controles | Masculino N=41 Con anemia N° 15 | | | | | | | | Total N=79 Con anemia N° 9 | |
|--|---------------------------------------|------|-----------|------|------------------------------|------|------------------------|-----|----------------------------------|-----|
| | Normal | | Sobrepeso | | Retardo Leve- Desmedro | | Desnutrición Severa | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Con Anemia Primer control | 11 | 73,3 | 2 | 13,3 | 2 | 13,3 | 0 | 0 | 15 | 100 |
| Con Anemia último Control | 6 | 66,7 | 1 | 11,1 | 2 | 22,2 | 0 | 0,0 | 9 | 100 |

*Validado de los análisis efectuados en la presente investigación y comparados con parámetros citados por (Guaila, 2017)

Figura 4. Estado nutricional y presencia de anemia en niños de 6 a 24 meses luego del programa de suplementación con micronutrientes.



*Validado de los análisis efectuados en la presente investigación y comparados con parámetros citados por (Guaila, 2017)

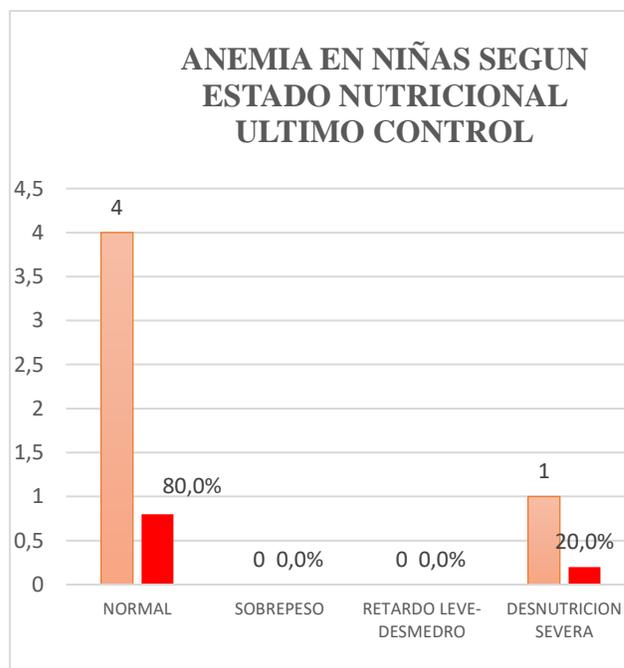
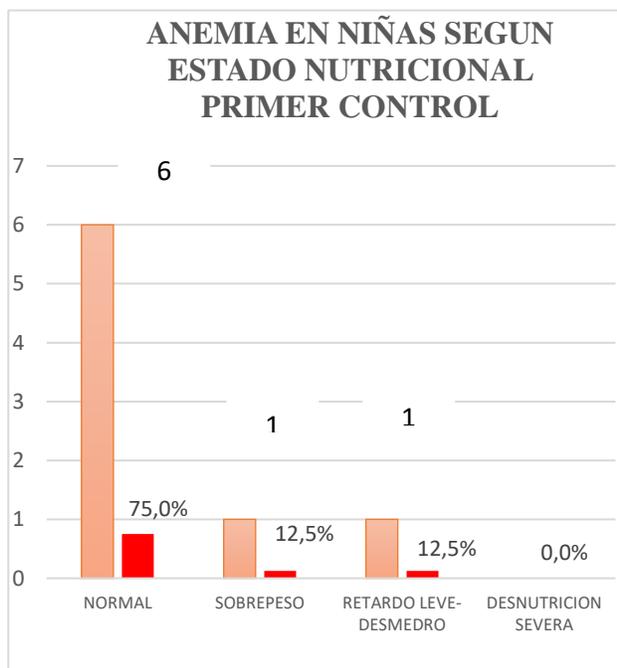
La anemia es relevante en niños con indicadores nutricional de un 73,3%, la desnutrición leve se encuentra en el 13,3% en niños con sobrepeso.

En el control posterior muestra un número minoritario con indicadores de anemia reduciéndose al 11,1% en casos de sobrepeso, pero se incrementa los casos de anemia en niños con baja talla para la edad de estudio del presente trabajo generando carencia de macro y micronutrientes.

Según el diagnostico efectuado se puede determinar que se acentúa la desnutrición severa en los niños con talla normal en un 6,6%, y en infantes con sobrepeso redujo en a la mitad en niños con retardo leve-desmedro y desnutrición severa se mantuvieron en sus respectivos valores iniciales.

