

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO
No. 00016-2026

**SE APRUEBA Y SE AUTORIZA LA
PUBLICACIÓN DEL “MANUAL DE
CONSEJERÍA NUTRICIONAL PARA
NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS, GESTANTES Y MUJERES EN
PERIODO DE LACTANCIA”**

Ministerio de Salud Pública

No. 00016-2026

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que el artículo 3, numeral 1, de la Constitución de la República del Ecuador consagra como deber primordial del Estado: *"Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes"*;

Que el artículo 32 de la referida Constitución de la República del Ecuador prescribe: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción, atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional"*;

Que el artículo 361 de la citada Constitución de la República del Ecuador establece que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, entidad responsable de formular la política nacional de salud, así como de normar, regular y controlar todas las actividades vinculadas a la salud y el funcionamiento de las entidades del sector;

Que el artículo 3 de la Ley Orgánica de Salud prescribe que la salud: *"(...) es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables"*;

Que el artículo 4 de la referida Ley Orgánica de Salud dispone que la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha norma, siendo obligatorias las regulaciones que dicta para su plena vigencia;

Que el artículo 6, numeral 19, de la citada Ley Orgánica de Salud establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: *"Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclo de vida y vigilancia del cumplimiento de las mismas"*;

Que el artículo 6 de la Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición en el Ecuador, referente a los deberes del Estado, dispone en su literal e que este deberá: *«Fortalecer la capacidad institucional pública para garantizar el derecho a alimentación saludable a su población, de acuerdo a los principios de diversidad cultural, con enfoque a las comunidades, pueblos y nacionalidades»;*

Que el artículo 1 de la Ley Orgánica de Primera Infancia determina: *“Objeto.- La presente Ley tiene por objeto reconocer y garantizar el goce y ejercicio efectivo de los derechos de las niñas y los niños en la primera infancia, a fin de asegurar su desarrollo y protección integral”;*

Que el artículo 2 de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna dispone que corresponde al Ministerio de Salud Pública la aplicación de dicha ley a través de sus unidades operativas, debiendo implementar acciones tendientes a: *“(...) d) Impartir la instrucción oportuna a toda madre embarazada o en período de lactancia sobre los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y el efecto anticonceptivo de la lactancia materna, así como respecto del peligro que conlleva el cambio injustificado de ésta por biberones y chupones para los lactantes; (...)”;*

Que mediante Acuerdo Ministerial No. 0238-2018, de 28 de junio de 2018, se aprobó y autorizó la publicación del manual «Atención Integral a la Niñez», cuyo punto 7.3.2 señala que: *(...) La asesoría y consejería para mantener la lactancia materna es muy importante para continuar con una lactancia exitosa, especialmente en madres primerizas;*

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 446 de 10 de julio de 2026, el Presidente Constitucional de la República designó al magister Juan Carlos Aveiga Parra, Ministro de Salud Pública; y,

Que con Memorando Nro. MSP-VSP-2026-1596-M de 01 de octubre de 2026, el Viceministerio de Salud Pública remitió el Informe Técnico Nro. MSP-DNASN-GIASNPCV-2026-159 y solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

En ejercicio de las atribuciones conferidas por el numeral 1 del artículo 154 de la Constitución de la República del Ecuador, el artículo 130 del Código Orgánico Administrativo y el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva,

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del “Manual de Consejería Nutricional para Niñas y Niños Menores de Seis Años, Gestantes y Mujeres en Periodo de Lactancia.”

Artículo 2.- Disponer que el “Manual de Consejería Nutricional para Niñas y Niños Menores de Seis Años, Gestantes y Mujeres en Periodo de Lactancia.” sea de aplicación obligatoria en la Red Pública Integral de Salud.

Artículo 3.- Publicar en la página web del Ministerio de Salud Pública el “Manual de Consejería Nutricional para Niñas y Niños Menores de Seis Años, Gestantes y Mujeres en Periodo de Lactancia.”

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición; y, a la Subsecretaría de Prestación de Servicios de Salud, a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, o quien ejerza sus atribuciones y competencias.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a

02 OCT 2026



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**JUAN CARLOS AVEIGA
PARRA**

Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vasquez	Viceministerio de Salud Pública	Viceministra de Salud Pública	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ
	Abg. Agustin George Pico Molineros	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador General de Asesoría Jurídica	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: AGUSTIN GEORGE PICO MOLINEROS
	Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE
	Mgs. Evelyn Patricia Montenegro Navas	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud (E)	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EVELYN PATRICIA MONTENEGRO NAVAS

	Mgs. Carlos Djalmar Zambrano Vera	Subsecretaría de Prestación de Servicios de Salud	Subsecretario de Prestación de Servicios de Salud (E)	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: CARLOS DJALMAR ZAMBRANO VERA
	Mgs. Pablo José Hidalgo Bowen	Dirección de Asesoría Jurídica	Director de Asesoría Jurídica	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: PABLO JOSE HIDALGO BOWEN
	Mgs. German Anthony Bustamante Lindao	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud	Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GERMAN ANTHONY BUSTAMANTE LINDAO
	Mgs. Karol Mabel Sandoval Illescas	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención	Directora Nacional de Primer Nivel de Atención (E)	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: KAROL MABEL SANDOVAL ILLESCAS
	Mgs. Elena Estefanía Herrera Martínez	Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición	Directora Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición (E)	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ELENA ESTEFANIA HERRERA MARTINEZ
	Mgs. María Belén Araujo Pazmiño	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud	Especialista de Políticas del Sistema Nacional de Salud 1	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA BELEN ARAUJO PAZMIÑO
	Abg. Luis Alberto Andrade Cárdenas	Dirección de Asesoría Jurídica	Analista de Asesoría Jurídica 1	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: LUIS ALBERTO ANDRADE CARDENAS
Elaborado	Lcdo. Alexander Paul Horna Echevarría	Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición	Especialista de Nutrición, Seguridad y Soberanía Alimentaria 1	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALEXANDER PAUL HORNA ECHEVERRIA

MANUAL

**Consejería Nutricional
para Niñas y Niños
Menores de Seis Años,
Gestantes y Mujeres en
Periodo de Lactancia**

2026



Manual de Consejería Nutricional para Niñas y Niños Menores de Seis Años, Gestantes y Mujeres en Período de Lactancia

Ministerio de Salud Pública. *Consejería Nutricional para niñas y niños menores de 6 años, gestantes y mujeres en periodo de lactancia*. Manual. Quito: Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición; MSP; 2026.

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Consejería Nutricional | 3. Niñas y niños menores de 6 años |
| 2. Lactancia Materna | 4. Alimentación y Nutrición en la gestante |
| | 5. Asesoría Nutricional Integral |
| | 6. Comunicación Efectiva |

Ministerio de Salud Pública
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Av. Quitumbe Ñan y Amaru Ñan, Quito - 170146
Teléfono: (593 2) 381 4400

Edición general: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública. *Consejería Nutricional para niñas y niños menores de 6 años, gestantes y mujeres en periodo de lactancia*. Manual. Quito, Ecuador. Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición – MSP; 2026. <https://salud.gob.ec>

Hecho en Ecuador

Autoridades Ministerio de Salud Pública

Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra, Ministro de Salud Pública

Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez, Viceministra de Salud Pública

Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache, Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad

Mgs. Evelyn Patricia Montenegro Navas, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud (E)

Mgs. Carlos Djalmar Zambrano Vera, Subsecretario de Prestación de Servicios de Salud (E)

Mgs. Germán Anthony Bustamante Lindao, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud

Mgs. Karol Mabel Sandoval Illescas, Directora Nacional de Primer Nivel de Atención (E)

Mgs. Elena Estefanía Herrera Martínez, Directora Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición (E)

Equipo de redacción y autores

Araujo Pazmiño María Belén, Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Salud Reproductiva, especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Quito

Lidia Estefanía Dávila Villena, Licenciada en Nutrición Humana, Quito

Erika Alexandra Armas Jurado, Licenciada Especialista de Nutrición, Seguridad y Soberanía Alimentaria Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición, Quito

Alexander Paul Horna Echeverría, Licenciado Especialista de Nutrición, Seguridad y Soberanía Alimentaria Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición, Quito

Equipo consultor

María del Carmen Gangotena, Consultora UNICEF, Quito

Betzabé Tello Ponce, Consultora UNICEF, Quito

Doménica Ulloa Zeas, Consultora UNICEF, Quito

Equipo de revisión y validación

María Delia Luna Hernández, Magister Especialista de Promoción de la Salud 1 Gestión Interna de Promoción de la Salud, Quito

Doris Adriana Quilca Burga, Magister Analista de Proyectos 3 Proyecto Ecuador Libre de Desnutrición Infantil, Quito

María Hortencia Hinojosa Trujillo, Socióloga Especialista de Institucionalización de Enfoques de género, igualdad y derechos humanos en salud Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Quito

Ximena Geovanna Chérrez Lema, Doctora Especialista de Seguimiento y Control de los Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención 1 Dirección Nacional de Primer Nivel Atención, Quito

José Andrés Ocaña Navas, Magister Instituto Ecuatoriano de Salud Pública de la PUCE, Quito

Carla Caicedo Jaramillo, Magister Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito

Rocío del Carmen Caicedo Borrás, Doctora Fundación para el Bienestar y Atención Básica Social, Institucional y Comunitaria, Quito

María José Mendoza Gordillo, PhD Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Quito

Patricia Verónica Ramírez Puente, Magister Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Quito

Helen Susana Tamayo Maggi, Doctora Asociación Nacional de Nutricionistas, Quito
Myriam Aracely Lugmaña Tito, Magister Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública, Quito
Rivera Romero Ronaldo Josué, Doctor Seguro Social Campesino, Quito

1	Contenido
2	Presentación
3	Introducción
4	Antecedentes y justificación
5	Objetivo.....
5.1	Objetivo general
5.2	Objetivos específicos
6	Alcance
7	Glosario de términos
8	Desarrollo
8.1	Consejería nutricional
8.2	Estructura de una sesión de consejería alimentaria nutricional
8.2.1	Fase de identificación de necesidades.....
8.2.2	Fase de motivación o construcción de capacidades
8.2.3	Fase de Acción
8.2.4	Fase de Refuerzo
8.3	Aspectos que se debe tomar en cuenta en la consejería nutricional (CN)
8.4	Cambio de comportamiento
8.5	Principios de la educación de adultos aplicados al cambio social y de comportamiento
8.6	Teoría del comportamiento
8.7	La importancia del lenguaje
8.8	Consejería nutricional durante la gestación
8.8.1	Mensajes claves de consejería durante la gestación
8.8.2	Evaluación nutricional durante el periodo de gestación.....
8.8.3	Situaciones especiales durante la gestación.....
8.9	Consejería nutricional para mujeres en periodo de lactancia
8.9.1	Ventajas de la lactancia materna en diferentes aspectos.....
8.9.2	Sucedáneos de leche materna
8.9.3	Mensajes clave de consejería nutricional durante la lactancia materna ...
8.9.4	Relactación.....
8.9.5	Evaluación nutricional de la mujer en período de lactancia materna
8.9.6	Situaciones especiales durante la lactancia materna
8.9.7	Creencias y mitos sobre la lactancia materna
8.10	Consejería nutricional para niñas y niños menores de dos años de edad
8.10.1	Mensajes claves de consejería nutricional para niñas y niños menores de dos años de edad
8.10.2	Consejería para la estimulación alimentaria de niñas y niños menores de dos años de edad
8.10.3	Introducción de consistencias durante la alimentación complementaria..

8.10.4	Evaluación nutricional en la niña y niño menor de dos años de edad
8.10.5	Consejería en situaciones especiales en niñas y niños menores de dos años de edad
8.11	Consejería nutricional de niñas y niños entre dos y seis años de edad
8.12	Alimentación de la niña o niño enfermo.....
8.13	Alimentación de la niña o niño en situaciones de emergencia
8.14	Consejería en niñas y niños con intolerancias alimentarias
8.15	Consejería nutricional según comprensión, cultura y el entorno de la consejería
8.16	Consejería nutricional en la sala de espera y ferias de salud.....
9	Abreviaturas.....
10	Referencias.....
11	Anexos.....
11.1	Anexo 1.- Menú referencial para gestantes
11.2	Anexo 2 –. Menú referencial para mujeres en periodo de lactancia.
11.3	Anexo 3.- Menú referencial para niñas y niños de 6 meses a 24 meses de edad
11.4	Anexo 4.- Menú referencial para niñas y niños de 2 a 6 años de edad
11.5	Anexo 5.- Ejemplo de una sesión de educación en la sala de espera
11.6	Anexo 6 -. Conversatorios individuales.....
11.7	Anexo 7 -. Conversatorios en el establecimiento de salud
11.8	Anexo 8.- Mensajes finales de las Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios (GABSA) para los 1000 primeros días de vida en Ecuador

Índice de Tabla

Tabla 1.	Pautas claves dentro de la consejería nutricional (CN)
Tabla 2.	Características de una consejería efectiva
Tabla 3.	Mensajes claves de consejería durante la gestación.....
Tabla 4.	Rango recomendable de ganancia de peso durante la gestación
Tabla 5.	Requerimientos adicionales de energía durante la gestación.....
Tabla 6.	Requerimientos de macronutrientes durante la gestación
Tabla 7.	Consejería en situaciones especiales durante la gestación.....
Tabla 8.	Beneficios de la lactancia materna en diferentes aspectos
Tabla 9.	Comparación entre los sucedáneos de leche materna, biberones y chupones con la lactancia materna.....
Tabla 10.	Mensajes claves de consejería nutricional durante la lactancia materna.....
Tabla 11.	Mensajes claves de consejería para una lactancia materna eficaz
Tabla 12.	Aspectos clave de la relactación
Tabla 13.	Gasto calórico de producción de leche en la madre en periodo de lactancia...
Tabla 14.	Requerimientos de energía de la madre en periodo de lactancia de acuerdo al estado nutricional.....
Tabla 15.	Requerimientos de macronutrientes durante el periodo de lactancia materna.
Tabla 16.	Situaciones especiales durante la lactancia materna
Tabla 17.	Creencias y mitos sobre la lactancia materna
Tabla 18.	Mensajes claves de consejería nutricional para niñas y niños menores de dos años de edad

Tabla 19. Consejería para la estimulación de la niña o niño durante la alimentación
Tabla 20. Recomendaciones de actividad física, tiempo en pantalla y horas de sueño para niñas y niños menores de 2 años de edad
Tabla 21. Texturas de los alimentos en la introducción de la alimentación complementaria
Tabla 22. Frecuencia, cantidad y consistencia en la alimentación complementaria
Tabla 23. Evaluación nutricional en la niña o niño menor de dos años de edad
Tabla 24. Requerimientos de energía para la niña o niño menor de dos años de edad ..
Tabla 25. Requerimientos de macronutrientes para niñas o niños menores de dos años de edad
Tabla 26. Situaciones especiales en la niña o niño menor de dos años de edad
Tabla 27. Mensajes claves de consejería nutricional para niñas y niños entre dos y seis años de edad
Tabla 28. Recomendaciones de actividad física, tiempo en pantalla y horas de sueño para niñas y niños entre dos y seis años de edad
Tabla 29. Requerimientos de energía para niñas y niños de dos a seis años de edad ...
Tabla 30. Requerimientos de macronutrientes para niñas y niños de dos a seis años de edad
Tabla 31. Ejemplo de una sesión de educación en la sala de espera
Tabla 32. Ejemplo de conversatorio individual
Tabla 33. Ejemplo de sesión de consejería en la consulta del establecimiento de salud ..

2 Presentación

La consejería nutricional a lo largo del ciclo de vida, con énfasis en los primeros años, constituye una intervención estratégica para la promoción de la salud pública en el Ecuador. Su alcance trasciende la simple transmisión de recomendaciones alimentarias, ya que se orienta a fortalecer conocimientos, habilidades y prácticas basadas en evidencia, promoviendo cambios sostenibles en los comportamientos alimentarios.

Asimismo, potencia la capacidad de las familias para tomar decisiones informadas en materia de alimentación y nutrición, contribuyendo a la generación de entornos saludables, protectores y socialmente sostenibles.

El Ministerio de Salud Pública pone a disposición de los profesionales de salud el “Manual de Consejería Nutricional para Niñas y Niños Menores de seis años, Gestantes y Mujeres en Período de Lactancia 2026”, como un instrumento técnico destinado a orientar la práctica de la consejería nutricional en los diferentes niveles de atención.

Este instrumento técnico se sustenta en evidencia científica actualizada y responde a las necesidades y realidades de la población ecuatoriana, fortaleciendo la práctica profesional y promoviendo intervenciones integrales, oportunas y culturalmente pertinentes que favorezcan la adopción de prácticas saludables y el bienestar individual, familiar y colectivo.

Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra
Ministro de Salud Pública

3 Introducción

La consejería nutricional es una intervención clave en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se fundamenta en el establecimiento de una relación profesional basada en la comunicación efectiva, la escucha activa y el respeto al contexto sociocultural de las personas y familias. Por una parte, busca favorecer la adopción de prácticas alimentarias y nutricionales saludables a nivel individual, familiar y comunitario; por otra, proporciona lineamientos que orientan la actuación del profesional de salud, fomentando intervenciones pertinentes, coherentes y ajustadas a las condiciones del entorno (1,2).

Una consejería sensible y eficaz puede apoyar a las madres que están considerando la lactancia o que ya amamantan, ayudándolas a superar los desafíos que enfrentan. Al destacar durante el asesoramiento que la lactancia materna brinda protección y consuelo, además de ser un alimento esencial, se facilita la identificación y el abordaje de las barreras específicas que experimenta cada madre (3).

Asimismo, las prácticas inadecuadas de cuidado y alimentación durante los primeros dos años de vida incrementan la prevalencia y el riesgo de desnutrición infantil y se asocian con mayores niveles de morbilidad y mortalidad en esta etapa. Estas situaciones no responden exclusivamente a la disponibilidad o diversidad de alimentos, sino también a causas subyacentes como condiciones socioeconómicas adversas, inseguridad alimentaria, limitado acceso a servicios de salud y protección social, entornos no favorables para la lactancia materna, brechas de información, prácticas de cuidado no óptimas y patrones socioculturales que influyen en la toma de decisiones, por lo cual se requieren intervenciones integrales y sostenidas de consejería nutricional que fortalezcan las capacidades de madres, padres y cuidadores para adoptar prácticas adecuadas de alimentación y cuidado del lactante y de la niña o niño menor de seis años (4).

La evidencia sobre consejería en lactancia materna demuestra que un acompañamiento materno adecuado puede mejorar los resultados del parto, el crecimiento y la salud desde el embarazo hasta los 18 meses posteriores.

En este contexto, la evidencia también respalda la importancia de fortalecer las competencias de los profesionales de la salud e integrar la consejería nutricional en la atención rutinaria para maximizar su impacto (6).

Por lo que resulta esencial fortalecer las competencias del personal sanitario, permitiendo brindar un cuidado de calidad e incorporando la consejería en salud como parte integral de los procesos de promoción de la salud y prevención de enfermedades (7).

El presente manual constituye un instrumento técnico fundamental para orientar y estandarizar la práctica profesional, contribuyendo al desarrollo de intervenciones más eficaces y oportunas que favorezcan la salud y el bienestar de la población. Con un abordaje integral, abarca desde la nutrición durante el embarazo y la lactancia hasta la alimentación de niñas y niños en sus primeros años de vida, así como la estructura ideal de una sesión de consejería para su aplicación por los profesionales de salud. Resalta la importancia de la nutrición en el crecimiento, el desarrollo y la prevención de enfermedades

y proporciona casos prácticos de consejería. Incluye estrategias de cambio de comportamiento basadas en la teoría del comportamiento y los principios de la educación de adultos, facilitando la adopción sostenible de hábitos alimentarios saludables.

4 Antecedentes y justificación

La Organización Mundial de la Salud, recomienda que las niñas y niños, sean amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida y después introducir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros, mientras se continúa con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más. Amamantar por seis meses o más se asocia con una reducción del 19% en el riesgo de leucemia en la niñez, comparado con no amamantar. Asimismo, la lactancia materna protege contra el síndrome de muerte súbita infantil; las niñas y niños, que son amamantados tienen un 60% menos riesgo de fallecer por esta causa, comparados con los que no son amamantados. Conjuntamente, la lactancia materna promueve el vínculo afectivo madre-hijo debido a que períodos más prolongados de lactancia materna se asocian con respuestas más sensibles de las madres y con una mayor sensación de seguridad emocional en la niña o niño (8).

Además de los beneficios para el lactante, la lactancia materna también protege a las madres; las mujeres que amamantan tienen un 32% menos de riesgo de tener diabetes tipo 2, un 26% menos de riesgo de tener cáncer de mama y un 37% menos riesgo de tener cáncer de ovarios, en comparación con aquellas mujeres que no amamantan o que amamantan menos (8).

La malnutrición continúa siendo la causa, directa del 60% de los 10,9 millones de defunciones a nivel mundial; registradas cada año entre las niñas y niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida (9).

Solo un 35% de los lactantes de todo el mundo, son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados. Las niñas y niños malnutridos que sobreviven presentan enfermedades recurrentes y sufren durante toda su vida las consecuencias del retraso de su desarrollo. Así mismo, el aumento de la incidencia del sobrepeso y la obesidad entre las niñas y niños es también motivo de gran preocupación, puesto que las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen una gran amenaza para el desarrollo social y económico, son uno de los obstáculos más graves a los que se enfrenta este grupo de edad para alcanzar y mantener la salud (8).

La lactancia materna tiene el potencial de prevenir más de 800,000 muertes infantiles. El impacto de la misma trasciende la salud física, ya que se asocia directamente con un mayor coeficiente intelectual, un mejor desempeño escolar y mayores ingresos en la vida adulta. Desde una perspectiva macroeconómica, el abandono de la práctica de lactancia materna representa pérdidas masivas para las naciones estimadas en cientos de miles de millones de dólares anuales, derivadas del deterioro cognitivo y del incremento de los costos en

salud por enfermedades crónicas (10).

El abandono de la lactancia materna está impulsado en gran medida por la industria de sucedáneos, lo cual ha generado una crisis de salud pública al desplazar la alimentación natural y favorecer una sindemia de malnutrición. Tal como advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los canales de entrada más influyentes es el vínculo de la industria con los profesionales de la salud, a quienes suele utilizar para legitimar sus productos o influir en las recomendaciones clínicas (11).

En Ecuador, los datos del año 2018 evidenciaron que la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad fue del 62,5% de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Sin embargo, según la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI), realizada entre los años 2022–2023, esta cifra se redujo al 51,2%, lo que representa una disminución de más del 10% en apenas cinco años (12,13). Resultados más recientes de la ENDI 2023–2024, reflejan un ligero aumento en la cobertura de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, alcanzando el 53,1%, mientras que la lactancia materna continua, en niñas y niños de 12 a 15 meses se mantiene en un 70% (14).

Estos patrones de promoción y recomendación no solo inciden en las tasas de lactancia materna en el país, sino que también condicionan las decisiones de padres y cuidadores, generando entornos alimentarios que pueden comprometer la calidad de la nutrición en los primeros años de vida, una etapa crítica para el crecimiento; En consecuencia, asociada a la persistencia de la desnutrición infantil como problemática nacional.

La Desnutrición Crónica Infantil (DCI), es uno de los principales problemas de salud pública del país, afectando al 19,3% de niñas y niños menores de dos años, lo que equivale a 1 de cada 5 infantes (14). En este grupo de edad, además, se registra una prevalencia de desnutrición global del 6,1% y aguda del 1,1%. En menores de 5 años, la situación nutricional también es preocupante: 17,5% de niños menores de 5 años presentan DCI, 4,9% desnutrición global, 0,7% desnutrición aguda (14).

Además de la desnutrición crónica infantil, el sobrepeso y la obesidad constituyen importantes desafíos para la salud pública mundial. Aproximadamente el 13 % de la población mundial vive con obesidad, cuya prevalencia se ha triplicado desde 1975. Esta condición se asocia con el desarrollo de múltiples complicaciones metabólicas, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2, que pueden disminuir la esperanza de vida entre 5 y 20 años e incrementar los costos de atención sanitaria (16).

En Ecuador, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) 2023–2024, la prevalencia de sobrepeso en niñas y niños menores de 5 años es del 4,0 %, mientras que la prevalencia de obesidad alcanza el 0,9 % (96).

Por otra parte, la Encuesta STEPS Ecuador 2018 reportó que el 94,6 % de la población adulta de 18 a 69 años consume menos de cinco porciones diarias de frutas y verduras; el 11,1 % consume frecuentemente alimentos procesados ricos en sal; el 7,8 % presenta glicemia alterada en ayunas; y el 34,7 % registra niveles elevados de colesterol total en

sangre (97).

En cuanto al impacto económico de la obesidad, en el año 2020, esta tuvo un coste de 1,96 billones de dólares a nivel mundial que aumentará a más de 4 billones de dólares en 2035, este impacto económico incluye tanto los costos de atención médica para el tratamiento de la obesidad y sus consecuencias, como el impacto de un IMC elevado en la productividad económica. Se estima que el impacto económico reducirá el PIB mundial en un 2,4 %, aumentando al 2,9 % para 2035 (16).

Este fenómeno, en conjunto con la desnutrición infantil en el país, reflejan una doble carga de malnutrición, a causa no solo de hábitos alimentarios inadecuados, sino también a causa de la falta de acceso a alimentos saludables y malas condiciones de inocuidad alimentaria. De igual manera, las estadísticas de anemia también son una preocupación significativa, afectando al 32% de los niños de 6 a 59 meses y al 36.9% de niñas/os de 6 a 23 meses de edad (14).

Así mismo, en la actualidad, se evidencia también la presencia de una triple carga de malnutrición, entendida como la coexistencia de distintas formas de alteraciones nutricionales: desnutrición (retraso del crecimiento y emaciación), deficiencias de micronutrientes (a menudo denominadas hambre oculta) y sobrepeso y obesidad. Estas problemáticas pueden presentarse de manera simultánea tanto en poblaciones de bajos ingresos como dentro de un mismo núcleo familiar.

La triple carga de malnutrición comparte diversos factores subyacentes, entre ellos la pobreza y el limitado acceso a alimentos nutritivos, el desconocimiento sobre hábitos alimentarios saludables y las deficiencias en los sistemas de producción y comercialización de alimentos, que favorecen el consumo de productos económicos de baja calidad nutricional. En conjunto, estos factores influyen en una causa inmediata común, la baja densidad de nutrientes en la alimentación.

Ante todas estas cifras, el Gobierno Nacional implementa la “Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil” (ENECSDI), con el objetivo de prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niñas y niños menores de 24 meses de edad, a través de la implementación del denominado “Paquete Priorizado” de bienes y servicios. Entre estos bienes y servicios se destaca las sesiones de consejería en educación prenatal en planificación familiar, lavado de manos, higiene alimentaria, alimentación saludable y agua segura. Al respecto, de acuerdo a los indicadores de consejería determinados como acciones para prevenir la desnutrición crónica infantil en el trimestre octubre/diciembre 2025. Se reportó que 186.131 cuidadores de niñas y niños entre 6 a 24 meses, recibieron consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria, de un total de 205.828 atendidos (17).

Estos avances evidencian el fortalecimiento de las estrategias de consejería implementadas en los diferentes niveles de atención del sistema de salud. En coherencia con este enfoque integral, el Ministerio de Salud Pública establece también la Normativa Sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud como Amigos de la Madre y del Niño, la cual se implementa en Ecuador como una

adaptación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y UNICEF, que procura la protección, apoyo y fomento de la lactancia materna tomando en cuenta la atención amigable a la madre (18).

Las acciones del Ministerio de Salud Pública se articulan tanto en el ámbito institucional como comunitario, fortaleciendo una red integral de promoción y apoyo a la lactancia materna. De esta manera, las estrategias implementadas en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención fomentan la participación activa de las familias y la comunidad como son los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM), promoviendo la consejería durante los primeros años de vida, las prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria. Los GALM están dirigidos a gestantes, madres, padres, cuidadores o familiares de niñas y niños menores de dos años de edad.

Asimismo, de acuerdo con las estadísticas nacionales, se evidencian importantes avances en la promoción y apoyo a la lactancia materna en el Ecuador, impulsados por las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) a nivel institucional y comunitario. No obstante, persisten desigualdades territoriales y brechas en la calidad de las intervenciones de consejería nutricional. En este contexto, se considera prioritaria la actualización del “Manual de Consejería Nutricional para el Crecimiento y Alimentación de Niños y Niñas Menores de Cinco Años y de Cinco a Nueve Años”, publicado en 2011, con el propósito de incorporar evidencia científica vigente y los enfoques intercultural y de equidad para orientar la prestación de una consejería nutricional integral, pertinente y de calidad dirigida a niñas y niños menores de seis años, gestantes y mujeres en período de lactancia.

5 Objetivo

5.1 Objetivo general

- Estandarizar los criterios técnicos para la consejería nutricional dirigida a niñas y niños menores de seis años, mujeres gestantes y mujeres en período de lactancia, mediante orientaciones basadas en evidencia científica que permitan promover prácticas adecuadas de alimentación y nutrición, de acuerdo con las necesidades individuales, familiares, culturales y sociales de la población.

5.2 Objetivos específicos

- Fortalecer las competencias técnicas de los profesionales de la salud en la comunicación efectiva, el acompañamiento y la educación nutricional, favoreciendo la adopción de hábitos alimentarios saludables por parte de las familias y las personas cuidadoras.
- Promover cambios positivos y sostenibles en las prácticas alimentarias de niñas y niños menores de seis años, gestantes y mujeres en periodo de lactancia.

6 Alcance

El presente manual es de cumplimiento obligatorio para los profesionales de la salud que brindan consejería nutricional, como médicos, obstetras, nutricionistas, enfermeras/ros, promotores de la salud, entre otros, de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y de la Red Pública Integral de Salud del Sistema Nacional de Salud de Primer Nivel de Atención.

7 Glosario de términos

Alimentación: es un proceso voluntario, por el que el individuo elige los alimentos que va a ingerir atendiendo a su disponibilidad, gustos, hábitos y necesidades. Depende de factores sociales, económicos, psicológicos y geográficos, aunque este último factor alcanza menor carácter diferenciador en el mundo desarrollado por la posibilidad de transportar en poco tiempo entre distintos continentes alimentos que pueden conservar sus características organolépticas y nutritivas (19).

Alimentación complementaria: el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales y calóricas de la niña o niño, por lo tanto, se necesitan otros alimentos complementarios a la leche materna (20).

Asesoría: la asesoría se define principalmente como el oficio o actividad técnica de asesorar (dar consejo o práctica técnica) (21).

Clasificación NOVA: sistema de clasificación de alimentos basado en el grado de procesamiento. Los alimentos se dividen en cuatro grupos: sin procesar o mínimamente procesados, ingredientes culinarios procesados, alimentos procesados y ultraprocesados (22).

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM): es un conjunto de recomendaciones dirigidas a regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas, con el objetivo de frenar la comercialización agresiva e indebida de sustitutos de la leche materna y proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios (23).

Conflicto de interés: situación en la que un individuo o una organización tiene intereses personales o financieros que podrían influir en su imparcialidad y objetividad en la toma de decisiones (24).

Consejería: se entiende como una estrategia dentro de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, orientada a generar un espacio de interacción entre el profesional de la salud y la persona. A través del diálogo y la comunicación, se busca acompañar al individuo en la mejora de su bienestar, al mismo tiempo que se optimiza la intervención del profesional, haciéndola más pertinente y efectiva (25).

Cuidado cariñoso y sensible: enfoque de crianza que se basa en responder de manera afectuosa y adecuada a las necesidades emocionales y físicas del niño, promoviendo un desarrollo saludable y un vínculo afectivo sólido. El cuidado cariñoso y sensible comprende cinco puntos que se relacionan entre sí que son buena salud, nutrición adecuada, seguridad y protección, atención receptiva y oportunidades para el

aprendizaje temprano (26).

Desnutrición aguda: estado de malnutrición caracterizado por una pérdida rápida de peso corporal y un deterioro severo en el estado nutricional, generalmente causado por una ingesta insuficiente de alimentos en un corto período. Este diagnóstico nutricional puede evidenciarse cuando la relación del peso para la talla en las curvas antropométricas se encuentra -2DE de la media (27).

Desnutrición crónica: condición de malnutrición prolongada que resulta en un crecimiento deficiente y retraso en el desarrollo, debido a una ingesta inadecuada de nutrientes durante un período extenso. Este diagnóstico nutricional puede evidenciarse cuando la relación de la talla para la edad en las curvas antropométricas se encuentra -2DE de la media (28).

Desnutrición global: término que abarca tanto la desnutrición aguda como la crónica, reflejando una combinación de deficiencias en el suministro de alimentos y nutrientes que afectan a una población en su totalidad. Este diagnóstico nutricional puede ser ambiguo, sin embargo, puede evidenciarse cuando la relación del peso para la talla en las curvas antropométricas se encuentra -2DE de la media (28).

Doble carga de la malnutrición: situación en la que coexisten simultáneamente altos niveles de desnutrición, obesidad y/o déficit de micronutrientes en una población, reflejando problemas tanto de carencia como de exceso de nutrientes (29).

Educación Alimentaria Nutricional: la educación alimentaria y nutricional consiste en estrategias educativas y actividades de aprendizaje que, respaldadas por un entorno alimentario saludable, ayudando a las personas y sus comunidades a mejorar su alimentación y elecciones alimentarias, así como a desarrollar su capacidad para adaptarse al cambio y actuar como agentes de cambio (20).

Hábitos alimentarios: primer aprendizaje social de los seres humanos quienes, desde su nacimiento y durante toda su vida, aprenden una serie de pautas determinantes en la elección y consumo de alimentos (19).

Leche materna: la leche humana es un líquido biológico complejo producido por las glándulas mamarias de las mujeres, diseñado para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Contiene una mezcla equilibrada de macronutrientes, como carbohidratos, grasas y proteínas, así como micronutrientes, hormonas y factores bioactivos que apoyan el crecimiento, el desarrollo y la salud de las niñas y niños. Además de sus propiedades nutritivas, la leche humana contribuye al desarrollo del sistema inmunológico del infante y puede influir en su desarrollo cognitivo y comportamental (30).

Micronutrientes: nutrientes esenciales necesarios en pequeñas cantidades para el funcionamiento adecuado del cuerpo, como vitaminas y minerales (31).

Nutrición: es el proceso por el cual el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias alimenticias, lo que permite el crecimiento, mantenimiento y reparación del organismo. A excepción de la ingesta del alimento, el resto del proceso es involuntario (32).

Obesidad: condición de exceso de grasa corporal que puede tener consecuencias negativas para la salud, generalmente medida por el índice de masa corporal (IMC) (28).

Relactación: es cuando la madre comienza a amamantar de nuevo y a producir leche después de haber suspendido la lactancia o haber disminuido la producción de leche. (95).

Responsividad: capacidad de un cuidador para reconocer y responder de manera adecuada a las señales y necesidades del niño, promoviendo el desarrollo emocional y físico de manera saludable (33).

Sobrepeso: estado en el que el peso corporal del individuo excede lo que se considera saludable para su altura, lo que puede tener implicaciones negativas para la salud (28).

Sucedáneos de la leche Materna: los sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes es cualquier producto lácteo (o que se pueda utilizar en sustitución de la leche materna) que se comercialice específicamente para alimentar a los lactantes y niños de hasta 3 años de edad, incluidos los preparados complementarios y las leches de crecimiento (23).

Ultraprocesados: son productos y preparaciones industriales comestibles que contienen ingredientes artificiales, aditivos y conservantes. Estos productos tienen un bajo valor nutricional, tienen concentraciones altas en azúcar, grasas y sal que tienen un efecto adictivo en el consumo (22).

8 Desarrollo

8.1 Consejería nutricional

La consejería nutricional constituye un pilar esencial para la promoción de la salud y la prevención de la malnutrición, al integrar un enfoque educativo, participativo y centrado en la persona. Su implementación debe garantizar una comunicación clara, pertinente y culturalmente adecuada, fortaleciendo la relación entre el profesional de salud que brinda consejería y la población.

A través de este proceso, se promueve la adopción de prácticas alimentarias saludables, se fortalecen las capacidades individuales y familiares y se contribuye a la toma de decisiones informadas en función del contexto y las necesidades de la población (1,34).

Tabla 1. Pautas claves para la consejería nutricional (CN)

¿Por qué es importante la consejería nutricional?
· Motiva a la población a adoptar hábitos alimentarios saludables. · Fortalece la educación alimentaria y nutricional desde un enfoque preventivo. · Detecta oportunamente riesgos nutricionales por déficit o exceso. · Orienta decisiones autónomas e informadas. · Reduce las brechas en el acceso a una alimentación equilibrada, completa y satisfactoria. · Brinda a los padres y cuidadores la información y las herramientas necesarias para ofrecer a las niñas y niños una dieta equilibrada y variada (35).

- Prevencción de deficiencias nutricionales por déficit o exceso, ayuda a identificar y abordar posibles deficiencias nutricionales en niñas y niños, gestantes y madres en periodo de lactancia. - Ayuda a la prevención de enfermedades crónicas en toda la familia por la adopción mejores hábitos alimentarios (36).
¿En qué temas se debe dar consejería nutricional a la población?
Elementos y prácticas alimentarias específicas que el profesional de la salud que brinda consejería nutricional identifique como pertinentes según el ciclo de vida, con énfasis en su aplicación en la vida cotidiana.
¿Cómo dar consejería nutricional a la población?
A través de métodos y estrategias que promuevan un aprendizaje activo y significativo, facilitando la comprensión de los contenidos y favoreciendo la participación, la reflexión y la aplicación de los conocimientos en su vida.
¿Qué personas dan consejería nutricional?
Personal educativo institucional y comunitario, profesionales de la salud que brindan consejería nutricional como médicos, obstetras, nutricionistas, enfermeras/ros, promotores de la salud, entre otros, pertenecientes a los establecimientos de salud que integran iniciativas vinculadas a la seguridad alimentaria y nutricional (37).
¿Hacia quién dirigir la consejería nutricional?
Hacia toda la población priorizando gestantes, madres lactantes, padres y cuidadores de niñas y niños.

Adaptado de: The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package (2024) (2).

Tabla 2. Características de una consejería efectiva

Característica	Identificador
Pertinencia	Considerar costumbres y recursos disponibles de las madres, gestantes, padres y cuidadores de niñas y niños, ajustando las recomendaciones a su realidad.
Claridad	Mediante un lenguaje sencillo, directo, culturalmente respetuoso, asegurando que la información sea fácil de entender.
Relevancia	Proporcionar información significativa, que responda a inquietudes y dudas de las madres, padres y cuidadores de niñas y niños.
Utilidad	Sugerir acciones prácticas que puedan integrarse en la rutina diaria.
Disposición para aplicarla	Fomentar la participación activa de las madres, gestantes, padres y cuidadores de niñas y niños, en la toma de decisiones, fortaleciendo su motivación y confianza.

Tomado de: Evaluación de las consejerías para la prevención de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador FLACSO/OPS (2023)(5).

8.2 Estructura de una sesión de consejería nutricional

La consejería nutricional debe desarrollarse mediante un abordaje estructurado, sistemático y centrado en la persona, que permita comprender de manera integral el contexto, las prácticas y los determinantes que influyen en la salud y la nutrición de gestantes, madres lactantes, padres y cuidadores. Este proceso orienta intervenciones pertinentes, participativas y culturalmente adecuadas, facilitando la adopción de cambios sostenibles en los comportamientos relacionados con la alimentación y el cuidado (2,34).

La estructura de la consejería se organiza en fases secuenciales e interrelacionadas, que permiten guiar al profesional de salud que brinda consejería desde la identificación de necesidades hasta el seguimiento de los cambios implementados.

8.2.1 Fase de identificación de necesidades

Esta fase comprende dos momentos complementarios: la identificación y la sensibilización.

Fase de identificación: en esta fase se debe realizar un diagnóstico integral de las necesidades del cuidador, madre, padre, gestante, puérpera o grupo, considerando hábitos alimentarios, creencias, condiciones socioeconómicas y contexto cultural. El profesional de salud reconoce y valora los saberes previos como base para la construcción de nuevos aprendizajes (1,38).

Fase de sensibilización: se debe promover la participación activa mediante discusiones guiadas, intercambio de experiencias y análisis de situaciones cotidianas, fortaleciendo el aprendizaje significativo y la relación de confianza (1,38).

8.2.2 Fase de motivación o construcción de capacidades

El objetivo de esta fase es promover la reflexión y fortalecer la motivación del individuo o del grupo. El énfasis se centra en profundizar en las razones que sustentan la necesidad de realizar cambios, promoviendo que las personas reconozcan y valoren los beneficios asociados a la mejora de su alimentación.

El profesional de la salud que brinda consejería nutricional debe utilizar estrategias educativas, ejemplos prácticos y evidencia contextualizada. De manera conjunta, se identifican barreras, facilitadores y se definen acciones orientadas a superar los obstáculos. Asimismo, se debe garantizar el uso de materiales educativos y metodologías participativas que favorezcan el aprendizaje activo (1,34).

8.2.3 Fase de acción

Esta fase se enfoca en la implementación de cambios, en la cual el profesional de salud, en conjunto con la persona que recibe consejería, planifica metas pequeñas y alcanzables, facilitando que madres, gestantes, padres o cuidadores desarrollen herramientas de autocontrol para manejar situaciones difíciles. En este punto, el profesional orienta y la persona adquiere conocimientos y habilidades que le permiten actuar en función de sus motivaciones. Es imperativo que el aprendizaje se base en las necesidades y el contexto de la persona (1,34,38).

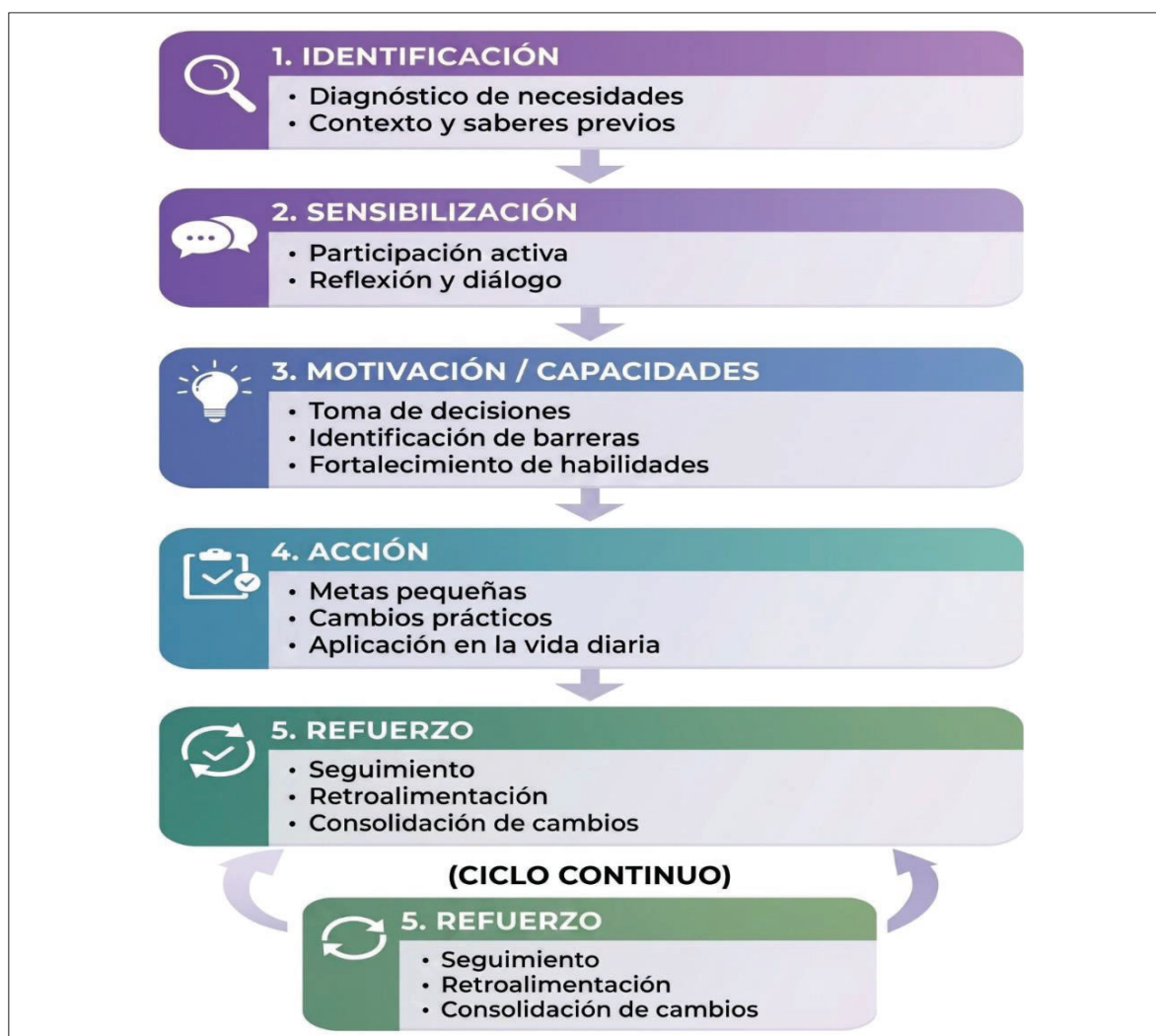
8.2.4 Fase de refuerzo

En esta fase se debe consolidar el aprendizaje mediante la verificación de la comprensión,

el refuerzo de mensajes clave y el seguimiento de los compromisos establecidos.

El profesional de salud que brinda consejería debe proporcionar retroalimentación continua y acompañamiento, especialmente en controles periódicos, para asegurar la sostenibilidad de los cambios (1,34).

Ilustración 1. Fases de la Consejería Nutricional.



Adaptado de: Educación alimentaria y nutricional en las escuelas (2022) y Nutritional food education: Strategies to improve adherence to a diet therapy plan (2022)(39,40).

8.3 Aspectos que se deben tomar en cuenta en la consejería nutricional (CN)

El profesional de salud que brinda consejería nutricional debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Escucha activa y cercana.
- Reconocimiento de los diferentes saberes y prácticas culturales.
- Construcción compartida de saberes, prácticas y soluciones.
- Valoración del conocimiento, la cultura y los grupos alimentarios que habitualmente son consumidos por la población.
- Comunicación dirigida a atender las necesidades de los usuarios o grupos.

- Formación de un vínculo entre el profesional de la salud y los usuarios.
- Búsqueda de soluciones contextualizadas, evitando recomendaciones unidireccionales.
- Valoración del nivel de aprendizaje al finalizar la consejería.
- Formación de grupos o redes para profesionales y para sectores involucrados, buscando intercambios de experiencias y discusiones (41).
- Enfatizar a madres, padres y cuidadores que las orientaciones relacionadas con alimentación, lactancia, suplementación, crecimiento y salud infantil deben provenir de profesionales de la salud capacitados, advertir sobre el riesgo de seguir recomendaciones difundidas en redes sociales, plataformas digitales o fuentes no oficiales, ya que pueden contener información errónea, desactualizada o no adecuada para la edad y condición de la niña o niño.
- Promover el pensamiento crítico de las madres, padres y cuidadores frente a la información disponible en internet.

8.4 Cambio de comportamiento

Las conductas o comportamientos son las principales causas de las enfermedades crónicas, que requieren de modificaciones que son más difíciles de lograr que la sensibilización y la adquisición de conocimientos. Los profesionales de la salud deben identificar los factores comunes que influyen en el cambio de comportamiento y analizar sus implicaciones para el diseño de intervenciones adecuadas. El deseo de cambio debe estar presente en las personas de manera consciente y voluntaria. Sin embargo, también es fundamental generar condiciones que faciliten la adopción de decisiones informadas y la incorporación de cambios positivos y sostenibles (42,43).

La percepción de los usuarios acerca de su vulnerabilidad al riesgo y de la gravedad de las consecuencias constituye un elemento clave para comprender la necesidad de adoptar nuevos comportamientos, considerando que las personas pueden encontrarse en patrones habituales difíciles de modificar y requieren apoyo práctico para lograr cambios sostenibles (42,43).

Es fundamental fomentar que las personas que reciben la consejería identifiquen y valoren los beneficios asociados a la adopción de comportamientos positivos en alimentación y nutrición, fortaleciendo su motivación y disposición al cambio (34,42,43).

La participación activa de los usuarios se asocia con mayores efectos en el cambio de comportamiento; por ello, las estrategias participativas, interactivas y centradas en la persona, así como la incorporación de enfoques de cambio de comportamiento, deben integrarse en todas las intervenciones orientadas a la adopción de prácticas saludables (38,42).

La población a menudo suele tomar decisiones a partir de percepciones, experiencias acumuladas y procesos de prueba, por ello es necesario comprender en profundidad los factores cognitivos, sociales y contextuales que influyen en la adopción de cambios, así como la forma en que las personas y las familias interpretan problemas específicos atajos mentales y pruebas de ensayo-error para tomar decisiones, por lo cual es necesario desarrollar un profundo conocimiento acerca de lo que motiva a la población y a las familias a cambiar y cómo perciben los problemas específicos (2).

8.5 Principios de la educación de adultos aplicados al cambio social y de comportamiento

La sesión de consejería nutricional se fundamenta en las teorías de cambio social y de comportamiento e incluye el establecimiento de metas, el reconocimiento de los esfuerzos y logros alcanzados, así como el seguimiento y acompañamiento, reconociendo que la nutrición adecuada no solo depende del acceso a alimentos, sino también en cambios positivos en las prácticas alimentarias en el hogar, la comunidad y otros determinantes sociales y ambientales tomando en cuenta la cultura alimentaria de las personas (2).

La educación de adultos en el contexto de la consejería nutricional se fundamenta en el respeto a la autonomía y experiencia previa del individuo, se enfoca en la relevancia y aplicabilidad de la información en contextos cotidianos, utilizando su experiencia de vida como punto de partida para el aprendizaje (42).

La participación activa del adulto o persona responsable es clave, fomentando la reflexión y la toma de decisiones informadas, la consejería aborda problemas de la vida real, como la planificación de comidas y la importancia de la lactancia materna, ofrece asesoría y retroalimentación continua para reforzar los cambios y promover la adopción de un estilo de vida más saludable (37).

8.6 Teoría del comportamiento

Los organismos internacionales como la OMS, la OPS y UNICEF, destacan que las intervenciones en nutrición deben incorporar un enfoque de cambio sostenible, no solo a nivel individual, sino también familiar y comunitario. El éxito de la consejería nutricional depende en gran medida de la capacidad de promover decisiones informadas, fortalecer habilidades prácticas y crear entornos que favorezcan la adopción de prácticas saludables (37).

Por lo cual dentro de la consejería se debe lograr:

- Fortalecer las capacidades de gestantes, mujeres en periodo de lactancia, padres y cuidadores para la toma de decisiones informadas, mediante la provisión de información clara, pertinente y contextualizada sobre alimentación y nutrición.
- Promover prácticas alimentarias adecuadas y culturalmente pertinentes, integrando el conocimiento propio con los saberes y tradiciones locales, en concordancia con el enfoque intercultural del modelo de atención.
- Facilitar la adopción de comportamientos saludables a través del desarrollo de habilidades prácticas, el acompañamiento continuo y la identificación de barreras y facilitadores en el entorno.
- Fomentar la participación comunitaria como un componente clave para la sostenibilidad de las intervenciones, promoviendo redes de apoyo y espacios de aprendizaje colectivo (1,38).

8.7 La importancia del lenguaje

El lenguaje claro y accesible es una herramienta clave en la consejería nutricional. Lograr una verdadera equidad exige transformar tanto las prácticas como el discurso profesional. Ya que la gestación, la lactancia y la infancia son vivencias diversas influenciadas por factores culturales, familiares, religiosos y personales, reconocer esta multiplicidad permite construir un acompañamiento más inclusivo, humano y adaptado a las necesidades de

cada familia. (43).

En cumplimiento de la normativa legal vigente, específicamente lo dispuesto en el Art. 5 del Acuerdo Ministerial 0082-2017, mediante el cual se expidió el “Reglamento para la Aplicación del Enfoque Intercultural en los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, en la Atención, Referencia, Derivación, Referencia Inversa y Contrarreferencia a Usuarios/Pacientes Provenientes de Comunidades de Difícil Acceso”, el profesional de la salud deberá considerar que, en los casos en que no sea posible establecer comunicación directa con usuarios o pacientes provenientes de comunidades de difícil acceso que no hablen castellano, será necesario gestionar la participación de un mediador cultural o intérprete. Esta labor podrá ser asumida por un familiar, un dirigente comunitario o en los casos en los que se cuente con un técnico de Atención Primaria en Salud (TAPS) que cuente con conocimientos de la lengua originaria, con el fin de asegurar una interacción clara, comprensible y culturalmente pertinente durante el proceso de atención, facilitando así la correcta transmisión de la información y la toma de decisiones informadas (44).

8.8 Consejería nutricional durante la gestación

El asesoramiento o consejería nutricional para gestantes consiste en brindar información y apoyo de forma directa o indirecta, para que las gestantes o sus familiares comprendan la importancia de llevar una alimentación nutritiva y equilibrada durante el embarazo. Su objetivo es motivar cambios positivos en los hábitos y actitudes, además de fomentar el consumo de alimentos fortificados y suplementos de vitaminas y minerales cuando sea necesario (45).

8.8.1 Mensajes claves de consejería durante la gestación

A continuación, se presentan los mensajes clave de consejería nutricional que el profesional de salud debe considerar en cada trimestre de la gestación. Una orientación adecuada busca promover el acceso oportuno a controles prenatales de calidad, fomentar el parto en los establecimientos de salud y fortalecer las prácticas adecuadas de cuidado y alimentación de la niña o niño después del nacimiento (45).

Tabla 3. Mensajes claves de consejería durante la gestación

Trimestre de gestación	Mensajes clave de consejería
Primer trimestre (0–12 sem)	· Iniciar temprano la suplementación con ácido fólico y hierro conforme indica la normativa vigente del MSP. Los suplementos de ácido fólico ayudan a prevenir la anemia y contribuyen al desarrollo saludable del cerebro y la columna vertebral de la niña o niño. Una gestante con anemia tiene un mayor riesgo de tener un parto prematuro o recién nacidos con bajo peso al nacer y un incremento del riesgo de malformaciones fetales (46). · De los primeros cambios que la gestante puede notar al iniciar la gestación, es el enlentecimiento de la digestión. Esto ocurre como resultado de que el alimento permanece más tiempo en el intestino para favorecer la absorción de nutrientes. · Al inicio de la gestación es importante considerar la presencia de náuseas y vómitos (emesis), por lo cual el profesional de salud debe indicar a la gestante fraccionar la alimentación y evitar el vacío estomacal, lo cual empeora los síntomas.

	· Preferir alimentos de fácil digestión como la papa o la yuca, evitar los fritos alimentos muy condimentados, tomar sorbos pequeños de agua durante el día o infusiones suaves como la manzanilla u orégano para evitar la deshidratación. · Considerar los riesgos de hiperémesis gravídica la cual es una forma grave de náuseas persistentes y puede llevar a la pérdida de peso significativa en la gestante. En este caso, el profesional de salud debe recomendar una hidratación adecuada y si la alimentación oral no es viable se debe considerar nutrición enteral, así mismo debido a la baja ingesta dietética, muchas gestantes con hiperémesis requieren suplementación de micronutrientes. Los nutrientes clave en este caso incluyen tiamina, vitamina B1, hierro, calcio, magnesio, vitamina D, Omega 3 y yodo (47). · En general si la gestante es saludable, la cantidad de proteínas, grasas e hidratos de carbono que se recomienda ingerir no sufre cambios de la dieta normal. Por lo tanto, es necesario que el profesional de salud que brinda consejería pueda recomendar calidad de alimentos en la dieta sobre cantidad; no es necesario comer por dos. · Orientar a la gestante en la importancia de la nutrición durante el primer trimestre para el neurodesarrollo fetal enfocándose en la calidad, variedad y naturalidad de los alimentos, evitando restricciones o excesos innecesarios; promoviendo preparaciones libres y basadas en productos locales y de temporada (48). · Utilizar como herramienta el modelo de la cuchara saludable y las GABAS para prevenir patologías crónicas no transmisibles y proteger la salud integral de la gestante.
Segundo trimestre (13–26 sem)	· Incremento calórico moderado o aporte extra de los alimentos: suele ser alrededor de 340 kcal/días adicionales. · Consumir proteínas: añadir huevos, carne, pollo, cuy, conejo, pescado, chontacuro, garbanzo, frejol, lenteja. · Mantener una suplementación con hierro conforme a la normativa vigente del MSP en pacientes con IMC normal. · Reforzar el aporte de calcio y ácido fólico con el consumo de alimentos como: leche, queso, yogurt, quesillo. A su vez el consumo de remolacha, aguacate, huevo, o frutas como plátano y mandarina, verduras de hojas verde, alimentos fuente de ácido fólico (49). · Consumir frutas y verduras con frecuencia para ayudar a reducir el riesgo de estreñimiento. · Cuando la gestante tome sus suplementos de ácido fólico y hierro, hacerlo de preferencia con un vaso de limonada o jugo de naranja para mejorar su absorción o a su vez con cualquier líquido (50). · Es importante que en este trimestre se inicie con las sesiones de orientación para el inicio de la lactancia materna.

	Orientar a la gestante para que comprenda los cambios físicos del segundo trimestre, como el desarrollo de las mamas, el aumento de peso y el inicio de la producción de leche materna, aclarando que no es necesario realizar prácticas como manipular el pezón en casos de pezón plano o invertido, para favorecer un buen inicio de la lactancia materna.
Tercer trimestre (27–40 sem)	- En esta etapa aumenta la necesidad de energía en aproximadamente 450 kcal/día, por lo que es importante consumir alimentos nutritivos y variados que aporten esa energía extra, como cereales o granos, frutas, lácteos, frutos secos y proteínas. - Enfatizar el consumo de hierro, calcio y grasas saludables a través de alimentos como pescado, aguacate, leguminosas. - El profesional de la salud debe brindar orientación acorde a la disponibilidad de alimentos en la localidad y conforme al contexto cultural. - Reforzar la preparación para lactancia materna y su importancia, así como la alimentación posparto. - Repartir las comidas de manera equilibrada en el día para prevenir reflujo/acidez. - Continuar con los controles nutricionales periódicos (41,45,51). - El profesional de salud debe considerar incluir al momento de brindar consejería a la familia, al padre y a la red de apoyo de la gestante, sobre la importancia de la lactancia materna, los comportamientos normales del recién nacido y el uso innecesario de fórmulas infantiles.
Mensajes claves durante todo el periodo de gestación	
	- Considerar actividad física de bajo impacto en la rutina diaria, se debe incluir actividades como caminar o bailar. Siempre y cuando no exista riesgo. Reducir el tiempo sedentario ya sea frente a una pantalla o sentada. - Limitar el consumo de cafeína a ≤ 200 mg por día (aprox. una taza de café por día). Esta cantidad no se asocia con riesgos a la salud del feto. Sin embargo, un consumo más alto de cafeína puede causar bajo peso al nacer u otras complicaciones, por lo que se debe evitar consumir bebidas con concentraciones altas de cafeína como energizantes durante la gestación. - Evitar el consumo de pescados con alto contenido de mercurio (picudo, atún rojo, tiburón, enlatados), orientar a las gestantes a evitar el atún rojo, el cual puede causar desprendimiento placentario y puede afectar el desarrollo neurológico del feto, en su lugar, es recomendable elegir pescados como: tilapia, trucha, bacalao, pargo, lenguado etc. Se puede consumir hasta unas 2–3 porciones por semana, obteniendo así los beneficios nutricionales del pescado sin el riesgo por mercurio. - Durante la gestación, se recomienda la ingesta de productos lácteos pasteurizados como fuente importante de calcio. En aquellos casos en los que no se consuman lácteos, es necesario identificar y promover alternativas de alimentos fuentes de calcio. Esta consideración resulta especialmente importante en poblaciones cuyas prácticas culturales limitan el consumo de lácteos durante la gestación. Entre estas opciones se encuentran: hojas de yuca, semillas, almendras, hojas de nabo, berros, entre otros productos accesibles para

comunidades indígenas. Las recomendaciones nutricionales deben ajustarse de manera respetuosa a los hábitos y contextos socioculturales locales (52).

- Además, es fundamental promover un consumo adecuado de frutas y vegetales, priorizando, cuando sea posible, los vegetales en su forma cruda, como ensaladas, para preservar mejor sus nutrientes. Estos alimentos se caracterizan por su bajo aporte energético, debido a que aproximadamente el 80 % de su composición es agua y constituyen una fuente importante de vitaminas A y C, ácido fólico, betacarotenos y otros carotenoides. Así como de flavonoides, compuestos fenólicos, fibra dietética, nutrientes esenciales para la salud materna y el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña o niño (53). Además, así como las verduras, contienen fibra y compuestos fitoquímicos como flavonoides y selenio que contribuyen a una alimentación equilibrada y favorecen efectos protectores para la salud materna e infantil.
- Es importante, además, que el profesional de salud brinde consejería nutricional sobre la importancia del consumo adecuado de ácidos grasos omega-3, especialmente EPA y DHA, durante el embarazo, debido a sus beneficios en la reducción del riesgo de parto pretérmino, la mejora del desarrollo neurológico y visual del feto. Asimismo, debe orientar a la gestante sobre las principales fuentes alimentarias de estos nutrientes, promoviendo el consumo de pescados como atún, sardina, albacora, corvina y trucha, además de alimentos de origen vegetal como chía, linaza, nueces y quinua, que aportan precursores de omega-3. Se debe considerar que los requerimientos de DHA aumentan progresivamente a lo largo de la gestación, siendo el tercer trimestre el periodo de mayor demanda debido a la rápida acumulación de este ácido graso en el cerebro fetal. Se recomienda una ingesta aproximada de 250–500 mg/día de EPA + DHA, asegurando al menos 200 mg/día de DHA (54,55).

EVITAR

- En el caso de alimentos ultraprocesados resulta preocupante, ya que estos productos, son diseñados para ser altamente palatables y de bajo costo, tienden a desplazar alimentos frescos y nutritivos; esenciales para cubrir los requerimientos aumentados en estas etapas. Esta sustitución puede comprometer la calidad de la dieta materna, afectando no solo la salud de la gestante sino también el adecuado desarrollo fetal y la composición nutricional de la leche materna. Asimismo, la alta disponibilidad y promoción de estos productos, impulsada por intereses comerciales, influye en las decisiones alimentarias, dificultando la adopción de patrones dietéticos saludables (56).
Entre estos productos se encuentran los cereales de desayuno azucarados, productos salados de paquete (como papas fritas, chifles o bocaditos de maíz), embutidos, salsas industrializadas y productos de pastelería empacados, como pasteles, donas y galletas.
- Asimismo, se debe reducir el consumo de azúcares añadidos y edulcorantes artificiales. Un exceso de azúcares simples en los alimentos puede llevar a un aumento excesivo de peso durante la gestación, generando complicaciones durante el parto. Se debe orientar a evitar productos como galletas, dulces, productos de bollería, bebidas azucaradas y gaseosas los cuales también son ultraprocesados y alto contenido de azúcares simples y aditivos. La Organización Mundial de la Salud recomienda limitar los azúcares libres a menos del 10% de la ingesta total de calorías diarias (idealmente por debajo del 5% del valor calórico total (57,58).
- En referencia a los edulcorantes no calóricos, aunque se encuentran aprobados por los organismos de regulación, es recomendable que durante la gestación se eviten productos artificiales. Existe evidencia que sugieren efectos adversos al consumo de edulcorantes por lo que se aconseja moderar tanto el azúcar añadido como los edulcorantes durante la gestación (59).
- No consumir bebidas alcohólicas entre ellas la cerveza, vino y otras. Evitar también el consumo de tabaco, el uso de vapeadores y la exposición al humo.

Adaptado de: Alimentación durante el embarazo (2023)

8.8.2 Evaluación nutricional durante el periodo de gestación

La evaluación nutricional durante la gestación constituye un componente esencial de la atención integral en salud, debido a su impacto directo en el estado de salud de la gestante y en el adecuado crecimiento y desarrollo fetal. Este proceso debe realizarse de manera sistemática, considerando el estado nutricional previo al embarazo, la evolución de la ganancia de peso y los requerimientos nutricionales específicos según el trimestre gestacional (60).

Una adecuada evaluación permite identificar oportunamente riesgos nutricionales, orientar intervenciones pertinentes y promover prácticas alimentarias que contribuyan a resultados maternos favorables.

8.8.2.1 Ganancia de peso durante la gestación

En la siguiente tabla se presenta la evaluación de la ganancia de peso en la gestante, según el trimestre del embarazo y el índice de masa corporal (IMC) preconcepcional. La ganancia de peso gestacional es un indicador clave del estado nutricional materno y debe ser monitoreada de forma continua durante el control prenatal.

Es importante considerar que los requerimientos energéticos se incrementan principalmente a partir del segundo trimestre; por lo tanto, la valoración debe realizarse en función de la edad gestacional, utilizando como referencia el IMC previo al embarazo o, en su defecto, el correspondiente al primer trimestre (60,61).

Tabla 4. Rango recomendable de ganancia de peso durante la gestación

Embarazo único			
Clasificación	IMC preconcepcional (kg/m ²)	Velocidad promedio en el segundo y tercer trimestre	Ganancia total recomendada
Bajo peso	< 18,5	0,51 kg/semana (0,44–0,58)	12,5–18 kg
Peso normal	18,5–24,9	0,42 kg/semana (0,35–0,50)	11,5–16 kg
Sobrepeso	25,0–29,9	0,28 kg/semana (0,23–0,33)	7–11,5 kg
Obesidad	≥ 30,0	0,22 kg/semana (0,17–0,27)	5–9 kg

Embarazo gemelar		
Clasificación	IMC preconcepcional (kg/m ²)	Ganancia total recomendada
Peso normal	18,5–24,9	17–25 kg
Sobrepeso	25,0–29,9	14–23 kg
Obesidad	≥ 30,0	11–19 kg

Tomado de: Alimentación y Nutrición de la Mujer gestante y de la madre en periodo de la lactancia (2014). (GPC)(62).

8.8.2.2 Requerimientos de energía durante la gestación

Los requerimientos energéticos durante la gestación varían según el estado nutricional previo al embarazo y el trimestre gestacional, debido a las demandas fisiológicas asociadas al crecimiento fetal, los cambios en la composición corporal materna y el aumento del gasto metabólico (60).

La siguiente tabla presenta el incremento estimado de energía requerido en cada trimestre, lo cual permite orientar la consejería nutricional y ajustar la ingesta de manera

individualizada.

Tabla 5. Requerimientos adicionales de energía durante la gestación

Peso preconcepcional	1.° trimestre	2.° trimestre	3.° trimestre
Bajo peso	150 kcal/adicionales	200 kcal/ adicionales	300 kcal/ adicionales
Normo peso	----	350 kcal/ adicionales	450 kcal/ adicionales
Sobrepeso y obesidad	----	350 kcal/ adicionales	350 kcal/ adicionales

Tomado de: Alimentación y Nutrición de la Mujer gestante y de la madre en periodo de la lactancia (2014). (GPC)(62).

8.8.2.3 Requerimientos de macronutrientes en la gestación

Durante la gestación, el adecuado consumo de macronutrientes resulta fundamental para cubrir las necesidades energéticas y favorecer el desarrollo óptimo del feto. La distribución equilibrada de proteínas, grasas y carbohidratos, junto con una ingesta suficiente de fibra, contribuye al mantenimiento de la salud materna y a la prevención de complicaciones nutricionales (60,64).

En la siguiente tabla se detallan los requerimientos de macronutrientes durante la gestación, así como sus principales fuentes alimentarias, con el fin de orientar prácticas alimentarias saludables y culturalmente pertinentes.

Tabla 6. Requerimientos de macronutrientes durante la gestación

Macronutriente	Requerimiento durante la gestación	Fuentes
Proteína	1,1 g/kg/día o +25 g/día respecto a dieta habitual).	Carnes magras (pollo, res, pescado, cuy, conejo), huevo, leche, yogur, quesillo queso, leguminosas (lentejas, arveja, fréjol, garbanzos), quinua y frutos secos.
Grasas	25–35 % de la energía total.	Aceites vegetales (girasol, oliva, sachá inchi) y grasas saludables aguacate, frutos secos y semillas, chía, linaza, chontacuro, pepas de zambo.
Carbohidratos	45–65 % de la energía total diaria.	Cereales como: avena, arroz, quinua, amaranto y tubérculos como papa, camote, yuca, proporcionan energía durante la gestación.
Fibra	≥ 28 g/día.	Frutas con cáscara como la manzana, durazno, o a su vez frutas como kiwi, piña, verduras espinaca, apio, lechuga, tomate, cereales integrales, granos como garbanzo, fréjol frutos secos y semillas.

Otros:	---	Evitar consumir productos con alto contenido de grasa, sodio y azúcar como son: papas fritas, galletas de bolsa, jugos embotellados o envasados. Es importante educar en la importancia de la semaforización presente en las etiquetas de alimentos. Evitar sabores intensos y picantes, productos ultraprocesados o empacados con alto contenido de preservantes.
Micronutrientes	---	Considerar el cumplimiento de la normativa vigente que norma la administración de micronutrientes. Los principales micronutrientes en el periodo de gestación son: Hierro que se puede encontrar en alimentos como: vísceras, hígado, carnes rojas, lenteja, fréjol, espinaca y quinua. Ácido fólico que se puede encontrar en alimentos como: verduras de hojas verdes espinaca, brócoli, aguacate y algunos granos como la lenteja y el maíz. Calcio que se puede encontrar en alimentos como: leche, queso, yogur, sardina, chocho. Yodo que se puede encontrar en sal yodada y pescados pequeños de mar.

Adaptado de: Alimentación durante el embarazo 2023.

8.8.3 Situaciones especiales durante la gestación

Durante la gestación, las mujeres pueden presentar diversas condiciones que afectan su estado nutricional y su capacidad de mantener una ingesta adecuada, tales como náuseas, vómitos, acidez, estreñimiento o anemia. Esto se relaciona con los cambios fisiológicos, hormonales y metabólicos propios del embarazo (60).

Es fundamental que el profesional de salud diagnostique la existencia de alguna patología, así como también brinde la consejería nutricional específica a cada caso clínico, orientada a prevenir complicaciones mediante una adecuada ingesta de nutrientes en la gestante.

Tabla 7. Consejería en situaciones especiales durante la gestación

Condición	Impacto nutricional	Causa probable	Pautas de consejería para tomar en cuenta
Acidez gástrica y reflujo gastroesofágico	Reducir la ingesta y consumo de alimentos debido a las molestias digestivas, lo que puede afectar el desarrollo del feto y causar deficiencias nutricionales.	Presión uterina y cambios hormonales, que generan mayor producción de progesterona, causando relajación de esfínteres.	. Evitar estrés o tensión al comer. . Disminuir los jugos o líquidos durante las comidas principales. . Evitar alimentos picantes o

			muy condimentados. · Evitar acostarse justo después de comer. · Evitar usar ropa ajustada o apretada en la gestante. · Comer porciones más pequeñas y fraccionar la alimentación en 4 o 5 comidas. · Evitar el consumo de café, bebidas con gas.
Náuseas y vómitos	Puede reducir el apetito de la gestante y puede producir riesgo de deshidratación.	Cambios hormonales, como el rápido aumento de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) y los niveles de estrógeno.	· Comer despacio y masticar bien los alimentos. · Comer porciones más pequeñas y fraccionar la alimentación en 4 o 5 comidas. · Reducir las comidas altas en grasas. · Evitar alimentos grasos, fritos, picantes, muy condimentados o con olores fuertes, ya que ralentizan la digestión y pueden empeorar los síntomas.
Estreñimiento	Malestar gastrointestinal que puede causar pesadez, gases hinchazón riesgo de hemorroides, afectando el apetito de la gestante.	Los cambios hormonales como la presencia de la hormona progesterona disminuyen la motilidad y el tránsito intestinal haciéndolo más lento.	· Consumir mayor cantidad de fibra en la dieta (Avena, chía, granos). · Realizar ejercicio físico para aumentar los movimientos intestinales, nadar o caminar 30 minutos 3 veces por semana puede ayudar a la digestión siempre y cuando el profesional de salud así lo indique. · Beber constantemente agua o mantener la hidratación para favorecer el tránsito intestinal.
Diabetes gestacional (DG)	Las gestantes con DG tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida, especialmente cuando hay un aumento	Causada por un aumento de los niveles de glucosa (azúcar) en sangre por encima de los niveles normales, que	· Evitar dietas excesivamente restrictivas. · Adaptar la dieta de la gestante a las necesidades nutricionales y al estilo de

	de peso posparto, por lo cual la alimentación de una gestante que presenta diabetes gestacional debe ser normocalórica y evitar restricciones excesivas.	no presentaba antes de la gestación.	vida y cultural de la zona. · Preferiblemente proporcionar la alimentación con hidratos de carbono de absorción lenta (40-50%), proteínas (20%) y grasas saludables (30-40%) o 3 comidas principales diarias y al menos 1 refrigerio para evitar hipoglucemias en ayunas e hiperglucemias postprandiales (post comidas) de acuerdo al aporte calórico total (Tabla 4 y 5). · Realizar actividad física ligera acompañado de una correcta hidratación. · Evitar el consumo de azúcares simples, comidas altas en grasas, bollería, pastelería.
Hipertensión	Puede llevar a complicaciones durante el embarazo como la preeclampsia, o desprendimiento de la placenta, lesión renal aguda, hemorragia cerebral, edema pulmonar.	Factores genéticos, sobrepeso y una dieta alta en sodio pueden contribuir a la hipertensión durante la gestación.	· Incorporar grasas saludables, aguacates, nueces, aceite de oliva, evitar ultraprocesados; recomendar realizar actividad física de bajo impacto, así como monitorear los niveles de lípidos en sangre. · Para la hipertensión gestacional y preeclampsia, existe falta de evidencia científica que respalde que la reducción de sal en la dieta ayude en la prevención y el tratamiento de estas afecciones. Por lo tanto, las pautas actuales no recomiendan una restricción de excesiva de sodio durante la gestación para prevenir la hipertensión gestacional y el desarrollo de preeclampsia.
Preeclampsia	Elevación anormal de enzimas hepáticas, riesgo de Insuficiencia renal progresiva, afectación neuronal,	Causa multifactorial, sobrepeso, antecedentes de síndrome metabólico, índice de masa	· Limitar el consumo de sodio en la dieta. · Objetivo diario: que la sal total del día no pase de 1

	mortalidad materna.	corporal (IMC) elevado antes del embarazo, patologías preexistentes.	cucharadita rasa (5–6 g). Para lograrlo: no usar salero en la mesa, medir la sal al cocinar y elegir productos con bajo sodio en la etiqueta. · Evitar el consumo de azúcares simples, comidas altas en grasas. · Aumentar el consumo de frutas, verduras y fuentes de fibra en la dieta como la quinua, avena.
Depresión	Ansiedad, estrés, preocupación, que puede influir en el apetito y las ganas de comer de la gestante.	La depresión antes o después del parto no tiene una sola causa.	· Durante la consejería, el profesional de salud debe evaluar el estado de ánimo de la gestante mediante preguntas abiertas, observación del lenguaje verbal y no verbal (irritabilidad, ansiedad, pérdida de interés, tristeza, otros). · En caso de evidenciar signos de alerta, se recomienda la derivación o articulación con un profesional de salud mental, contando con el consentimiento de la gestante. Asimismo, cuando sea pertinente y acorde a sus creencias, se sugiere integrar recursos de la medicina etnocultural, articulando con hombres o mujeres de sabiduría de la comunidad, en el marco de un abordaje intercultural para su acompañamiento integral. · La lactancia materna favorece el bienestar emocional de la madre durante el puerperio, debido a la liberación de hormonas como la oxitocina y la prolactina, las cuales contribuyen a disminuir el estrés y fortalecer el vínculo materno-infantil. Este proceso apoya la estabilidad emocional y la

			recuperación integral de la madre. · Así mismo, ayudar a incorporar una dieta equilibrada con ácidos grasos omega-3(atún, albacora, picudo), vitaminas de complejo B (carne de res, hígado, pollo, huevos) y vitamina D (queso, yema de huevo, atún, leches). Estos alimentos, pueden ayudar a corregir hábitos alimenticios que empeoran los síntomas, la reducción de la cafeína y mejorar el sueño pueden ayudar a controlar el factor emocional.
--	--	--	--

Adaptado de: Guía De Maternidad y Primera Infancia- de la Concepción a los 5 Años (2017) y Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: nutritional interventions update. Geneva: WHO (2020)(34,60).

8.9 Consejería nutricional para mujeres en periodo de lactancia

La lactancia materna constituye un componente esencial en la promoción de la salud infantil, al representar una fase crítica para establecer patrones alimentarios adecuados que favorezcan el desarrollo físico, inmunológico y emocional del lactante. Sin embargo, la alimentación de la mujer durante el periodo de lactancia adquiere igual relevancia, dado que incide directamente en su estado nutricional, así como en la composición y disponibilidad de la leche materna.

La consejería nutricional debe integrar orientaciones nutricionales específicas considerando los requerimientos energéticos y de micronutrientes que aumentan durante esta etapa. El profesional de la salud debe brindar orientaciones prácticas que favorecen una alimentación balanceada, variada, culturalmente pertinente, resaltando y diferenciando a la leche materna de las fórmulas infantiles, enfatizando que contribuyen al bienestar integral de la madre y del lactante (41).

8.9.1 Ventajas de la lactancia materna en diferentes aspectos

Los principales beneficios de la lactancia materna para la madre, la niña o niño y la familia abarcan aspectos nutricionales, inmunológicos, emocionales y económicos, destacando su papel en la salud integral.

Tabla 8. Beneficios de la lactancia materna en diferentes aspectos

Ventajas de la lactancia materna para la madre	Ventajas de la lactancia materna para la niña o niño	Ventajas de la lactancia materna para la familia
- Facilita la expulsión rápida y completa de la placenta. - Reduce el riesgo de hemorragia posparto. - Acelera la recuperación del tamaño uterino a su estado normal. - Disminuye el riesgo de anemia posparto. - Contribuye a una producción de leche más rápida y sin complicaciones. - Reduce la congestión de los senos en los primeros días tras el parto. - Disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama y de ovario. - Durante los primeros seis meses, si la madre no ha retomado su menstruación y mantiene una lactancia exclusiva (día y noche), puede existir menor probabilidad de un nuevo embarazo.	- El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita para que el cerebro se desarrolle adecuadamente. Así como compuestos bioactivos como células madre, leucocito y oligosacáridos ausentes en las fórmulas lácteas. - La leche de la madre favorece la digestión de la niña o niño, protegiéndolos contra las diarreas. - La leche materna protege a la niña o niño contra: - Deshidratación. - Infecciones respiratorias (bronquitis y la neumonía). - Estreñimiento. - Cólicos, alergias alimentarias. - Enfermedades de la piel (sarpullido, sarampión). - Obesidad, diabetes en el futuro. - Deficiencia de micronutrientes. - La lactancia materna se asocia con el desarrollo cognitivo a largo plazo y el coeficiente intelectual.	- Fortalece el vínculo afectivo entre madre-hijo gracias al contacto frecuente y la cercanía física. - Evita la necesidad de preparar fórmulas, lavar biberones o esterilizar chupones. - Reduce el riesgo de infecciones relacionadas con utensilios mal higienizados. - Representa un ahorro económico al no requerir fórmulas lácteas para su preparación. - Otros integrantes de la familia aprenden lo importante de la lactancia materna y sus beneficios.

Adaptado de: Facilitator Guide The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package (2024)(34,38,65).

Adicionalmente, la leche materna no genera efectos negativos sobre el medio ambiente, por el contrario, la producción de fórmulas infantiles requiere procesos industriales a gran escala que generan residuos plásticos y otros desechos, además de contribuir al deterioro del suelo y las fuentes de agua (66).

8.9.2 Sucedáneos de leche materna

Los sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes es cualquier producto lácteo (o que se pueda utilizar en sustitución de la leche) que se comercialice específicamente para alimentar a los lactantes niñas o niños de hasta 3 años de edad, incluidos los preparados complementarios y las leches de crecimiento (23).

A continuación, se compara la leche materna y los sucedáneos de leche materna, biberones y utensilios resaltando sus diferencias en composición, inocuidad e impacto en la salud del lactante, lo que permite evidenciar las ventajas de la lactancia materna.

Tabla 9. Comparación entre los sucedáneos de leche materna, biberones y chupones con la lactancia materna

Leche materna	Sucedáneos de leche materna
No requiere de agua para su preparación y consumo.	Puede generar mayor riesgo de infecciones gastrointestinales debido al empleo de agua no segura para consumo humano durante su preparación. Existe el riesgo de una higiene inadecuada de los biberones y utensilios para su preparación, por lo que, en la mayoría de casos requiere un esterilizador para asegurar una adecuada higiene, causando diarreas y deshidratación que a largo plazo desencadenan un cuadro de desnutrición u otras complicaciones.
La leche materna extraída puede conservarse de forma segura en refrigeración durante un máximo de 12 horas, a una temperatura de hasta 5 °C; o en congelación durante un máximo de 15 días, a una temperatura inferior a -3 °C.	Los excedentes de los sucedáneos de leche materna no son seguros almacenarlos por lo que pueden conllevar un riesgo de contaminación.
Contiene compuestos inmunológicos y bio activos como lactoferrina, α -lactoalbúmina que actúan como factor protector frente a infecciones.	No contiene anticuerpos por lo tanto estas no pueden proporcionar a la niña o niño el mismo nivel de inmunidad contra infecciones y enfermedades que la leche materna.
La leche materna siempre está disponible no requiere insumos, además, se encuentra a la temperatura adecuada para el lactante.	El agua requiere ser calentada o hervida para uso del lactante.
Incluye células, agentes antiinfecciosos, Función antimicrobiana, activación de la fagocitosis (IgG1); y respuesta a alérgenos (IgG4).	Existen mayores riesgos de alergias alimentarias, gases, estreñimiento en la niña o niño.
Contiene adiponectina la cual mejora la sensibilidad a la insulina, está relacionada con la reducción del IMC y del peso del lactante.	Puede causar mayor riesgo de sobrepeso en el lactante. Los sucedáneos de leche materna pueden inducir a niveles más altos de insulina en plasma, lo que aumenta el almacenamiento de grasa y estimula un desarrollo excesivo temprano del adipocito.

Mayor biodisponibilidad para la absorción de hierro	Aunque la leche materna contiene menor cantidad de hierro en comparación con los sucedáneos de leche materna, este mineral presenta una mayor biodisponibilidad y absorción en el organismo del lactante. Esto se debe a su asociación con proteínas como la lactoferrina, que facilitan la absorción intestinal del hierro y contribuyen a su adecuado aprovechamiento. En contraste, el hierro añadido en las fórmulas infantiles, generalmente en forma no hemo, posee menor absorción, razón por la cual estos productos requieren concentraciones más elevadas para cubrir las necesidades nutricionales del niño.
La leche materna se adapta a las necesidades del lactante. Se compone de proteínas de alto valor biológico, mediante la acción de la eritropoyetina favorece el desarrollo y protección del aparato digestivo y intestinos del lactante. Así mismo, la leche materna posee una mayor biodisponibilidad a los nutrientes que las fórmulas infantiles, lo que significa que sus componentes se absorben de manera más eficiente que las fórmulas infantiles.	Las fórmulas infantiles se comercializan bajo el argumento de que contienen una mayor cantidad de nutrientes que la leche materna; sin embargo, presentan una menor biodisponibilidad, es decir, una capacidad reducida de absorción intestinal. Los sucedáneos de leche materna no responden a las necesidades individuales de cada niña o niño debido a que son fórmulas estandarizadas.

Adaptado de: Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: nutritional interventions update (2021) y Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (2017)(23,60,67).

8.9.2.1 Condiciones para el uso de sucedáneos de leche materna

El personal de salud debe salvaguardar el bienestar de la población infantil, promoviendo activamente la lactancia materna como práctica fundamental para su desarrollo integral, fomentando su protección y evitando el uso innecesario de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y la administración de líquidos distintos a la leche materna tales como agua, soluciones de glucosa, u otros sustitutos que puedan reemplazar a la leche materna de forma parcial o total, salvo en circunstancias específicas y bajo las siguientes indicaciones no está considerada la lactancia materna:

- . Lactante diagnosticado con galactosemia.
- . Infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en estos casos tomar en cuenta las recomendaciones descritas en la "Guía de Práctica para la Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos"
- . Infección materna por el virus linfotrópico de células T humanas tipo I o tipo II.
- . Brucelosis materna.
- . Madre con tuberculosis activa no tratada (se puede dar leche materna extraída). La lactancia se puede reanudar luego de un mínimo de dos semanas de tratamiento documentando que ya no es infecciosa.
- . Medicación materna con fármacos antirretrovirales.
- . Madre con quimioterapia para cáncer como los antimetabolitos que interfieren con la

replicación del ADN y la división celular.

- Madre con terapia de radiación (se requiere sólo una interrupción temporal en la lactancia materna).
- Medicación antitiroidea.
- Uso materno de drogas ilícitas como PCP (fenciclidina), cocaína y cannabis (68).

8.9.3 Mensajes clave de consejería nutricional durante la lactancia materna

Los mensajes clave que se presentan a continuación están orientados a abordar los desafíos nutricionales propios de la etapa de lactancia materna y a promover prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan la salud tanto de la madre como de la niña o niño. En el proceso de consejería, es fundamental reconocer y valorar la experiencia previa de la madre en la lactancia, ya que esta constituye el punto de partida para orientar la intervención, adaptar los contenidos y fortalecer prácticas adecuadas de manera pertinente y respetuosa (2,32).

Tabla 10. Mensajes claves de consejería nutricional durante la lactancia materna

Temas importantes para resaltar en la consejería	Mensajes claves
Características y tipos de leche materna	Calostro: producida durante los primeros 5 a 7 días del nacimiento rica en anticuerpos por lo que ayuda como la primera defensa del lactante permitiendo proteger su sistema inmune. Se produce en una escasa cantidad por lo que se debe orientar en que puede parecer insuficiente pero dentro de las primeras 24h se produce alrededor de 13ml. Leche de transición: producida hasta aproximadamente 2 semanas de nacido del lactante y esta varía hasta alcanzar la leche madura que será la que se produzca durante todo este periodo. Leche madura: producida a partir de aproximadamente un mes después del nacimiento, la madre produce leche madura, la cual se caracteriza por proporcionar un aporte nutricional completo para cubrir los requerimientos del lactante. Este tipo de leche contiene una combinación equilibrada de nutrientes esenciales, entre ellos lípidos, proteínas y agua, que contribuyen al crecimiento y desarrollo adecuado del niño.
Como saber si el lactante tiene hambre	· Acercar la cara del niño o niña hacia el seno. · Si abre su boca constantemente. · La niña o niño saca la lengua. · La niña o niño aprieta los puños y se los lleva a la boca.

	La niña o niño se queja o lloran.
Como extraer la leche materna	- Lavarse las manos con agua y jabón antes de iniciar el procedimiento. - Realizar un masaje suave del seno, con movimientos circulares desde la base hacia la areola, para estimular el reflejo de eyección. - Colocar el pulgar y el índice en forma de "C", aproximadamente 2–3 cm detrás del pezón (sobre la areola). - Comprimir suavemente hacia la pared torácica y luego presionar hacia adelante, sin deslizar los dedos sobre la piel. Recolectar la leche en un recipiente limpio y previamente esterilizado, que puede ser de vidrio, con tapa hermética de plástico, ya que evita la oxidación y la contaminación al no reaccionar con la grasa de la leche materna.
Posición adecuada durante la lactancia	- La madre debe estar cómoda, sentada o acostada, con respaldo adecuado. - La niña o niño debe estar alineado (cabeza, espalda y caderas) y con el abdomen hacia la madre. - La nariz y el mentón de la niña o niño deben estar frente al pezón de la madre. - La espalda alta de la niña o niño debe estar reposada sobre el antebrazo de la madre. - No presionar la cabeza de la niña o niño hacia el pecho de la madre. - Debe tomar una gran parte de la areola, no solo el pezón, lo que evita dolor y mejora la succión. - La madre debe levantar el seno con la mano en forma de C y estimular la salida de la leche.
Frecuencia y horarios de la lactancia	- Lactancia a libre demanda, día y noche. - No se deben establecer horarios rígidos.
Consejos adaptados al contexto intercultural	Valorar y dialogar desde un enfoque intercultural, sobre las prácticas y significados culturales vinculados a la lactancia materna (por ejemplo, uso de fajas, rituales, cantos o tiempos

	considerados especiales), reconociendo su importancia en la identidad y dinámica familiar. · Evitar juicios o imposiciones, procurando comprender el contexto social, simbólico y etnocientífico, en el que se desarrollan. · Promover la participación activa de abuelas, parteras tradicionales y líderes comunitarios como aliados estratégicos en el fortalecimiento de prácticas de lactancia materna seguras y basadas en evidencia.
Proteger la lactancia materna: Código de Sucédáneos de Leche Materna (CICSLM)	· Informar a las madres y a la familia que la publicidad de las fórmulas puede confundir y desmerecer la lactancia materna. · No aceptar muestras gratuitas, regalos o publicidad dentro de servicios de salud. · Explicar al usuario que es CICSLM y promover decisiones informadas sin interferencia comercial.
Orientación sobre Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios (GABSA)	· Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios (GABSA); para la población de los primeros mil días de vida, con el objetivo de abordar la malnutrición en todas sus formas desde la primera etapa de vida. · Utilizar en la consejería los 14 mensajes de identidad visual de la GABSA; que sirven como herramientas para la educación y consejería nutricional y de salud (ANEXO 10).
Azúcares y procesados	· Alertar sobre el alto contenido de azúcar y grasas en productos industrializados (galletas, gaseosas, snacks de bolsa). · A partir de los 6 meses de edad al inicio de la alimentación complementaria motivar el uso de postres caseros como compotas, coladas sin azúcar.
Bebidas alcohólicas y sustancias nocivas	· Evitar en consumo de bebidas alcohólicas, incluida la cerveza, tabaco, vapeadores y la exposición al humo que estos producen (tabaco de segunda mano), productos de nicotina, sustancias psicoactivas y otras sustancias nocivas que puedan afectar la salud materna y el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante o de la niña y niño.

Adaptado de: The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package (2024), Manual Paso a Paso MSP (2022) Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios. Quito: MSP; (2018) (2,33,69,70).

Tabla 11. Mensajes claves de consejería para una lactancia materna eficaz

Observar	Señales de una lactancia eficaz	Señales de una lactancia ineficaz
Posición y signos de la niña o niño	· Cabeza y cuerpo alineados. · La niña o niño bien sostenido al momento de amamantar, el cuerpo de la niña o niño cercano al de la madre. · La niña o niño se encuentra tranquilo durante la toma. · La nariz de la niña o niño se dirigida al pezón. · Ganancia de peso adecuada.	· Cuello y cabeza torcidos. · Únicamente la cabeza y el cuello se sostienen o el cuerpo está alejado de la madre. · El labio inferior y mentón de la niña o niño se observan hacia el pezón o chuecos. · El lactante se muestra inquieto, agarra y suelta el pecho repetidamente. · Las tomas son muy prolongadas o muy frecuentes sin signos de saciedad al finalizar. · Ganancia insuficiente de peso.
Agarre del seno	· Labio inferior de la niña o niño hacia fuera y el mentón toca el pecho. · La boca de la niña o niño bien abierta, abarca gran parte de la areola y los labios están abiertos.	· Areola por debajo del labio inferior de la niña o niño. · Boca entre abierta o los labios se observan hacia adelante o hacia adentro. · El mentón no toca el pecho.
Signos en la madre	· La madre no presenta dolor durante la toma. · La madre se encuentra cómoda. · El seno se percibe más blando después de la toma. · El pezón sale redondeado después de amamantar.	· La madre presenta dolor, grietas o molestias persistentes en el pezón. · Seno enrojecido. · El pezón sale comprimido, aplanado. · La madre coloca los dedos sobre el pezón presionándolo directamente.

		La madre estira o hala excesivamente el seno durante el agarre.
Succión	- Se percibe tracción - La succión es lenta, profunda y rítmica; se observan mejillas redondeadas (no hundidas). - Se escucha o se percibe la deglución después de varias succiones. - El lactante se desprende espontáneamente del pecho al finalizar la toma y se observa relajado y satisfecho.	- La succión es superficial, rápida o irregular, con sonidos de chasquido o chupeteo. - Se observan mejillas hundidas durante la succión.

Tomado de: Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (2020) y Manual Paso a Paso MSP (2022)(69,71)

8.9.4 Relactación

La relactación se define como el proceso mediante el cual una madre restablece parcial o totalmente la producción de leche materna después de haber interrumpido la lactancia materna. Este proceso puede lograrse incluso semanas o meses después de no haber amamantado, mediante la estimulación frecuente de las mamas, la succión continua y efectiva del lactante, el contacto piel con piel y una adecuada consejería y acompañamiento por parte del personal de salud (72).

La relactación constituye una estrategia efectiva para recuperar la lactancia materna en niñas y niños menores de seis meses, especialmente en situaciones de hospitalización materna o neonatal, prematuridad, enfermedades que limitaron temporalmente la alimentación oral del lactante o introducción temprana de sucedáneos de la leche materna.

El éxito de la relactación requiere acompañamiento cercano y oportuno por parte del profesional de salud, mediante consejería en lactancia materna orientada a fortalecer la confianza de la madre y favorecer una adecuada técnica de posición, agarre y succión. Asimismo, se recomienda promover el contacto frecuente entre la madre y el lactante. Facilitar el acceso libre al seno y limitar el uso innecesario de biberones u otros dispositivos que puedan interferir con el establecimiento de la lactancia materna (71).

Tabla 12. Aspectos clave de la relactación

Beneficios de la relactación	Consideraciones durante la consejería en relactación
· La relactación aporta importantes beneficios nutricionales, inmunológicos y emocionales tanto para el lactante como para la madre. · Mejor ganancia de peso y crecimiento en niñas y niños que lograron relactar, además de menor riesgo de malnutrición asociada a hospitalización y reducción de episodios de enfermedad. · Aumento de la confianza de la madre, ya que existe mayor satisfacción con la alimentación del bebé y fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo. · En complicaciones mamarias o disminución de la producción de leche materna.	· Corregir la técnica de agarre y posición durante la lactancia materna con paciencia evitando dar órdenes. · Estimulación frecuente del seno con masajes suaves. · Estimulación del seno mediante succión con la niña o niño. · Acceso libre y continuo de la niña o niño al seno incluyendo tomas nocturnas. · Estimulación del seno mediante extracción. · Promover el contacto piel con piel entre la madre y la niña o niño durante el mayor tiempo posible, estableciendo momentos frecuentes y continuos a lo largo del día. · Las habilidades y técnicas de consejería son especialmente útiles para lograr la participación de la madre y el cuidador en la relactación. · Una vez establecida la relactación, es fundamental que el personal de salud continúe brindando acompañamiento y apoyo mediante consejería en lactancia materna, asegurando el aprendizaje. · Es importante considerar que lograr una técnica adecuada para el agarre y succión puede tardar una o dos semanas por lo que es importante el acompañamiento del profesional de salud especialmente en casos de hospitalización. · El éxito de la relactación resulta mayor cuando existe una corta interrupción de la lactancia materna, la niña o niño es menor de dos meses y la madre cuenta con motivación y apoyo familiar.

Tomado de: Interventions to support the re-establishment of breastfeeding and their application in humanitarian settings: A systematic review (2023) y Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (2020)(71,72).

8.9.5 Evaluación nutricional de la mujer en período de lactancia materna

La valoración nutricional de la mujer en periodo de lactancia debe considerar el estado nutricional previo, la ganancia de peso durante la gestación y la evolución del peso posparto, con el fin de orientar de manera adecuada los requerimientos energéticos y nutricionales necesarios para sostener la producción de leche materna (3,41).

8.9.5.1 Gasto de energía de la producción de leche materna

La producción de leche materna implica un incremento significativo en el gasto energético de la madre lactante, particularmente durante los primeros meses posparto, debido a las demandas fisiológicas necesarias para la síntesis y secreción de leche (60).

Tabla 13. Gasto calórico de producción de leche en la madre en periodo de lactancia

Meses posparto	Promedio de consumo de leche ml	Promedio Gasto calórico para la producción de leche
1 a 6 meses post parto	750–800 ml diarios	500 – 700 kcal por día

Tomado de: Dietary reference intakes for energy National Academies of Sciences (2023)(64).

8.9.5.2 Requerimientos de energía de la madre en periodo de lactancia de acuerdo a su estado nutricional

Los requerimientos energéticos durante la lactancia varían en función del estado nutricional de la mujer, la ganancia de peso durante el embarazo y la etapa del periodo posparto. En general, las recomendaciones indican un incremento energético durante los primeros seis meses, el cual puede ajustarse posteriormente según la evolución del peso materno y el nivel de actividad física (41).

La siguiente tabla presenta la estimación de requerimientos energéticos considerando el índice de masa corporal (IMC) y la condición nutricional materna, lo que permite individualizar la consejería nutricional, favoreciendo la recuperación materna y el mantenimiento de una producción adecuada de leche.

Tabla 14. Requerimientos de energía de la madre en periodo de lactancia de acuerdo al estado nutricional

Característica	Bajo Peso	Normo Peso	Sobrepeso	Obesidad
Evaluación del estado nutricional	Toma de medidas antropométricas: peso, talla, IMC (kg/m ²)			
Clasificación estado nutricional	IMC<18.5	IMC=18.5-24.99	IMC=25-29.99	IMC≥30
Ganancia de peso durante el embarazo	Insuficiente	Adecuada	Excesiva	
Aumento calórico estimado que debe hacer la madre	650 calorías/día	500 calorías/día	300 calorías/día	

lactante(kcal/día)			
Requerimiento de Líquidos	2700 ml/día		

Adaptado de: Implementation Guidance On Counselling Women To Improve Breastfeeding Practices (2021) (41).

8.9.5.3 Macronutrientes durante la lactancia materna

Durante el periodo de lactancia, la alimentación de la madre debe garantizar un aporte adecuado de macronutrientes para cubrir las demandas energéticas asociadas a la producción de leche, así como para mantener su estado nutricional. Una ingesta equilibrada de proteínas, grasas y carbohidratos contribuye a la calidad de la leche materna y al bienestar materno (41,64).

La siguiente tabla presenta los requerimientos de macronutrientes durante la lactancia, junto con ejemplos de fuentes alimentarias que permiten orientar la consejería nutricional de manera práctica y contextualizada.

Tabla 15. Requerimientos de macronutrientes durante el periodo de lactancia materna

Macronutriente	Requerimiento recomendado durante la lactancia	Fuentes
Proteína	1,05 – 1,1gr/kg	· Carnes (pollo, res, pescado, cuy), huevo, leche, yogur, queso, leguminosas (lentejas, fréjol, garbanzos), quinua y frutos secos. · Consumo de 1 a 2 porciones de lácteos diarios como leche hervida, quesillo, yogurt natural, chocho verduras de hoja verde, garbanzo. · En caso de baja tolerancia, sugerir alternativas como bebidas vegetales artesanales (quinua, amaranto, tapioca).
Grasas	25–35 % de la energía total.	· Aceites vegetales (girasol, oliva, sacha inchi), aguacate, frutos secos y semillas (chía, linaza).
Carbohidratos	210 gr/día	· Cereales como avena, arroz, quinua, amaranto y tubérculos como la papa, camote, yuca proporcionan energía.
Fibra	≥ 28 g/día.	· Frutas con cáscara como la manzana, durazno, o a su vez frutas como kiwi, piña, verduras espinaca, apio, lechuga, tomate, cereales integrales, granos como el garbanzo, fréjol frutos secos y semillas. · Estimular el consumo diario de 3–4 porciones de frutas frescas de temporada, incluyendo papaya, guayaba, naranjilla, mora o babaco.

		. Fomentar la compra o recolección comunitaria cuando sea posible.
Otros:	---	. Evitar consumir productos con alto contenido de grasa, sodio y azúcar como papas fritas, galletas de bolsa, jugos preparados fuera de casa. . Educar en la importancia de la semaforización presente en las etiquetas de alimentos. . Evitar sabores intensos y picantes. . Evitar productos ultraprocesados o empacados con alto contenido de preservantes.
Micronutrientes	---	. Tomar en cuenta las recomendaciones de micronutrientes como hierro y ácido fólico descritas en la normativa vigente. Los principales micronutrientes en el periodo de lactancia materna son: . Calcio: leche, yogur, queso, sardina, chocho, ajonjolí. . Hierro: carnes rojas, hígado, lenteja, fréjol, verduras como la espinaca, brócoli. . Vitamina A: zanahoria, zapallo, papaya, mango. . Vitamina B12: carnes, lácteos, huevos. . Vitamina D: pescado, huevo, lácteos y exposición solar.

Adaptado de: Dietary reference intakes for energy National Academies of Sciences (2023)(64).

8.9.6 Situaciones especiales durante la lactancia materna

Durante el periodo de lactancia materna pueden presentarse diversas situaciones que dificultan su práctica, como mastitis o alteraciones en los pezones. Estas condiciones, aunque frecuentes, pueden generar molestias y afectar la alimentación de la niña o niño. Por ello, es fundamental que el profesional de salud brinde orientación oportuna y apoyo adecuado para su manejo. A continuación, se describen las principales situaciones de riesgo y sus indicaciones respectivas.

Tabla 16. Situaciones especiales durante la lactancia materna

Situaciones de riesgo	Como prevenir	Información a tener en cuenta durante la consejería
Senos demasiado llenos	· Iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora del nacimiento. · Evitar biberones y sucedáneos de leche materna.	· Colocar paños de agua tibia sobre los senos antes de amamantar. · Extraer la leche con las manos limpias de forma manual.
Mastitis y conductos mamarios obstruidos	· Extraer la leche de forma manual cada 2 horas.	· Continuar la lactancia: no se debe interrumpir la lactancia ni desechar la leche, incluso en casos de mastitis bacteriana. · Vaciado fisiológico: mantener la extracción de leche según la demanda normal del bebé o el ritmo fisiológico; si hay demasiado edema, alimentar primero del lado sano y cambiar al lado afectado cuando baje la inflamación. · Masaje agresivo: se desaconseja la presión fuerte o el masaje profundo, ya que pueden aumentar el edema y dañar el tejido. · Frío local: utilizar compresas frías en la zona para reducir la inflamación y el dolor. · Soporte mamario: usar un sostén de soporte sin aros para evitar presionar los conductos. · Controles periódicos en el establecimiento de salud en caso de fiebre, ante los casos en los que un bulto no desaparece.
Pezones Invertidos	· La succión permitirá dar forma a los pezones a medida que continúe la lactancia materna.	· Realizar un pliegue con la mano para introducir el seno en la boca de la niña o niño.
Grietas en el pezón	· Utilizar sostenes del algodón sin varillas, los	· Después de amamantar colocar una gota de leche

	sostenes con varilla pueden lastimar los pezones. Después de amamantar esperar que se sequen los pezones para taparlos.	materna sobre el pezón afectado y dejarlo secar.
--	---	--

Adaptado de: Academy of breastfeeding medicine position statement and guideline: Infant feeding and lactation-related language and gender (2021) y Manual Paso a Paso Ministerio de Salud Pública (2022) (69,73).

8.9.7 Creencias y mitos sobre la lactancia materna

Durante la lactancia materna existen diversas creencias y mitos que pueden influir negativamente en las prácticas de alimentación de la niña o niño y afectar la continuidad de la lactancia materna. Estas creencias, muchas veces arraigadas en el contexto cultural, pueden generar inseguridad en las madres y favorecer la adopción de prácticas inadecuadas. Por ello, el personal de salud debe abordar estos aspectos mediante consejería basada en evidencia, brindando información clara, respetuosa y culturalmente pertinente, que permita fortalecer la confianza de la madre y promover prácticas adecuadas de lactancia materna (41).

Tabla 17. Creencias y mitos sobre la lactancia materna

Creencia / mito	Pautas correspondientes
Consumir coladas, té y sopas para aumentar la producción de la leche materna	- La producción de leche materna depende principalmente de la succión frecuente y eficaz del lactante, así como del adecuado vaciamiento del pecho. - Una alimentación materna variada, suficiente y equilibrada contribuye a mantener el estado nutricional de la madre y a sostener la producción láctea, garantizando un adecuado aporte de energía, proteínas, calcio, hierro, vitaminas y otros micronutrientes. - No existen alimentos específicos que por sí solos aumenten la producción de leche materna; el factor determinante es la estimulación continua del pecho y la lactancia a libre demanda.
La niña o niño rechaza el pecho por eso no le gusta la leche materna	En determinadas circunstancias, el lactante puede rechazar el pecho materno debido a las siguientes causas: Haber estado enfermos recientemente con gripe, sentirse irritable, haber sido alimentado con biberón de forma frecuente, una separación prolongada de la madre, o incluso por un cambio en el sabor de la leche materna asociado al consumo de alimentos muy condimentados o de sabor fuerte en la madre.

	- El profesional de salud debe animar a la madre a tener paciencia y retomar la lactancia materna de forma progresiva. - Sugerir el contacto piel a piel, masajes suaves o caricias que estimulen el vínculo y la succión. Si el rechazo al pecho persiste la madre debe extraer la leche materna y ofrecer al lactante utilizando una taza o un vaso limpio e higienizado (lavados y hervidos previamente), evitando el uso de biberón para prevenir confusión de succión en el lactante.
El ejercicio que realice la madre afectará el sabor de la leche materna	- El ejercicio es saludable para las madres lactantes. - No hay evidencia que demuestre que puede afectar el sabor de la leche para la niña o niño.
Muchas madres no pueden producir la cantidad suficiente de leche por lo que es necesario complementación con sucedáneos de leche materna	- La mayoría de madres son biológicamente capaces de producir la cantidad suficiente de leche para satisfacer las necesidades nutricionales de su niña o niño. - La producción de leche materna depende principalmente de un adecuado agarre al pecho y de la succión efectiva del lactante, así como de la frecuencia con la que se establece la lactancia materna. - Es fundamental reconocer que amamantar no debe ser una responsabilidad asumida solo por la madre; las madres requieren acompañamiento cercano y orientación técnica continua por parte del profesional de salud, a fin de fortalecer su confianza y asegurar una lactancia materna exitosa.
La madre no debe amamantar si está enferma	- En la mayoría de casos, las enfermedades comunes que afectan a la madre no constituyen una razón para suspender la lactancia materna incluso cuando presenta síntomas como resfriado, dolor de cabeza, molestias gastrointestinales, bronquitis, dolor de garganta o hepatitis. La madre puede continuar amamantando, ya que estas condiciones no se transmiten al lactante a través de la leche materna. - Es fundamental que el profesional de salud brinde información clara para reducir temores infundados y refuerce que la leche materna sigue siendo la opción más segura y beneficiosa. - La evaluación individual de cada caso permite brindar orientación apropiada que garanticen la

	continuidad de la lactancia materna sin riesgos para la niña o niño (65).
Si una madre se reincorpora al trabajo, se debe destetar al lactante	Orientar a la madre sobre alternativas que permitan la continuidad de lactancia materna como: la extracción y conservación adecuada de la leche materna, así como el uso de las salas de apoyo a la lactancia materna en los espacios de trabajo.
Se debe tomar chicha o alguna bebida alcohólica para aumentar la cantidad de leche materna	- A mayor succión, corresponde una mayor producción de leche materna, por lo que no se debe consumir ningún tipo de bebida alcohólica durante esta etapa. - En todo el periodo de gestación y durante la lactancia materna, la mujer necesita una dieta balanceada y una hidratación adecuada. No hay alimentos ni bebidas que aumentan o disminuyen la producción de leche materna.

Adaptado de: Manual Paso a Paso Ministerio de Salud Pública 2022.

8.10 Consejería nutricional para niñas y niños menores de dos años de edad

Los primeros dos años de vida constituyen un periodo determinante para el establecimiento de patrones alimentarios adecuados que impactan directamente en el crecimiento, la maduración neurológica y el desarrollo inmunológico de la niña o niño. Esta etapa representa una oportunidad crítica para establecer no solo una base nutricional sólida, sino también una relación saludable y duradera con los alimentos.

La calidad de la consejería nutricional ofrecida por el profesional personal de salud adquiere un rol central. Una orientación inadecuada o insuficiente puede conllevar riesgos importantes, tales como la introducción inoportuna de alimentos, desequilibrios nutricionales, deficiencias de micronutrientes y la adopción de prácticas alimentarias perjudiciales que podrían persistir a lo largo del ciclo de vida. Por ello, brindar una consejería clara, empática, culturalmente pertinente y basada en evidencia es esencial para guiar a madres, padres y cuidadores en decisiones que favorezcan la salud integral del lactante (1,37).

8.10.1 Mensajes claves de consejería nutricional para niñas y niños menores de dos años de edad

La siguiente tabla presenta mensajes clave de consejería nutricional organizados según el periodo de edad y el grupo objetivo, con el fin de orientar la práctica de los profesionales de salud en la atención de niñas y niños menores de dos años de edad.

Tabla 18. Mensajes claves de consejería nutricional para niñas y niños menores de dos años de edad

Grupo objetivo	Periodo del neonato	Tema clave en esta etapa	Mensajes claves de consejería
Mujeres en periodo de lactancia	0 a 29 días	Inicio de la lactancia materna y detección oportuna de dificultades.	- Valorar la evolución del peso y el estado general del neonato durante los controles. - Observar una toma para identificar posibles dificultades en el proceso de amamantamiento. - Escuchar las inquietudes y experiencias de la madre, brindando orientación de acuerdo con sus necesidades. - Fortalecer la confianza de la madre en su capacidad para amamantar. - Promover la participación de la familia en el apoyo emocional y práctico a la madre. - Establecer un plan de seguimiento ante las dificultades identificadas. - Referir oportunamente cuando se detecten signos de alarma o riesgo nutricional.
Madres y cuidadores de niñas y niños	1 a 4 meses	Mantenimiento de la lactancia materna sin restricción de horario y a libre demanda	- Ingesta aproximada de la niña o niño de 699 ml a 751 ml de leche materna/día. - Brindar apoyo y orientación para mantener la lactancia materna en caso de separación del recién nacido/a, con excepción en las usuarias con diagnóstico de VIH y otros referidos en el apartado "Condiciones para el uso de sucedáneos de leche materna". - Referir a las madres a los grupos de apoyo a la lactancia materna al momento del alta del establecimiento de salud.
	4 a 6 meses		- Valorar que la ingesta de la niña o niño aumenta de 780 a 854 ml de leche materna por día. - Se inicia suplementación con hierro polimaltosado una vez al día hasta iniciar a los seis meses de edad la suplementación con hierro y micronutrientes conforme lo establece la normativa vigente.
	6 a 9 meses		Una vez cumplido los seis meses de edad, se continua con la lactancia materna y se inicia con la alimentación complementaria.

		Se inicia la alimentación complementaria, pero se debe continuar con la lactancia materna	· Iniciar con alimentos densos en nutrientes, particularmente aquellos ricos en hierro y proteína, como carnes, pescado, huevo y leguminosas. de una a dos cucharadas pequeñas de papilla incluyendo también cereales y verduras (arroz, maíz o quinua), aumentando de forma paulatina la cantidad (aproximadamente 1/2 taza) y variedad de alimentos, como plátano, papaya o babaco. · Papillas de verduras como zanahoria, camote zapallo y de tubérculos, como papa o yuca. Indicar el consumo de ½ huevo diario (paulatinamente debe ir aumentando el consumo hasta que al año ya consuma un huevo entero). · La lactancia materna debe continuar junto con la incorporación progresiva de alimentos complementarios adecuados a partir de los seis meses de edad.
	9 a 12 meses	Alimentación responsiva introducción de alimentos variados	· Reconocer y promover la importancia de la lactancia materna como una práctica fundamental para el adecuado crecimiento, desarrollo y protección de la salud de la niña y el niño. · Las inmunizaciones oportunas y la suplementación con hierro y micronutrientes en polvo son intervenciones esenciales para proteger la salud infantil, prevenir enfermedades y reducir el riesgo de anemia y otras deficiencias nutricionales (<i>Manual de Suplementación con micronutrientes para niñas y niños menores de cinco años, gestantes y mujeres en periodo de lactancia</i>) · En esta etapa aparecen los primeros dientes y empiezan a poder masticar y deglutir alimentos de consistencia semisólida. · <i>En este sentido, cuando la niña o niño comienza a comer alimentos de distintos sabores, olores y textura, que para la niña o niño significan nuevas experiencias, lo más probable es que muestre preferencias y rechazos.</i> · Para evitar el rechazo o la preferencia exclusiva por algún alimento, el profesional de salud debe guiar a la madre, padre o cuidador que es necesario crear un ambiente tranquilo y agradable a la hora de sus comidas.

			Promover una alimentación variada y equilibrada, incluyendo alimentos de diferentes grupos y colores, procurando mantener esta diversidad la mayor cantidad de días posible según la disponibilidad y acceso de cada familia.
	12- 24 meses	Variedad alimentaria	- El destete debe realizarse de forma gradual y respetando el ritmo individual del niño. Según evidencia el destete natural podría ocurrir entre los 2.5 y 7 años de edad. - A partir de primer año de vida es esperable que la niña o niño presente etapas de menor apetito y variaciones en su alimentación, durante estos periodos puede aumentar la demanda de la lactancia materna como fuente de nutrición, consuelo y seguridad. - Se recomienda acompañar estas etapas con paciente y ofrecer una alimentación variada y continuar con la práctica de lactancia materna. - El profesional de salud debe orientar a madres, padres y cuidadores para que permitan que la niña o el niño coman por sí mismos, aunque se ensucien durante el proceso, ya que esto favorece el desarrollo de habilidades alimentarias y autonomía. - La alimentación complementaria debe ofrecer junto con la lactancia materna, considerando entre tres a cuatro comidas principales al día, más uno o dos refrigerios. - Se sugiere incorporar lácteos y frutas cítricas (como naranja o limón), así como ofrecer diariamente verduras y frutas variadas. - Valorar que dentro de la familia exista un consumo apropiado de alimentos fuentes de hierro para evitar la anemia en la niña o niño como carnes, vísceras, granos, acompañados de vegetales (tomate, pimiento, brócoli) y frutas ricas en vitamina C (guayaba, frutilla, naranja) que favorecen su absorción. - Resaltar la importancia de que las madres, padres y cuidadores de niñas y niños ofrezcan alimentos que aporten energía, tales como pan, arroz, quinua o mote, en función de la disponibilidad local. - En cuanto a la suplementación, se recomienda un sobre diario de micronutrientes en polvo durante 12 meses

			consecutivos, siguiendo los lineamientos del MSP. - Limitar el consumo de productos procesados y con alto contenido de grasas saturadas, azúcares, caramelos, frituras, sopas instantáneas y bebidas azucaradas. - Evitar el consumo de ultraprocesados y poner atención al marketing dirigido a niñas y niños ya que reducen el apetito, incrementan el riesgo de obesidad y contribuyen a la aparición de caries dentales a corta edad.
--	--	--	---

Adaptado de: WHO guideline on complementary feeding of infants and young children 6–23 months (2020)(74–77).

8.10.2 Consejería para la estimulación alimentaria de niñas y niños menores de dos años de edad

La alimentación en la primera infancia no solo responde a necesidades nutricionales, sino también a procesos de aprendizaje conductual y emocional. La siguiente tabla indica la consejería que se debe tomar en cuenta para la estimulación del apetito de la niña o niño.

Tabla 19. Consejería para la estimulación de la niña o niño durante la alimentación

Tema	Indicaciones para la consejería nutricional
Hora de comida	- A la hora de la comida los cuidadores acompañen a la niña o niño, fomentando la alimentación como una experiencia familiar positiva. Un entorno emocionalmente seguro mejora la disposición de la niña o niño a comer y favorece la aceptación de nuevos alimentos. - La imitación de conductas alimentarias saludables por parte de la madre, padre o cuidador facilita la adquisición de buenos hábitos.
Estimular el apetito	- Combinar nuevos alimentos con aquellos de preferencia habitual de la niña o niño. - La introducción gradual de nuevos sabores y texturas reduce el rechazo alimentario. - Forzar la alimentación puede generar ansiedad o aversión hacia la comida, afectando la autorregulación del apetito y su relación con la alimentación.
Hidratación	En algunos casos, la falta de apetito está relacionada con una leve deshidratación.

	- Una hidratación adecuada contribuye a la digestión, absorción de nutrientes y bienestar general de la niña o niño. - Orientar a los cuidadores sobre la necesidad de garantizar una adecuada ingesta de líquidos durante el día, priorizando agua segura o infusiones naturales suaves. - Evitar ofrecer líquidos durante las comidas principales para no interferir con la ingesta de alimentos sólidos.
Tiempo para comer	- Los cuidadores o familiares deben permitir que la niña o niño se alimente a su propio ritmo. - El tomar en cuenta el ritmo individual favorece la alimentación responsiva, reduce el estrés durante las comidas y permite que la niña o niño desarrolle una relación saludable con la comida y con su apetito.
Compensación con alimentos	- Evitar el uso de alimentos ultraprocesados como mecanismo de compensación afectiva, recompensa o castigo, ya que estas prácticas pueden generar una relación inadecuada con la alimentación y favorecer hábitos poco saludables desde edades tempranas. - En su lugar, se recomienda brindar apoyo emocional, reconocer los logros con palabras y fomentar una alimentación saludable.
Promoción del consumo de alimentos frescos y locales	Priorizar el consumo de alimentos frescos, naturales y nutritivos provenientes de mercados tradicionales y de la agricultura familiar, fomentando una alimentación más saludable, sostenible y culturalmente apropiada.
Fomentar alimentos tradicionales	Promover y valorar el consumo de alimentos tradicionales fermentados derivados del maíz, yuca o frutas propios de cada región, como la chicha, reconociendo su valor cultural, nutricional y su aporte a las prácticas alimentarias ancestrales. Asimismo, se recomienda fomentar su preparación e incorporación

	de manera segura e higiénica dentro de una alimentación saludable.
--	--

Adaptado de: WHO guideline on complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age 2023(38).

Tabla 20. Recomendaciones de actividad física, tiempo en pantalla y horas de sueño para niñas y niños menores de 2 años de edad

Grupo de edad	Actividad física	Tiempo en pantalla	Horas de sueño
Menores de 2 años	Realizar actividad física varias veces al día mediante juegos que pueden ser en el piso. En niñas y niños que aún no gatean o caminan, esto incluye al menos 30 minutos al día en posición boca abajo, distribuidos durante el día mientras estén despiertos, favoreciendo su desarrollo motor y fortalecimiento muscular.	Evitar que la niña o niño permanezca sujetado por más de una hora continua (por ejemplo, en coches, sillas altas o cargadores). No se recomienda el uso de pantallas en esta etapa. Durante los períodos de menor actividad, se sugiere promover la lectura de cuentos, canciones e interacción verbal con el cuidador, favoreciendo el desarrollo del lenguaje, el vínculo afectivo y el aprendizaje temprano.	Dormir entre 14 y 17 horas al día en niños de 0 a 3 meses y entre 12 y 16 horas en niños de 4 a 11 meses, incluyendo las siestas. Un sueño adecuado y de buena calidad favorece el crecimiento, el desarrollo cerebral y el bienestar del niño o niña.
2 años	Dedicar al menos 180 minutos a diferentes tipos de actividades físicas de cualquier intensidad, distribuidos a lo largo del día. Para niñas y niños de 2 a 4 años de edad estas actividades pueden	Para niñas y niños de 2 a 6 años de edad, el tiempo frente a pantallas no debe superar 1 hora al día; mientras menos tiempo será mejor.	Dormir entre 11 y 14 horas al día, incluyendo las siestas, con horarios regulares para acostarse y despertarse. Un buen descanso ayuda al crecimiento, aprendizaje y bienestar de la niña o niño.

Tomado de: Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios, OMS (2021) y Guidelines On Physical Activity, Sedentary Behaviour and sleep for children under 5 years of age (2019)(78,79).

8.10.3 Introducción de consistencias durante la alimentación complementaria

La introducción de la alimentación complementaria constituye una etapa fundamental en el desarrollo nutricional y funcional del lactante, en la cual se incorporan progresivamente alimentos distintos a la leche materna a partir de los 6 meses de edad.

El aprendizaje alimentario en la niña o niño ocurre a través de los sentidos y sigue un proceso que inicia con la observación del alimento, continúa con la exploración de su textura, olor y sonido y posteriormente con el gusto. La exposición repetida y positiva a los alimentos favorece su aceptación y familiarización progresiva (80).

Durante este proceso, la adecuación de la textura, consistencia y forma de presentación

de los alimentos; debe responder al desarrollo neuromotor, la capacidad de masticación y deglución, así como a la evolución de las habilidades alimentarias de la niña o niño (2,34).

Una progresión adecuada de las consistencias favorece la aceptación de los alimentos, contribuye al desarrollo de habilidades orales y reduce el riesgo de atragantamiento, promoviendo una alimentación segura, variada y culturalmente pertinente.

La siguiente tabla presenta las consistencias de los alimentos apropiados según la edad.

Tabla 21. Texturas de los alimentos en la introducción de la alimentación complementaria

Edad	Textura principal	Tamaño de la porción	Ejemplos
6 meses	Purés espesos, machacados, suaves	Alrededor de 100ml (2 a 3 cucharadas grandes)	Purés de leguminosas, tubérculos, frutas cocidas
7–8 meses	Machacados, picados blandos	Alrededor de 100ml (2 a 3 cucharadas grandes)	Verduras machacadas, huevo cocido picado, carne desmenuzada
9–12 meses	Trozos blandos, comida familiar adaptada	Alrededor de 150ml (1/2 taza)	Tiras blandas de frutas, pollo cocido, pan suave
12–24 meses	Alimentación familiar adaptada	Alrededor de 200ml (1 taza)	Comida familiar picada o en trozos pequeños

Adaptado de: Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: (2023) y Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period (2020)(74,81).

Es importante que el profesional de salud recomiende respetar la textura natural de los alimentos, ofreciendo preparaciones con texturas progresivamente adecuadas según la edad y las características individuales de cada niño o niña. Se debe evitar, en la medida de lo posible, el uso excesivo de alimentos triturados o licuados. El contacto oportuno con diferentes texturas favorece el desarrollo de habilidades de masticación y aceptación alimentaria, contribuyendo a una alimentación más variada y adecuada.

Tabla 22. Frecuencia, cantidad y consistencia en la alimentación complementaria

Consistencia	Es importante considerar que el uso prolongado o predominante de preparaciones excesivamente licuadas o en forma de puré puede dificultar la transición hacia alimentos con mayor variedad de texturas. Algunas de las técnicas actualmente usadas y con evidencia de beneficios en la introducción de alimentación complementaria es el método, conocido como “baby led weaning”, mismo que promueve que la niña o niño se alimente de manera autónoma utilizando sus manos.
---------------------	---

Cantidad	En las etapas iniciales de la alimentación complementaria, es necesario ajustar de manera progresiva la cantidad de alimentos ofrecidos, considerando el crecimiento y la evolución del apetito de la niña o niño. Se debe ofrecer al niño o niña de 2 o 3 cucharadas, incrementándolas paulatinamente hasta aproximarse a tres cuartos de taza por cada comida principal. Incluir una porción de fruta como complemento, en una cantidad cercana a 100 ml (media taza).
Frecuencia	En niñas y niños de 6 a 23 meses, la frecuencia de alimentación debe ajustarse en función de variables como la edad, el tipo de lactancia materna, condiciones individuales entre dos y cinco ingestas diarias, incluyendo comidas principales y colaciones, estas últimas según requerimiento.

Tomado de: Guía de Alimentación del niño/a menor de 2 años hasta la adolescencia, Chile (2024)(25).

8.10.4 Evaluación nutricional en la niña y niño menor de dos años de edad

La evaluación del estado nutricional en niñas y niños menores de dos años de edad constituye un componente esencial para el seguimiento del crecimiento y desarrollo, así como para la detección oportuna de alteraciones nutricionales y riesgos en salud asociados a la alimentación. Este proceso debe realizarse de manera sistemática durante los controles del niño sano, considerando la valoración antropométrica, clínica y dietética (38).

En los controles periódicos, el profesional de salud debe realizar evaluación de hemoglobina, mediciones antropométricas como peso, longitud o talla y perímetro cefálico, e interpretar estos resultados mediante el uso de curvas de crecimiento de la historia clínica única. Asegurar que la madre, padre o cuidador comprenda la evolución del crecimiento de la niña o niño, fortaleciendo su capacidad para identificar signos de alerta y promoviendo prácticas adecuadas de alimentación y cuidado integral.

A continuación, se presentan las mediciones antropométricas y los rangos referenciales de ganancia de peso y crecimiento longitudinal, de acuerdo con la edad de la niña o niño.

Tabla 23. Evaluación nutricional en la niña o niño menor de dos años de edad

Característica	Recién nacido a término 0-28 días	0-6 meses	6-9 meses	9-12 meses	12-24 meses
Evaluación del estado nutricional	Toma de medidas antropométricas: peso, longitud, perímetro cefálico, IMC (kg/m ²)				
Rango de ganancia de peso	150-250 gr./semana	150-200 gr./semana	85-140 gr./semana		40-85 gr./semana

Rango de crecimiento longitudinal	4,5 a 5 cm/mes	1.5-2.5 cm/mes	1-1.5 cm/mes	10-12 cm/mes
-----------------------------------	----------------	----------------	--------------	--------------

Adaptado de: WHO World Health Organization. WHO Child Growth Standards (2006)

8.10.4.1 Requerimientos de energía para la niña o niño menor de dos años de edad

Los macronutrientes son fundamentales para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de las funciones fisiológicas durante los primeros dos años de vida. Una alimentación equilibrada debe garantizar un adecuado aporte de proteínas, grasas y carbohidratos, considerando la edad, el desarrollo y las prácticas alimentarias del entorno familiar (38).

La leche materna continúa siendo un componente esencial de la dieta hasta los 2 años de edad o más, complementándose con alimentos variados, seguros y culturalmente pertinentes que aporten la energía y nutrientes necesarios.

Tabla 24. Requerimientos de energía para la niña o niño menor de dos años de edad

Grupo de edad	Requerimiento energético total (kcal/día)	Aporte esperado de la lactancia materna	Energía requerida de alimentos complementarios
6–8 meses	~600 kcal/día	~400 kcal/día	~200 kcal/día
9–11 meses	~700 kcal/día	~300–350 kcal/día	~350–400 kcal/día
12–24 meses	~900 kcal/día	~200 kcal/día	~700 kcal/día

Adaptado de: Dietary Reference Intakes for Energy (2023)

Considerar que los requerimientos energéticos en niños y niñas alimentados con sucedáneos de leche materna pueden variar e incluso ser mayores en comparación con aquellos alimentados con lactancia materna, debido a diferencias en la biodisponibilidad y el aprovechamiento de nutrientes. Por ello, es importante realizar una valoración individual según el crecimiento, estado nutricional y patrón de alimentación (84).

8.10.4.2 Requerimientos de macronutrientes niñas y niños menores de dos años de edad

Tabla 25. Requerimientos de macronutrientes para niñas o niños menores de dos años de edad

Macronutriente	Requerimiento Recomendado	Fuentes
Proteína	5–15 % de la energía total (equivalente a ~1.2–1.5 g/kg/día en niñas y niños pequeños).	Niñas y niños de 6 a 8 meses de edad: alimentos bien cocidos y ofrecidos en consistencia espesa (machacado, desmenuzados o en puré), como pollo, pavo, res, pescado sin espinas y huevo bien cocido (yema y clara); leguminosas como lentejas, fréjol o garbanzo bien cocidos y

		tamizados o machacadas; yogur natural entero sin azúcar en pequeñas cantidades. - Entre los 9 y 11 meses de edad: alimentos picados finamente o desmenuzados, incorporando progresivamente preparaciones familiares adaptadas en textura. - A partir de los 12 meses de edad: integración progresiva a la alimentación familiar, consumiendo carnes, pescado, huevo, leguminosas, lácteos pasteurizados y derivados en preparaciones habituales del hogar, ajustando tamaño y consistencia de los alimentos. - La leche materna continúa siendo prioritaria hasta los 2 años edad.
Grasas totales	30–40 % de la energía total, priorizando grasas insaturadas.	Aceite vegetal crudo añadido a las preparaciones (oliva, girasol); aguacate, semillas molidas (chía o linaza) incorporadas a papillas; grasa natural presente en leche materna y yogur entero.
Carbohidratos	45–60 % de la energía total.	- Cereales cocidos como avena, arroz, quinua o amaranto; tubérculos como papa, camote o yuca; plátano verde o maduro; maíz y derivados. - En menores de 12 meses deben ofrecerse en consistencia adecuada (picados o desmenuzados). - A partir del año, pueden formar parte de la alimentación familiar, ajustando tamaño y preparación. - Se debe priorizar cereales integrales y evitar azúcares añadidos y productos ultraprocesados.
Consumo de agua	150-200ml	- Durante los primeros 6 meses de edad, la alimentación de la niña o el niño debe basarse exclusivamente en leche materna. A partir de los 6 meses de edad, se puede comenzar a ofrecer agua segura (hervida si no se dispone de agua potable). - Garantizar que el agua sea apta para el consumo humano, ya que esto contribuye directamente a la protección de la salud y a la prevención de enfermedades, especialmente en niñas, niños y poblaciones vulnerables. Asimismo, el acceso a agua segura favorece mejores condiciones de

		higiene y bienestar para toda la comunidad. - No se debe incorporar azúcar, miel ni ningún tipo de saborizante o edulcorante. En esta etapa, se puede brindar aproximadamente 50 ml (equivalente a un cuarto de taza) entre 3 y 4 veces al día, alcanzando un consumo diario cercano a 150–200 ml, preferiblemente en momentos separados de la lactancia materna o de las comidas principales. Después del primer año de edad, el consumo puede incrementarse hasta unas 2 tazas de agua a lo largo del día. - Estas cantidades son referenciales y pueden variar según las necesidades individuales de cada niña o niño.
Sal y azúcares	---	- No incluir sal, azúcares o edulcorantes como son empaquetados, bollería, gaseosas. - Limitar el consumo de azúcares libres desde las primeras etapas de vida evitando un exceso de calorías y la reducción de probabilidades de desarrollar caries dentales. - A partir de los 12 meses de edad se puede incluir preparaciones con cantidades moderadas de sal y condimentos naturales.

Adaptado de: Dietary reference intakes for energy National Academies of Sciences (2023) y Guía de Alimentación del niño/a menor de 2 años hasta la adolescencia, Chile (2024)(64)(25).

8.10.5 Consejería en situaciones especiales en niñas y niños menores de dos años de edad

Durante los primeros dos años de vida, pueden presentar situaciones que afectan la ingesta alimentaria y el estado nutricional de la niña o niño. Condiciones como diarrea o disminución del apetito requieren una orientación específica para evitar complicaciones como deshidratación o desnutrición. A continuación, se describen consideraciones clave que deben abordarse durante la consejería en estos casos.

Tabla 26. Situaciones especiales en la niña o niño menor de dos años de edad

Situación	Tomar en cuenta durante la consejería
Diarreas	- Durante los episodios de diarrea en niñas y niños es fundamental prevenir la deshidratación, debido a que la pérdida excesiva de líquidos y electrolitos. - Mantener la alimentación habitual de la niña o niño, evitando períodos prolongados de ayuno, ya que la continuidad de la lactancia materna o de la alimentación adecuada favorece la

	recuperación intestinal y disminuye el riesgo de desnutrición. Instruir a los cuidadores y padres de familia para que no administren medicamentos sin prescripción médica.
Disminuye el apetito / Irregularidad en la ingestión	- La disminución del apetito es una condición frecuente en la infancia y en muchos casos, está asociada a procesos fisiológicos normales del crecimiento y desarrollo. - Establecer porciones pequeñas y frecuentes con alimentos de alta densidad nutricional para asegurar una ingesta adecuada de energía y micronutrientes esenciales. - Mejorar la presentación de los alimentos, utilizando colores, formas y texturas atractivas, para estimular el interés de la niña o niño hacia la alimentación.

Adaptado de: Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: (2023) Diarrhoeal Disease (2024)(81,85).

En caso de que el profesional de salud identifique situaciones particulares relacionadas con la alimentación, el crecimiento, el comportamiento alimentario o condiciones asociadas, realizar un abordaje individualizado, integral y multidisciplinario, considerando las necesidades específicas del niño, niña y su entorno familiar. De ser necesario, se deberá coordinar la referencia y seguimiento oportuno con otros profesionales de salud.

8.11 Consejería nutricional de niñas y niños entre dos y seis años de edad

Los mensajes prioritarios para la alimentación de niñas y niños de 3 a 6 años de edad deben centrarse en promover comportamientos específicos que fomenten hábitos saludables. Para desarrollar estos mensajes, es crucial analizar el contexto local, identificando barreras, facilitadores y recursos que afectan la adopción de estos comportamientos. Además, se debe evaluar la viabilidad de implementar estas prácticas y su impacto en los resultados deseados. A continuación, se presentan los mensajes prioritarios que guiarán a las familias y cuidadores en la alimentación de las niñas y niños (75).

Tabla 27. Mensajes claves de consejería nutricional para niñas y niños entre dos y seis años de edad

Tema	Mensaje principal de consejería
Hidratación	- Mantener una hidratación de 1. 5 litros de agua al día, sin tomar en cuenta los jugos en el día. Debido a que las niñas y niños en esta etapa se encuentran en desarrollo el consumo de líquidos resulta esencial. - Evitar el consumo de bebidas azucaradas gaseosas y jugos de cartón o con alto contenido de azúcares añadidos.

Incluir todos los grupos de alimentos	· Orientar acerca de los beneficios que tiene la inclusión de todos los grupos de alimentos en la dieta de las niñas y niños. · Consumir proteína, (las que pueden ser de origen animal pollo, cuy, carne, pescado, conejo, vísceras) o de origen vegetal (granos lentejas frejoles, garbanzos). · Valorar el consumo de cereales (arroz, avena quinua), tubérculos (papa, oca, yuca); los cuales son importantes para la energía de la niña o niño. · El consumo variado de frutas y verduras en la dieta resulta esencial para el aporte de vitaminas y minerales. · Explicar de forma sencilla qué es la GABA (Guías Alimentarias Basadas en Alimentos) y sus mensajes para llevar una alimentación saludable.
Horarios de comidas	· Mantener horarios regulares de alimentación, estableciendo una rutina diaria que se ajuste a los ciclos de sueño de la niña o niño y que tenga en cuenta los horarios de las comidas familiares.
Consumo de azúcares y ultraprocesados	· No se recomienda el consumo de ultraprocesados en este caso, la OMS recomienda, un consumo de menos de un 10% del aporte calórico total de azúcares simples (del aporte calórico total de una niña o niño). · Los azúcares simples añadidos a los alimentos como galletas, dulces, caramelos, yogur de frutas y jugos de frutas empaquetados. Pueden generar mayores probabilidades de tener sobrepeso u obesidad en las niñas y niños. · El consumo excesivo de sodio y grasas trans (snacks, galletas, bebidas azucaradas, embutidos), aumenta también el riesgo de sobrepeso y obesidad. Además, de generar un cambio preferencial en los hábitos alimenticios en las niñas y niños.

Manejo de porciones adecuadas	- Ajustarse al tamaño de la mano de la niña o niño (porción: palma, puño, mano en forma de cuenco) para medir las porciones en las comidas principales de las niñas o niños. - Evitar porciones adultas. - Promover la autorregulación del apetito.
Refuerzos positivos	- Involucrar a la niña o niño en tareas simples (escoger frutas, ayudar a servir). - Reforzar que los momentos de alimentación, a lo largo de todo el desarrollo, deben constituir una experiencia de socialización evitando manifestaciones negativas durante la alimentación, ya que estas pueden influir en las preferencias alimentarias actuales y futuras de la niña o niño.
Escolaridad	El profesional de salud debe orientar a la madre, padre o cuidador sobre la importancia de promover una alimentación saludable en el entorno escolar, fomentando la preparación de loncheras saludables con alimentos nutritivos, variados y mínimamente procesados. Asimismo, es importante fortalecer hábitos saludables desde el hogar y promover la participación activa de la familia en actividades de educación alimentaria y nutricional desarrolladas en la escuela.