Figura 5. Porcentaje de niñas según estado nutricional y, presencia de anemia.

| Controles | Femenino N=38 Con anemia N° 8 | | | | | | | | Total N=79 Con anemia N° 23 | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------|-----------|------|-----------------------|------|---------------------|------|-----------------------------------|-----|
| | Normal | | Sobrepeso | | Retardo Leve-Desmedro | | Desnutrición Severa | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Con Anemia Primer control | 6 | 75,0 | 1 | 12,5 | 1 | 12,5 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Con Anemia Ultimo control | 4 | 80,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 20,0 | 5 | 100 |



*Validado de los análisis efectuados en la presente investigación y comparados con parámetros citados por (Guaila, 2017)

A diferencia de los varones, en el sexo femenino la anemia se presenta con indicadores nutricionales del 75,0%, desnutrición leve el 12,5% en niñas con sobrepeso un 12,5%. A igual que los infantes varones el segundo control determina un incremento de mujeres con anemia con estado nutricional normal de un valor 80,0%, se suprime en las niñas con sobrepeso, incrementándose los casos de anemia en las féminas con desnutrición de baja talla y bajo peso para la edad reflejando estados carenciales de macro y micronutrientes. Conformado los resultados (Guailla, 2017) que al menos el 46% de los niños y niñas de 6 a 24 meses sufren de anemia.

Nos permitimos referenciar la siguiente afirmación que: *“La anemia en niños menores de dos años lo padece independiente de su estado nutricional, es la práctica de una lactancia materna adecuada, iniciación oportuna de la alimentación complementaria con calidad y calidez y el control regular de su estado en salud en general lo que favorecerá el completo bienestar en salud del infante.”* Tomado de (Guailla, 2017)

Conclusiones.

- El suplemento de micronutrientes se basa en la composición corporal de los infantes de 6 a 24 meses de edad determinando que guarda relación con los programas de suplementación con micronutrientes obteniendo disminución del número de casos de anemia en relación con el estado nutricional.
- Se pudo establecer que en los infantes tanto varones como mujeres con un estado nutricional normal, desnutrición leve y sobrepeso presentaron en el segundo control un menor número de casos de anemia, mientras que en niños con diagnóstico de desnutrición severa se mantuvo la carencia de micronutrientes en relación con el primer control.
- La anemia es mitigada en el estado nutricional sosteniendo que una lactancia materna exclusiva y continua y el inicio de la ablactación con calidad y calidez beneficia sustancialmente la salud del menor.
- El indicador nutricional confirmado en los estudios y reprocesos de análisis es la administración del suplemento es el peso para la edad, permitiendo evidenciar indicadores positivos en el estado nutricional, en la normalidad, obtenido el 87.8% al 90.2%, en el bajo peso del 2.4% a recuperación. El indicador en el que menos influencia tuvo la suplementación fue en la talla para la edad ya que se evidenciaron casos de aumento en la frecuencia con respecto a la baja talla en niños y niñas, confirmado el análisis de autores citados en trabajos de similar hipótesis de estudios, referenciado a (Guailla, 2017).

- La administración de suplementos de nutrientes en esta edad es importante debido que los infantes necesitan hierro la misma que proviene de la leche materna y no es suficiente la proporción detectada, los alimentos complementarios son normalmente bajos en hierro y los alimentos fortificados con hierro no son consumidos de manera generalizada ni regular.

Referencias Bibliográficas.

- Calvo, E., Longo, E., Aguirre, P., & Britos, S. (2001). Prevención De La Anemia En Niños Y Embarazadas En La Argentina. *Dirección Nacional De Salud Materno Infante Juvenil*. Obtenido de http://www.fmed.uba.ar/depto/edunutri/aguirre_anemia.pdf
- Guarderas, C., & Peñafiel, W. (1995). *El examen médico. : Texto de Enseñanza Semiotécnica Integrada General y Especial* (3ra ed.). Quito. Obtenido de http://biblioteca.unach.edu.ec/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=216
- Olivares, M., & Tomás, W. (2003). Consecuencias De La Deficiencia De Hierro. *Revista chilena de nutrición*, 30(3). Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000300002
- Almendros. (Febrero-2011). *Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Obtenido de <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>
- Alonso. (2007). Manual Práctico de nutrición en Pediatría. *Suplementos Nutricionales*, 31 – 39.
- Barona, C. C. (2011). *Políticas Públicas En Alimentación Y Nutrición*:. (Abya-Yala, Ed.) Obtenido de <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiHmb39veLYAhXRRt8KHYYekAQYQFggxMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.flacsoandes.edu.ec%2Flibros%2Fdigital%2F52365.pdf&usg=AOvVaw3WwSpUJ7S3IhPstJJqbr1>
- Barreto ML., Santos LMF., Assis AMO, Arujo MPN, Faenza GJ, Santos PAB, Franconne RL. . (1993). Effect of vitamin A supplementation on childhood mortality in northeast Brazil.
- Black, R., Allen, L., & Bhutta, Z. (19 de Enero de 2008). The Maternal and Child Undernutrition Study Group, Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *371*, 243-260.
- Caicedo, R. (Marzo de 2011). *Normas, Protocolos Y Consejería Para La Suplementación Con Micronutriente*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn>