Adaptado de: Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology y Protocolos de Alimentación para Niños y Niñas Menores de 2 años; Guía de Alimentación para el niño y la niña 2023

Tabla 28. Recomendaciones de actividad física, tiempo en pantalla y horas de sueño para niñas y niños entre dos y seis años de edad

Grupo de edad	Actividad Física	Tiempo en pantalla	Horas de sueño
2 años	Dedicar al menos 180 minutos a diferentes tipos de actividades físicas de cualquier intensidad, distribuidos a lo largo del día. Para niñas y niños de 2 a 4 años de edad estas actividades pueden incluir juegos activos como correr, saltar, participar en juegos al aire libre que estimulen el movimiento y la exploración.	Para niñas y niños de 2 a 6 años de edad, el tiempo frente a pantallas no debe superar 1 hora al día; mientras menos tiempo será mejor.	Dormir entre 11 y 14 horas al día, incluyendo las siestas, con horarios regulares para acostarse y despertarse. Un buen descanso ayuda al crecimiento, aprendizaje y bienestar de la niña o niño.
3 a 4 años			Dormir entre 10 y 13 horas de buena calidad, incluyendo siestas. Un buen descanso ayuda al

Mayores de 5 años	60 minutos al día de actividad física de intensidad moderada al menos 3 veces por semana.	La OMS señala que pasar demasiado tiempo en actividades sedentarias, especialmente frente a pantallas, puede afectar negativamente la aptitud física y la salud cardiometabólica. Por ello, es importante limitar el tiempo que los niños dedican a este tipo de actividades y promover alternativas más activas y dinámicas.	crecimiento, aprendizaje y bienestar de la niña o niño.
--------------------------	---	---	---

Tomado de: Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios, OMS (2021) y Guidelines On Physical Activity, Sedentary Behaviour and sleep for children under 5 years of age (2019)(78,79).

8.11.1.1 Requerimientos de energía para niñas y niños de dos a seis años de edad

Durante la etapa preescolar, los requerimientos energéticos deben cubrir las demandas del crecimiento, el desarrollo y la actividad física. Un aporte adecuado de energía es fundamental para mantener un estado nutricional óptimo y prevenir tanto la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad.

Estos requerimientos pueden variar según la edad, el peso corporal y el nivel de actividad física; por ello, las estimaciones deben utilizarse como referencia para orientar la consejería nutricional y promover una alimentación equilibrada y suficiente (64).

Tabla 29. Requerimientos de energía para niñas y niños de dos a seis años de edad

Grupo de edad	Requerimiento energético total (kcal/día)	Energía (kcal/kg)
2 a 3 años	~1000~1300 kcal/día	~85~95 kcal/kg
4 a 6 años	~1400~1600 kcal/día	~70~85 kcal/kg

Tomado de: Strengthening Early Childhood Development through Nutrition Interventions. Brief Guidance (2025) (82,87).

8.11.1.2 Requerimientos de macronutrientes para niñas y niños de dos a seis años de edad

Una adecuada distribución de nutrientes es clave para el crecimiento y la salud en esta etapa. A continuación, se detallan los requerimientos de macronutrientes y sus principales fuentes.

Tabla 30. Requerimientos de macronutrientes para niñas y niños de dos a seis años de edad

Macronutriente	Requerimiento recomendado	Fuente
Carbohidratos	45–65% de la energía total	Yuca, papa, camote, plátano, avena, arroz, maíz, mote; frutas.
Proteínas	10–15% de la energía total (≈1.0–1.2 g/kg/día)	Huevo, pollo, carne, pescado, cuy, conejo, lácteos, leche materna, leguminosas como lenteja, fréjol y garbanzo.
Grasas totales	25–35% de la energía total	Aguacate, huevo, pescado, frutos secos, semillas, aceites vegetales.

Tomado de: Strengthening Early Childhood Development through Nutrition Interventions. Brief Guidance (2025)

8.12 Alimentación de la niña o niño enfermo

Es conveniente evitar situaciones que afecten la salud de la niña o niño, pero si la niña o niño ya está enfermo, la madre, padre o familiar debe conocer las señales de alarma que se citan a continuación sobre una complicación grave o riesgos que amerita llevar a la niña o niño inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

- No lacta, no ingiere líquidos o rechaza alimentos;
- Vómitos persistentes (vomita todo lo que ingiere);
- Respiración rápida o dificultad respiratoria;
- Tiraje subcostal (hundimiento de la piel debajo de las costillas al respirar);
- Letargo, somnolencia excesiva o dificultad para despertar;
- Convulsiones;
- Fiebre persistente o elevada;
- Palidez marcada;
- Sangrado, moretones o presencia de petequias;
- Ojos hundidos (signo de deshidratación);
- Irritabilidad inconsolable (81,88).

Las enfermedades infecciosas, como la diarrea y las infecciones respiratorias, son causas significativas de desnutrición y mortalidad en niñas y niños, especialmente durante los primeros dos años de edad en países en vías de desarrollo. La coexistencia de enfermedad y desnutrición agrava el deterioro de la salud, ya que cada condición alimenta a la otra, generando una pérdida de apetito, mala absorción de nutrientes, alteraciones en las funciones corporales y un debilitamiento del sistema inmunológico. Esta relación crea un ciclo peligroso en el que las niñas y niños son más propensos a enfermarse, mientras que aquellos enfermos son susceptibles a la desnutrición, incrementando el riesgo de mortalidad.

Se deben seguir los protocolos del Ministerio de Salud Pública (MSP); para el manejo de

hidratación según el grado de deshidratación por diarrea, plan A, B y C conforme al AIEPI-2018 o a la normativa vigente (28).

Después de cada deposición de heces sueltas, dar o a las niñas o niños menores de 2 años de edad de 50 a 100 ml (un cuarto a media taza) de líquido; y a las niñas o niños de 2 a 10 años de edad 100 a 200 ml (media a una taza grande). No se debe hidratar con bebidas procesadas y ultraprocesadas energizantes, que tengan azúcar, bebidas gaseosas, jugos procesados (40).

8.13 Alimentación de la niña o niño en situaciones de emergencia

En contextos de emergencia, la alimentación de niñas y niños debe priorizar la protección del estado nutricional y la prevención de enfermedades, especialmente en los grupos más vulnerables. El profesional personal de salud debe garantizar intervenciones seguras, oportunas y adaptadas a las condiciones del entorno.

- **Priorizar la lactancia materna:** asegurar que los lactantes menores de 6 meses de edad reciban lactancia materna exclusiva, promoviendo su continuidad como la forma más segura de alimentación.
- **Alimentación de mujeres lactantes y gestantes:** las mujeres en período de lactancia y las gestantes deben recibir suficiente alimento y líquidos para mantener su salud y producción de leche materna. Esto incluye consumir alimentos ricos en nutrientes como se menciona anteriormente y beber suficiente agua.
- **Evitar el uso de fórmulas lácteas sin condiciones seguras:** en situaciones de emergencia, la preparación de fórmulas puede representar un alto riesgo sanitario debido a la falta de agua apta para consumo humano, incrementando el riesgo de infecciones y deshidratación.
- **Fortalecer el cuidado del cuidador:** asegurar que madres, padres y cuidadores reciban apoyo alimentario y orientación, considerando su rol fundamental en la alimentación y cuidado de la niña o niño.
- **Proveer alimentación complementaria segura:** en niñas y niños mayores de 6 meses de edad, ofrecer alimentos de fácil preparación, consistencia adecuada y alto valor nutricional, priorizando opciones seguras y disponibles localmente.
- **Monitorear la salud:** identificar oportunamente signos de deshidratación, enfermedad o desnutrición aguda, garantizando la referencia y atención inmediata cuando sea necesario (88).

8.14 Consejería en niñas y niños con intolerancias alimentarias

La consejería nutricional en casos de intolerancias alimentarias debe orientarse a garantizar una alimentación segura, equilibrada y adecuada a las necesidades de la niña o niño, evitando deficiencias nutricionales.

- **Sustitutos seguros:** dar alternativas de alimentos para la niña o niño que sufre intolerancias. Por ejemplo, en casos de intolerancia a la lactosa, pueden considerarse coladas, como quinua, tapioca, amaranto o productos sin lactosa.

- **Intolerancia al gluten:** buscar alternativas sin gluten para productos comunes como el pan. La quinua, el arroz, el maíz y el amaranto son opciones adecuadas para reemplazar fuentes tradicionales de carbohidratos.
- **Alimentos frescos y naturales:** priorizar el consumo de alimentos frescos y mínimamente procesados, como frutas, verduras, carnes magras, leguminosas, pescado y cereales integrales, ya que tienen menor probabilidad de contener ingredientes que pueden causar alergias presentes en alimentos procesados y ultraprocesados.
- **Cocción en casa:** preparar las comidas en casa siempre permite un mayor control de los ingredientes y reduce el riesgo de contaminación cruzada con alimentos no tolerados.
- **Variedad en la dieta:** mantener una alimentación variada que cubra todos los requerimientos nutricionales, incluyendo proteínas, carbohidratos, grasas saludables, vitaminas y minerales.
- **Educación alimentaria:** brindar educación sobre la intolerancia alimentaria acorde a la edad de la niña o niño, para que se comprenda la importancia de evitar ciertos alimentos y aprender a elegir opciones seguras (32,89).

8.15 Consejería nutricional según comprensión, cultura y el entorno de la consejería

En el Ecuador, la diversidad cultural influye de manera significativa en las prácticas alimentarias. Por ello, la consejería nutricional debe incorporar un enfoque intercultural que reconozca la alimentación como parte de la identidad y del contexto social.

Los hábitos alimentarios están determinados por factores culturales, socioeconómicos y geográficos, por lo que la consejería debe ser pertinente, respetuosa y contextualizada:

- Incorporar alimentos tradicionales de alto valor nutricional como el maíz, frejol, yuca y papa, en lugar de promover dietas basadas en productos ultraprocesados.
- Mantener y promover los métodos de preparación propios de cada cultura, reconociendo su valor histórico y social.
- Fomentar el consumo de una amplia variedad de frutas y verduras locales y de temporada, tomando en cuenta las características de cada región.
- Garantizar la inclusión de alimentos pertenecientes a todos los grupos alimenticios (proteínas, lácteos, cereales, frutas y vegetales), utilizando fuentes locales que sean culturalmente aceptadas y accesibles.
- Identificar posibles desequilibrios nutricionales y orientar mejoras sin desvalorizar prácticas culturales.
- Promover la lactancia materna exclusiva, considerando que es una práctica altamente valorada por los conocimientos científicos y los saberes ancestrales y que constituye un factor protector para la salud de la madre y del recién nacido.
- Tomar en cuenta los consejos alimentarios y el acompañamiento de las parteras tradicionales durante la gestación y el período posparto, especialmente en el caso de gestantes primerizas.
- Aplicar la valoración antropométrica con enfoque respetuoso, explicando su propósito y solicitando consentimiento informado (90).

8.16 Consejería nutricional en la sala de espera y ferias de salud

La consejería nutricional en los espacios grupales como salas de espera y ferias de salud constituye una estrategia clave para la promoción de prácticas saludables.

- Definir objetivos claros según las necesidades de la población.
- Iniciar con elementos motivadores (material visual, preguntas generadoras).
- Aplicar metodologías participativas y flexibles.
- Promover espacios de reflexión y diálogo.
- Brindar información clara, actualizada y basada en evidencia.
- Corregir prácticas inadecuadas con enfoque respetuoso.
- Usar un tono de voz claro y articulando adecuadamente las palabras para mejorar la comprensión.
- Fomentar la participación activa e inclusiva.
- Evaluar la comprensión mediante preguntas o dinámicas breves (34,37,43).

9 Abreviaturas

- . **CICSLM:** Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
- . **CN:** Consejería Nutricional.
- . **DCI:** Desnutrición Crónica Infantil.
- . **ENDI:** Encuesta Nacional para la Desnutrición Infantil.
- . **ENECSDI:** Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil.
- . **ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- . **GABA:** Guías Alimentaria Basada en Alimentos.
- . **GABSA:** Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios.
- . **IMC:** Índice de Masa Corporal.
- . **MAIS-FCI:** Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.
- . **MSP:** Ministerio de Salud Pública.
- . **OMS:** Organización Mundial de la salud.
- . **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- . **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

10 Referencias

1. Federación Catalana ONG. Estrategia de Educación para el Desarrollo y Sensibilización. 2020.
2. UNICEF. The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package. 2024.
3. WHO World Health Organization. GUIDELINE: COUNSELLING OF WOMEN TO IMPROVE BREASTFEEDING PRACTICES. 2018.
4. Nikièma L, Huybregts L, Martin-Prevel Y, Donnen P, Lanou H, Grosemans J, et al. Effectiveness of facility-based personalized maternal nutrition counseling in improving child growth and morbidity up to 18 months. Vol. 12. 1 de mayo de 2017;12(5). doi:10.1371/journal.pone.0177839 PubMed PMID: 28542391.
5. FLACSO, Organización Panamericana de la Salud (OPS)). Evaluación de las Consejerías para la prevención de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador. 2023.
6. A. Alsabbah A, Yamani IM, Alzaidi TA, Al Barakati HA, Alsharif WH, Allehyani F saleh, et al. Knowledge, attitudes, and practices of community nutritionists and pharmacy professionals regarding nutrition and lifestyle counseling. Journal of Ecohumanism. 8 de diciembre de 2024;3(8):14330-6. doi:10.62754/joe.v3i8.6701
7. Quintana Zavala MO, Ruiz Barragan D, Soto Coronado C, Valle Figueroa M, Garcia Puga J. Estrategias y limitaciones de aplicación de consejería de salud en enfermería: revisión integradora de literatura. Horizonte Sanitario. 20 de octubre de 2021;21(1). doi:10.19136/hs.a21n1.3916
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS)). Lactancia materna y alimentación complementaria - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 21 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria#respuesta-ops-lm>
9. WHO World Health Organization. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. [Internet]. 2020 [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
10. Organización Mundial de la salud (OMS). Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding. 2017.
11. WHO World Health Organization. HOW THE MARKETING OF FORMULA MILK INFLUENCES OUR DECISIONS ON INFANT FEEDING. 2022.
12. INEC-Instituto Nacional de Estadística y Censo. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. 2018.
13. INEC-Instituto Nacional de Estadística y Censo 2022-2023. Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil-ENDI.
14. INEC-Instituto Nacional de Estadística y Censo 2023-2024. Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil | [Internet]. [citado 21 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-nacional-sobre-desnutricion-infantil/>
15. Tutasi Lozada A, Rocío Caicedo Borrás M, Luz María Valencia D, Estefanía Rodríguez M. Estudio para estimar la prevalencia de violaciones al Código Internacional de Sucedáneos de leche Materna. [Internet]. 2021. Disponible en: www.funbbasic.org
16. Lobstein T, Jackson-Leach R, Powis J, Brinsden H, Gray M. World Obesity Atlas 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: www.johnclarksondesign.co.uk
17. Bienvenido a GPR [Internet]. [citado 10 de febrero de 2026]. Disponible en: https://gpr.administracionpublica.gob.ec/gpr_ecuador/n4
18. Ministerio de Salud Pública. Norma técnica ESAMYN. 2021.
19. Organización Mundial de la salud. Alimentación saludable [Internet]. 2026 [citado 24 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
20. Educación alimentaria y nutricional | Alimentación y nutrición escolar | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [Internet]. [citado 10 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.fao.org/school-food/areas-work/based-food-nutrition-education/es/>
21. RAE Diccionario Mundial. Asesoría [Internet]. 2025 [citado 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/asesor%C3%ADa>
22. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR de, Cannon G. A new classification of foods

- based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saude Publica*. 2010;26(11):2039-49. doi:10.1590/s0102-311x2010001100005 PubMed PMID: 21180977.
23. Organización Mundial de la salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna Actualización. 2017.
 24. Ching C, Sethi V, Nguyen TT, Murira Z, Shats K, Rowel D, et al. Law matters – assessment of country-level code implementation and sales of breastmilk substitutes in South Asia. *Front Public Health*. 2023;11(October):1-23. doi:10.3389/fpubh.2023.1176478 PubMed PMID: 37937076.
 25. Ministerio de Salud Pública de Chile. Guía de Alimentación del niño/a menor de 2 años hasta la Adolescencia. 2024.
 26. Black MM, Behrman JR, Daelmans B, Prado EL, Richter L, Tomlinson M, et al. The principles of Nurturing Care promote human capital and mitigate adversities from preconception through adolescence. *BMJ Glob Health*. 2021;6(4):1-9. doi:10.1136/bmjgh-2020-004436
 27. UNICEF. Consejería Prevención y tratamiento de la desnutrición aguda. 2021.
 28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. AIEPI Clínico. Cuadros de procedimientos. Dirección Nacional de Normatización, editor. Quito Ecuador; 2017.
 29. Freire WB, Waters WF, Rivas-Mariño G, Belmont P. The double burden of chronic malnutrition and overweight and obesity in Ecuadorian mothers and children, 1986-2012. *Nutr Health*. 2018;24(3):163-70. doi:10.1177/0260106018782826 PubMed PMID: 29911462.
 30. UNICEF. Lactancia materna | UNICEF [Internet]. 2025 [citado 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
 31. Berger MM, Shenkin A, Schweinlin A, Amrein K, Augsburger M, Biesalski HK, et al. ESPEN micronutrient guideline. *Clinical Nutrition*. 2022;41(6):1357-424. doi:10.1016/j.clnu.2022.02.015 PubMed PMID: 35365361.
 32. FAO. Food-based dietary guidelines - Ecuador [Internet]. 2026 [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/ecuador/en/>
 33. FAO y MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. GABAS: Guías Alimentarias Ecuador. 2018.
 34. Facilitator Guide The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package. 2024.
 35. Likhar A, Patil MS. Importance of Maternal Nutrition in the First 1,000 Days of Life and Its Effects on Child Development: A Narrative Review. *Cureus*. 9 de octubre de 2022. doi:10.7759/cureus.30083
 36. World Health Organization. Report of the Commission on ending childhood obesity. Geneva, Switzerland; 2016.
 37. WHO World Health Organization. Technical Advisory Group on Behavioural Sciences for Better Health [Internet]. 2024 [citado 24 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/behavioural-sciences/tag-on-behavioural-insights-and-sciences-for-health>
 38. WHO World Health Organization. WHO guideline on complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age [Internet]. 2023 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
 39. Espejo JP, Tumani MF, Aguirre C, Sanchez J, Parada A. Nutritional food education: Strategies to improve adherence to diet therapy plan. *Revista Chilena de Nutricion*. 1 de junio de 2022;49(3):391-8. doi:10.4067/s0717-75182022000300391
 40. WHO World Health Organization. Educación alimentaria y nutricional en las escuelas. Educación alimentaria y nutricional en las escuelas. FAO; 2022. doi:10.4060/cb2064es
 41. UNICEF. Implementation Guidance on Counselling Women to Improve Breastfeeding Practices. 2021.
 42. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*. *Nature Research*; 2020. p. 460-71. doi:10.1038/s41562-020-0884-z PubMed PMID: 32355299.
 43. Ministerio de Salud Pública. Manual de Educación y comunicación para la promoción de la salud 2019 Manual [Internet]. 2019. Disponible en: www.salud.gob.ec
 44. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 0082 Reglamento Atención de Pacientes Barreras de Acceso. 2017.
 45. Dewidar O, John J, Baqar A, Madani MT, Saad A, Riddle A, et al. Effectiveness of nutrition counseling for pregnant women in low- and middle-income countries to improve maternal and

- infant behavioral, nutritional, and health outcomes: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 1 de diciembre de 2023;19(4):e1361. doi:10.1002/CL2.1361 PubMed PMID: 38034903.
46. Ministerio de Salud Pública. Manual de Suplementación con micronutrientes para niñas y niños menores de cinco años, gestantes y mujeres en periodo de lactancia. [Internet]. julio de 2025. Disponible en: www.obraspublicas.gob.ec
47. Vadakekut ES, Mahdy H. Hyperemesis Gravidarum. Part 1 Mrcog Revision Notes and Sample Sbas. 6 de julio de 2025;188-90. doi:10.1017/9781108644396.030 PubMed PMID: 30422512.
48. Reyes RB, Carrocera LAF. Programación metabólica fetal. *Perinatol Reprod Hum*. 1 de julio de 2015;29(3):99-105. doi:10.1016/J.RPRH.2015.12.003
49. Alimentos ricos en calcio. Nutrición y salud. CUN [Internet]. [citado 10 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/alimentos-ricos-calcio>
50. UNICEF. Guidelines and Minimum Standards for Maternal Nutrition. 2024.
51. Rasmussen KM, Yaktine AL. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. 14 de enero de 2009;1-869. doi:10.17226/12584 PubMed PMID: 20669500.
52. María Y, Estupiñán B. NPunto Alimentación durante el embarazo 4. Alimentación durante el embarazo FEEDING DURING PREGNANCY [Internet]. 2023. Disponible en: <http://ayudanosquesomospadres.com/alimentacion-saludable-en-el-embarazo-conceptos-basicos-parte-i/>
53. UNICEF. Manual para la atención alimentaria y nutricional a embarazadas. 2023.
54. Wakabayashi N, Haruna M, Yonezawa K, Sasagawa E, Usui Y, Ohori R, et al. Association of serum docosahexaenoic acid and eicosapentaenoic acid levels with dietary intakes and supplement use during pregnancy: a prospective observational study. *J Nutr Sci*. 14 de diciembre de 2023 ;12. doi :10.1017/JNS.2023.105 PubMed PMID : 38155803.
55. Shahabi B, Hernández-Martínez C, Voltas N, Canals J, Arijá V. The Maternal Omega-3 Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acid Concentration in Early Pregnancy and Infant Neurodevelopment. *Nutrients*. 1 de marzo de 2024;16(5). doi:10.3390/NU16050687 PubMed PMID: 38474815.
56. Baker P, Slater S, White M, Wood B, Contreras A, Corvalán C, et al. Towards unified global action on ultra-processed foods: understanding commercial determinants, countering corporate power, and mobilising a public health response. *The Lancet*. 2025. doi:10.1016/S0140-6736(25)01567-3 PubMed PMID: 41270764.
57. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Frutas y verduras – esenciales en tu dieta. Frutas y verduras – esenciales en tu dieta. FAO; 2020. doi:10.4060/cb2395es
58. Carbajal Á, Sierra JL, López-Lora L, Ruperto M. Nutrition Care Process: Elements for its implementation and use by Nutrition and Dietetics Professionals. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas; 2020. doi:10.14306/renhyd.24.2.961
59. Marcelo Villagran, Fabian Lanuza, Fredy Diaz. The bitter reality of non-nutritive sweeteners a global perspective 2020.
60. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. who. 2020. PubMed PMID: 32783435.
61. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica: Alimentación y nutrición de la madre en período de lactancia. [Internet]. 2014. Disponible en: www.salud.gob.ec
62. Alimentación y nutrición de la madre en período de lactancia 25-11-14 indd [Internet]. Disponible en: www.salud.gob.ec
63. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Human energy requirements. 2001.
64. National Academies of Sciences E and Medicine. Dietary Reference Intakes for Energy. DC: The National Academies Press [Internet]. 17 de enero de 2023 [citado 23 de marzo de 2026];1-526. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/26818>.
65. CDC. Contraindications to Breastfeeding | Breastfeeding special circumstances | CDC [Internet]. 2025 [citado 18 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/contraindications/index.html>
66. Mohapatra I, Samantaray SR. Breastfeeding and Environmental Consciousness: A Narrative Review of Environmental Implications and Potential Contributions to Reduce Waste and Energy Consumption. *Cureus*. 25 de septiembre de 2023;15(9):e45878.

- doi:10.7759/CUREUS.45878 PubMed PMID: 37885540.
67. Lönnerdal B, Georgieff MK, Hernell O. Developmental physiology of iron absorption, homeostasis and metabolism in the healthy term infant. *J Pediatr.* 1 de octubre de 2015;167(4 0):S8. doi:10.1016/J.JPEDS.2015.07.014 PubMed PMID: 26364027.
 68. Ministerio de Salud Pública. Manual de Atención integral a la niñez [Internet]. 2018. Disponible en: www.salud.msp.gob.ec
 69. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Paso a paso por una infancia con futuro. 4.ª ed. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2022.
 70. Xu J, Song J, Xu H, Li Z, Ding M, Qiao D, et al. Structural diversity, composition variation and neurodevelopmental-promoting effects of human milk oligosaccharides: A systematic review. *Carbohydr Polym.* 15 de noviembre de 2025;368:124229. doi:10.1016/J.CARBPOL.2025.124229 PubMed PMID: 40947221.
 71. UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda. 2020.
 72. Amat Camacho N, von Schreeb J, Della Corte F, Kolokotroni O. Interventions to support the re-establishment of breastfeeding and their application in humanitarian settings: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition.* John Wiley and Sons Inc; 2023. doi:10.1111/mcn.13440 PubMed PMID: 36222214.
 73. Bartick M, Stehel EK, Calhoun SL, Feldman-Winter L, Zimmerman D, Noble L, et al. Academy of breastfeeding medicine position statement and guideline: Infant feeding and lactation-related language and gender. *Breastfeeding Medicine.* 1 de agosto de 2021;16(8):587-90. doi:10.1089/bfm.2021.29188.abm PubMed PMID: 34314606.
 74. UNICEF Garg A, Bégin F, Aguayo V, Almasri Y, Balarajan Y, Blankenship J, et al. Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period. 2020.
 75. UNICEF. <https://www.unicef.org/documents/improving-young-childrens-diets-during-complementary-feeding-period-unicef-programming> [Internet]. 2020 [citado 6 de enero de 2026]. Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period – UNICEF Programming Guidance, 2020 | UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/documents/improving-young-childrens-diets-during-complementary-feeding-period-unicef-programming>
 76. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2023 [citado 6 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 77. WHO World Health Organization. WHO guideline on complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age [Internet]. 2023 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
 78. OMS. GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY, SEDENTARY BEHAVIOUR AND SLEEP FOR CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE. 2019.
 79. OMS. DIRECTRICES DE LA OMS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS. 2021.
 80. Nekitsing C, Hetherington MM, Blundell-Birtill P. Developing Healthy Food Preferences in Preschool Children Through Taste Exposure, Sensory Learning, and Nutrition Education. *Curr Obes Rep.* 1 de marzo de 2018;7(1):60. doi:10.1007/S13679-018-0297-8 PubMed PMID: 29446037.
 81. Vázquez-Frias R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, et al. Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: COCO 2023. *Rev Gastroenterol Mex.* 1 de enero de 2023;88(1):57-70. doi:10.1016/j.rgmex.2022.11.001
 82. WHO. World Health Organization Growth Standards. *Acta Paediatrica.* 2006;5-6. PubMed PMID: 20919458.
 83. Erique Encarnacion NJ, Castillo Morales RE. La triple carga de malnutrición infantil en Ecuador: una revisión desde la salud pública. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea.* 1 de enero de 2026;4(1). doi:10.58995/redlic.rmic.v3.n3.a156
 84. Human energy requirements [Internet]. [citado 18 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.fao.org/4/y5686e/y5686e05.htm>
 85. WHO World Health Organization. Diarrhoeal disease [Internet]. 2024 [citado 6 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
 86. Food and nutrition education | School Food and Nutrition | Food and Agriculture Organization of the United Nations [Internet]. [citado 18 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.fao.org/school-food/areas-work/based-food-nutrition-education/es/>

87. UNICEF. Strengthening Early Childhood Development through Nutrition Interventions. Brief Guidance | Child Nutrition and Development [Internet]. 2025 [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://knowledge.unicef.org/child-nutrition-and-development/resource/strengthening-early-childhood-development-through-nutrition-interventions-brief-guidance>
88. FAO/WHO. Enhancing nutrition in emergency and resilience agriculture responses to prevent child wasting. Enhancing nutrition in emergency and resilience agriculture responses to prevent child wasting. FAO; 2022. doi:10.4060/cc3050en
89. Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCI). Food Intolerance Guide [Internet]. 2024 [citado 6 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.allergy.org.au/patients/food-other-adverse-reactions/food-intolerance>
90. Ministerio de Salud Pública. GUÍA NACIONAL DE NUTRICIÓN DE LOS PUEBLOS Y NACIONALIDADES INDÍGENAS, AFROECUATORIANO Y MONTUBIO. 2016.
91. Food & Drug Administration (FDA). How to Understand and Use the Nutrition Facts Label | FDA [Internet]. 2024 [citado 20 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.fda.gov/food/nutrition-facts-label/how-understand-and-use-nutrition-facts-label>
92. Ministerio de Salud Pública. SISTEMA NOVA DE CLASIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS NOVA [Internet]. 2023. Disponible en: www.lexis.com.ec
93. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional. 2017.
94. Ministerio de Salud Pública. Mensajes finales de las Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios (GABSA) para los 1000 primeros días de vida en Ecuador. 2025.
95. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Manual para la extracción, procesamiento y administración de leche materna". 2024.
96. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) 2023–2024: tabulados de resultados de la segunda ronda. 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/
97. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Encuesta STEPS Ecuador 2018: vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Informe de resultados. Quito; 2020.

11 Anexos

11.1 Anexo 1.- Menú referencial para gestantes

	Tiempo de Comida	Ejemplo	Porción
Gestantes	Desayuno	2 tortillas de verde cocinadas Fruta al natural Leche semidescremada 2 huevos cocinados	2 unidades 1 unidad 1 taza 2 unidades
	Almuerzo	Sopa de verduras Pescado a la plancha Ensalada de tomate con pepinillo Arroz Fruta picada	1 plato sopero pequeño 1 filete mediano 1 taza 1 taza ½ taza
	Cena	Tortillas de huevo Arroz Ensalada de brócoli	Preparación con huevo: 2 huevos (equivalente a 1 porción de proteína) 1 taza 1 taza
	Colaciones	Fruta Morocho con leche	1 unidad al natural o 1 taza 1 taza

Adaptado de: Manual Paso a Paso La nueva Infancia (2022) y Alimentación y Nutrición de la Mujer gestante y de la madre en periodo de la lactancia (GPC)

Las porciones deben ajustarse según trimestre de gestación, estado nutricional previo, nivel de actividad física y condiciones clínicas. Se recomienda mantener un patrón que incluya diariamente 2–3 tazas de frutas, 2–3 tazas de verduras, 3–4 tazas de cereales/tubérculos y 2–3 porciones de alimentos fuente de proteína, en concordancia con las GABA Ecuador y la normativa vigente.

11.2 Anexo 2 –. Menú referencial para mujeres en periodo de lactancia

	Tiempo de Comida	Ejemplo	Porción
Madres en periodo de lactancia	Desayuno	Pan tostado Huevo revuelto Fruta al natural Colada de machica en leche	2 unidades 2 unidades 1 unidad 1 taza
	Almuerzo	Colada de habas Pollo a la plancha Ensalada de tomate Arroz	1 plato sopero 1 porción mediana (tamaño de la palma de la mano, aprox. 90–120 g) 1 taza de arroz ½ taza de vegetales
	Cena	Pescado con yuca cocinada Ensalada de zanahoria rallada	1 porción mediana (tamaño de la palma de la mano, aprox. 90–120 g) 1 taza de yuca 1 taza de vegetales

	Colaciones	Yogur natural con granola Frutos secos con fruta	1 taza + 2 cucharadas de avena o granola sin azúcar 1 puñado pequeño (30 g) de frutos secos (maní, nueces, almendras) + 1 fruta mediana
--	------------	---	---

Adaptado de: Manual Paso a Paso La nueva Infancia (2022) y Alimentación y Nutrición de la Mujer gestante y de la madre en periodo de la lactancia (GPC)(61,69).

Durante la lactancia los requerimientos energéticos aumentan aproximadamente 450–500 kcal/día en los primeros seis meses. Se recomienda consumir diariamente:

- 2–3 tazas de frutas
- 2–3 tazas de verduras
- 3–4 porciones de cereales o tubérculos (1 taza cocida por porción)
- 2–3 porciones de proteína
- 2–3 porciones de lácteos o alternativas fortificadas
- Adecuada hidratación (mínimo 8 vasos de agua al día)

11.3 Anexo 3.- Menú referencial para niñas y niños de 6 meses a 24 meses de edad

Grupo de Edad	Tiempo de Comida	Ejemplo
6 a 9 meses	Desayuno	Plátano aplastado majado con avena.
	Almuerzo	Puré de zapallo con zanahoria en puré y pollo hervido desmenuzado.
	Cena	Puré de papa con brócoli y hígado picado.
	Colaciones	Fruta cocinada machacada.
9 a 12 meses	Desayuno	Plátano aplastado majado con avena.
	Almuerzo	Puré de habas Espinaca cocinada Guiso de pescado.
	Cena	Puré de camote con pollo
	Colaciones	Fruta picada
12 a 24 meses	Desayuno	Sanduche de queso con leche.
	Almuerzo	Menestra de lenteja con pollo.
	Cena	Cuy asado con ensalada de tomate.
	Colaciones	Fruta picada.

Adaptado de: Manual Paso a Paso La nueva Infancia (2022) y Alimentación y Nutrición de la Mujer gestante y de la madre en periodo de la lactancia (GPC)(61,69).

11.4 Anexo 4.- Menú referencial para niñas y niños de 2 a 6 años de edad

Grupo de Edad	Tiempo de Comida	Ejemplo	Porción
Niñas y niños de 2 a 6 años de edad	Desayuno	2 rodajas de pan tostado 2 rodajas de queso fresco Jugo de tomate 1 huevo cocinado	2 unidades 2 unidades 1 vaso 1 unidad
	Almuerzo	Sopa de fideo Pollo al jugo Ensalada de rábano Arroz Fruta picada	1 plato 1 plato 1 unidad
	Cena	Guiso de pescado Arroz Ensalada de tomate	1 plato 1 plato
	Colaciones	Habas con queso Chochos con tostado	1 plato pequeño

Adaptado de: Manual Paso a Paso La nueva Infancia (2022) y Alimentación y Nutrición de la Mujer gestante y de la madre en periodo de la lactancia (GPC)(61,69).

11.5 Anexo 5.- Ejemplo de una sesión de educación en la sala de espera**Tabla 31. Ejemplo de una sesión de educación en la sala de espera**

Mensaje: "Alimentarse bien es cuidar de ti y de tu familia! Los alimentos frescos y naturales nos proporcionan la energía que necesitamos para un día lleno de vitalidad. ¡Incluye más frutas, verduras y granos integrales en tu dieta y notarás la diferencia"	
Objetivo	Fomentar la elección de alimentos frescos y naturales en la población objetivo, resaltando sus beneficios para la salud.
Objetivos de aprendizaje:	• Identificar los productos ultraprocesados que consumimos. • Conocer los efectos adversos para la salud de los alimentos ultraprocesados.
Tema	Los alimentos procesados y los ultraprocesados.
Población meta	Mujeres gestantes, mujeres en período de lactancia, familias en sala de espera.
Materiales	Documento técnico de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos del Ecuador y su caja de herramientas.
Tiempo	Sesión corta (tiempo estimado 5 minutos).

Apertura	Saludo cordial: "Buenos días/tardes. Hoy queremos compartir contigo algunos consejos para llevar una alimentación más saludable." Pregunta abierta y escucha activa: ¿Han consumido salchipapas recientemente? ¿Con qué frecuencia suelen comer este tipo de alimentos?
Desarrollo	Gancho: ¿Sabías que incluso las papas, un alimento tan natural, pueden convertirse en una bomba de sal y grasas saturadas cuando se transforman en salchipapas? Comunicación: al agregarle salchicha procesada, grasas y una gran cantidad de condimentos salados, este plato, que parece inofensivo, se convierte en un ejemplo claro de alimento ultraprocesado. En la cuchara saludable podemos ver que los alimentos procesados y ultraprocesados están afuera y se aconseja evitarlos. Reflexión y escucha activa: ¿Por qué creen que se recomienda evitarlos? Presentación de la GABA: explicar de forma sencilla qué es la GABA – Mensaje 6: protejamos nuestra salud: evitemos el consumo de productos ultraprocesados, comida rápida y bebidas endulzadas. Evite consumir productos que vienen en paquetes, embutidos, papas fritas, galletas, gelatinas. Estos productos suelen tener altos niveles de grasa, sal y azúcar, perjudiciales para la salud. Opte por alimentos sin etiquetas de advertencia (semáforo nutricional). Evite el consumo de carnes procesadas (embutidos). Prefiera leguminosas, huevo, pollo o pescado, conejo, cuy. Utilizar la cuchara saludable para mostrar los diferentes alimentos que promueven la salud (frutas, verduras, granos). Los alimentos aportan vitaminas, minerales y fibra que aportan nutrientes que benefician la salud, especialmente durante la gestación y la lactancia materna. Resaltar los riesgos de los alimentos ultraprocesados y los efectos negativos en la salud (hipertensión, diabetes y otras enfermedades crónicas) etc.
Cierre	¡Gracias por atenderme hoy! Invitación a la acción: animar a las y los participantes a incorporar más frutas, verduras y alimentos integrales en su dieta diaria. Agradecer a los participantes por su atención y disposición.

Adaptado de: Sistema Nova de Clasificación de los Alimentos (2023); Guías Alimentarias (GABAS) (2018) (33,92).

11.6 Anexo 6 -. Conversatorios individuales

Tabla 32. Ejemplo de conversatorio individual

Mensaje: ¡Alimenta a tu niña o niño con amor y conocimiento!	
Objetivo	Brindar información clara y concisa a madres y padres sobre la introducción de alimentos sólidos a sus niñas o niños a partir de los 6 meses de edad.
Objetivos de aprendizaje	• Comprender la importancia de iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses. • Identificar señales de que la niña o niño está listo para comenzar a comer alimentos blandos.
Tema	Introducción de alimentos blandos a los 6 meses de edad.
Población meta	Madres y padres de niñas o niños que van a cumplir los 6 meses.
Materiales	Rotafolio de la concepción a los 5 años. Maternidad segura e infancia plena.
Tiempo	10 minutos por conversatorio.
Apertura	Saludo cordial: "Buenos días/tardes. Gracias por esperar. Sé que tiene muchas preguntas sobre cómo alimentar a su niña o niño ahora que está creciendo. Gancho: hoy quiero hablar con usted sobre un tema muy importante: la introducción de alimentos blandos." Pregunta reflexiva y escucha activa: "¿Cómo se siente acerca de comenzar a darle otros alimentos a la niña o el niño?"
Desarrollo	Gancho: muestra el Manual de Consejería: Para reforzar la importancia de la lactancia materna como fuente principal de nutrición hasta los 6 meses de edad. Explicar las señales que indican que la niña o el niño está listo para comenzar a comer alimentos blandos (mantener la cabeza erguida, mostrar interés por la comida, etc.). Mostrar alimentos adecuados para iniciar la alimentación complementaria, enfatizando la importancia de ofrecer una variedad de sabores y texturas. También recalcar que primero se ofrece la lactancia materna y después los alimentos complementarios. Explicar técnicas adecuadas para la introducción de alimentos, como la alimentación por cuchara, la consistencia de los alimentos y la prevención de alergias. Resolver dudas de las y los cuidadores.

Cierre	¡Gracias por atenderme hoy! Reforzar los conceptos más importantes. Invitación a la acción: animar a las y los participantes a incorporar más frutas, verduras y alimentos integrales en su dieta diaria. Invitar a los padres a consultar con un profesional de la salud si tienen alguna duda o preocupación. Agradecer a las y los cuidadores por su participación
--------	---

Adaptado de: The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package (2024) (2,37).

11.7 Anexo 7 -. Conversatorios en el establecimiento de salud

Tabla 33. Ejemplo de sesión de consejería en la consulta del establecimiento de salud

Fase de la sesión	Interacción
Aprendizaje basado en necesidades	Profesional de la salud: buenas tardes, señora Pérez. ¿Cómo se siente hoy? Usuaría: buenas tardes. me siento un poco cansada y preocupada por mi alimentación. Profesional de la salud: es normal sentirse así durante el embarazo. Estoy aquí para ayudarle a asegurarse de que tanto usted como su hija o hijo estén bien nutridos. Hablemos sobre algunos aspectos importantes para mejorar su alimentación.
Fase de sensibilización	Profesional de la salud: ¿Ha estado consumiendo suficientes frutas y verduras en su dieta? Usuaría: he intentado, he estado comiendo lo que me apetece, pero no sé si es suficiente. Profesional de la salud: entiendo, es importante que su dieta incluya alimentos de al menos cinco grupos: frutas, verduras, granos, proteínas y lácteos. Esto le proporcionará los nutrientes necesarios para su salud y la de su hija o hijo. Puede comenzar incluyendo diferentes frutas y verduras en cada comida. Por ejemplo, un desayuno con plátano y leche o queso o tal vez, una comida con brócoli, queso y arroz.
Fase de motivación y acción	Profesional de la salud: vamos a establecer un plan. Para que sea más fácil, ¿qué le parece si esta semana se compromete a incluir al menos un alimento de cada grupo en sus comidas? Podría ser tan sencillo como agregar una pieza de fruta a su desayuno y una ensalada con su almuerzo. Usuaría: eso suena manejable. Me gustaría probarlo. Profesional de la salud: perfecto. Recuerde también que variar los colores de los alimentos puede ayudarle a obtener

	diferentes nutrientes. Por ejemplo, los tomates y los pimientos son ricos en vitaminas y antioxidantes.
Fase de refuerzo	Profesional de la salud: podemos agendar una cita para la próxima semana y ver cómo le va con los cambios en su dieta. Si tiene dudas o siente algo inusual, no dude en contactarnos. Usuaría: ¡Gracias! Me siento más segura ahora.

Adaptado de: Manual Paso a Paso (2022), Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package (2024) (2,93).

11.8 Anexo 8.- Mensajes finales de las Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios (GABSA) para los 1000 primeros días de vida en Ecuador

Mensaje 1: ¡Fortalece tu salud y la de tu bebé! Durante el embarazo consume todos los días, granos en cualquier preparación o alimentos de origen animal para evitar la anemia.

Mensaje 2: ¡Consume alimentos variados! Durante el embarazo prefiere preparaciones hechas en casa e incluye alimentos de diferentes colores en cada comida.

Mensaje 3: ¡Por tu salud y la de tu bebé! Si durante el embarazo tienes náuseas y vómitos sigue alimentándote en pequeñas cantidades varias veces al día.

Mensaje 4: ¡Protege tu salud y la de tu bebé! Evita el consumo de alimentos y bebidas altos en azúcar, edulcorantes, sal y grasas, para prevenir enfermedades durante el embarazo que pueden poner en riesgo sus vidas.

Mensaje 5: ¡Ejercítate durante el embarazo! Protege tu salud dedicando al menos 30 minutos diarios exclusivos a la actividad física que más te guste, si no presentas riesgos ni complicaciones.

Mensaje 6: ¡Crea un vínculo amoroso! Exige estar junto a tu bebé durante la primera hora de vida, para que puedas alimentarle con leche materna.

Mensaje 7: ¡Ofrécele un futuro mejor! Durante los primeros seis meses de vida alimenta a tu bebé solo con leche materna, para que crezca sano y fuerte.

Mensaje 8: ¡Para su mejor crecimiento y desarrollo! Bríndale leche materna exclusiva a tu bebé a la hora que te la pide y en cualquier lugar durante los primeros seis meses de vida.

Mensaje 9: ¡Mamá también es importante! Durante el embarazo y la lactancia aliméntate saludablemente y toma agua apta para el consumo humano durante el día y en cada comida.

Mensaje 10: ¡Llegó la hora de nuevos alimentos! A partir de los 6 meses de edad, ofrece con cariño y paciencia a tu bebé alimentos naturales de sabores y texturas variadas junto con la leche materna.

Mensaje 11: ¡Continúa con la leche materna! Para mantenerlo sano y fuerte completa su alimentación saludable con leche materna hasta al menos los dos años de edad.

Mensaje 12: ¡Ni dulce, ni salado! A partir de los 6 meses de edad, dejemos a los bebés explorar y disfrutar los sabores naturales de los alimentos sin agregar azúcar y sal a las comidas para prevenir enfermedades a futuro.

Mensaje 13: ¡Más fuerte, más sano y sin anemia! Ofrécele a tu bebé todos los días alimentos de origen animal o granos variados a partir de los 6 meses de edad.

Mensaje 14: ¡Consumamos lo nuestro! Disfrutemos en familia los alimentos naturales del Ecuador, para promover hábitos saludables desde la niñez y apoyar a los productores locales (94).

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado por:	Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez	Viceministerio de Salud Pública	Viceministra	 Validar Únicamente en FirmaAC. Firmado electrónicamente por: WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ
Revisado por:	Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria	 Validar Únicamente en FirmaAC. Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE
	Mgs. Evelyn Patricia Montenegro Navas	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria (E)	 Validar Únicamente en FirmaAC. Firmado electrónicamente por: EVELYN PATRICIA MONTENEGRO NAVAS
	Mgs. Carlos Djalmar Zambrano Vera	Subsecretaría de Prestación de Servicios de Salud	Subsecretario (E)	 Validar Únicamente en FirmaAC. Firmado electrónicamente por: CARLOS DJALMAR ZAMBRANO VERA
	Mgs. German Anthony Bustamante Lindao	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud	Director	 German Anthony Bustamante Lindao