/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20SUPLEMENTACION%20CO
N%20MICRONUTRIENTES.pdf

Casanueva Esther, Kaufer-Horwitz Martha, Pérez-Lizaur Ana Bertha, Arroyo Pedro. (2001). Nutriología Médica. Médica Panamericana.

Combs GF, In: Mahan LK., Scott-Stump S., Krause's Food,. (2000). Vitamins., Nutrition and Diet therapy.

Cotner, A., Casellas, J., & Chicharro. (Mayo de 2003). Ferropenia. *Scielo*, 20(5). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000500002

Daroca, O. d. (2004). "Producción y distribución de fortificantes caseros para alimentos infantiles: Chispitas nutricionales para los más pequeños. *Organización Panamericana y Mundial de la Salud*.

Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. (s.f.). Obtenido de http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/8/23948/Desafios_Nro2_esp.pdf.
Revisado el 25

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Tomo 1. (2012). En *ENSANUT-ECU 2012* (pág. 361). Quito.

Felipe, M. H. (27 de Septiembre de 2017). *Normas Protocolos y Consejería Para la Suplementación con Micronutrientes*. Obtenido de https://kupdf.com/download/normas-protocolos-y-consejeria-para-la-suplementacion-con-micronutrientes-ecuador_59cafbbc08bbc52b3a686f90_pdf

Freire W. Dirren J. Mora P., Arenales, Granda E., Breilh J., Campaña A., Paéz R., Darquea L., Molina E. (1988). Diagnóstico de la Situación Alimentaria Nutricional y de Salud de la población ecuatoriana menor de 5 años - DANS 1986. Quito .

Freire, & Wilma, B. (25 de octubre de 2010). *Consecuencias de la desnutrición en menores de cinco años. Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en el Ecuador*. Obtenido de <http://ecuador.nutrinet.org/panorama-general/87-consecuencias-de-la-desnutricion>.

Freire, V., Ramirez, M., Mendieta, M., Romero, N., & Piñeros, P. (2011-2013). *ENSANUT*. Obtenido de <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>

Freire, W., Dirren, J., Mora, P., & Arenales, E. (1988). Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional y de salud en la población ecuatoriana menor de cinco años.

- Gilda, G. (2007). Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro. *Colombia Medica*, 8(1).
- Hermelo M., A. M. (1996). “Indicadores bioquímicos para la evaluación del estado de nutrición”.
- Imdad , A., & Bhutta , Z. (26 de Julio de 2012). *Routine iron/folate supplementation during pregnancy: effect on maternal anaemia and birth outcomes*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22742609>
- Iniative, S. G. (16 de Agosto de 2000). *About Sprinkles*.
- Jordán. (2013). Hemoglobina. *Ministerio de Salud*, 8-22.
- Kahn, J., & Cols. (2002). *Persistence and emergence of anemia in children during participation in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children*. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/198442220?accountid=36765>
- Kukes , V., & Tutelian, V. (Marzo de 2011). Normas, Protocolos Y Consejería Para La Suplementación Con Micronutrientes. *Ministerio De Salud Pública Del Ecuador*.
- Lastrebner, M., Fassi , D., & Saracut, D. (2012). Anemia. *Osecac(2)*. Obtenido de http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Clinica-Medica/Cli-22%20Anemia_v2-12.pdf
- Ley Orgánica Del Régimen De La Soberanía Alimentaria. (5 de Mayo de 2009). Suplemento. Obtenido de <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec046es.pdf>
- Mies. (2004). *Mies Y Su Proyecto Alimentario Nutricional Integral Promueve La Alimentación Saludable*. Obtenido de www.salud.gob.ec/programa-accion-nutricion
- Ministerio de Salud Publica, Coordinacion Nacional de Nutricion. (2011). Manual de Consejeria para la suplementacion con micronutrientes. En C. N. Ministerio de Salud Publica, *Manual de Consejeria para la suplementacion con micronutrientes* (pág. 18). Quito.
- Ministerio de Salud Publica, Coordinacion Nacional de Nutricion. (2011). Manual de Consejeria para la suplementacion con micronutrientes. *Ministerio de Salud Publica, Manual de Consejeria para la suplementacion con micronutrientes*.
- Ocaña Anzules, D. (Agosto de 2014). Impacto Del Programa De Suplementación Con Micronutrientes Para Evitar Anemia En Niños De 6 Meses A 2 Años De Edad En El Subcentro De Salud. *Docplayer*. Obtenido de <http://docplayer.es/35552081->

Universidad-tecnica-de-ambato-facultad-de-ciencias-de-la-salud-carrera-de-medicina.html

Ocaña Anzules, D. (Agosto de 2014). *Impacto Del Programa De Suplementación Con Icronutrientes Para Evitar Anemia En Niños De 6 Meses A 2 Años De Edad En El Subcentro De Salud Picaihua*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8391/1/Oca%C3%B1a%20Anzules%20Delia%20Cristina.pdf>

Olivares , M., & Walter , K. (2003). *Consecuencias de la deficiencia de hierro*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071775182003000300002&script=sci_arttext.

Oller de Daroca, M. (junio de 2004). Producción y distribución de fortificantes caseros para alimentos infantiles: Chispitas nutricionales para los más pequeños. *Organización Panamericana y Mundial de la Salud*.

Penland, J. (2000). Behavioral data and methodology issues in studies of zinc nutrition in humans. *Journal of Nutrition*.

RUIZ, M. E. (Marzo de 2013). *Evaluación del consumo y tolerancia del suplemento Chispaz en los CIBV de los barrios San Pedro y La Loma de la comunidad de Cangahua*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7503/8.29.001119.pdf?sequence=4>

Salgueiro, M., Zubillaga , M., Lysionek , A., & Sarabia. (1999). Zinc: Conceptos actuales sobre un micronutriente esencial. 49.

Sommer, Alfred. WHO. (1995). La carencia de la Vitamina A y sus consecuencias: Guia practica para la detección y el tratamiento , *The global prevalence of vitamin A deficiency*.

Sprinkles Global Health Initiative . (16 de Agosto de 2000). *About Sprinkles*. Obtenido de www.sghi.org

Stoltzfus R., Dreyfuss M. (1998). Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia.” *International Nutritional Anemia*.

Tacuri, V. d. (2008). *MIES-MSP Fortificación micronutrientes*. Obtenido de <http://docplayer.es/63696369-Pontificia-universidad-catolica-del-ecuador-facultad-de-medicina-factores-de-riesgo-socioeconomicos-asociados-con-la.html>

Tacuri, V. d. (2016). Obtenido de Factores De Riesgo Socioeconómicos Asociados Con La Administración De Chis Paz Para Profilaxis Y Tratamiento De La Anemia Leve En Los Niños/As De 6 A 35 Meses De Edad Del Centro De Salud:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12932/TESIS%20VIVIANA%20JIMENEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

UNICEF. (2009). Investing in the Future, A United Call to Action on Vitamin and mineral Deficiencies.

UNICEF. (s.f.). *Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe*. Obtenido de http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/8/23948/Desafios_Nro2_esp.pdf.
Revisado el 25

Wuehler S;Sempértegui F; Brown K . (2008). Dose- Response Trial of Prophylactic Zinc Supplements, With or Without Copper , in Young Ecuadorian Children at Risk of Zinc Deficiency. *American Journal of Clinical Nutrition* .

Zlotkin, S., Christofides, A., Ziauddin , H., & Schauer. (2004). Controlling iron deficiency anemia through the use of homefortified complementary foods. *Indian Journal of Pediatrics*.

PARA CITAR EL ARTÍCULO INDEXADO.

Andrade Alban, M. J., Rodríguez Cevallos, M. de los Ángeles, & Guallo Paca, M. J. (2020). Alimentación saludable e higiene de alimentos en los niños de 6 a 24 meses de edad. *ConcienciaDigital*, 3(3.1), 332-347. <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v3i3.2.1403>



El artículo que se publica es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Conciencia Digital**.

El artículo queda en propiedad de la revista y, por tanto, su publicación parcial y/o total en otro medio tiene que ser autorizado por el director de la **Revista Conciencia Digital**.

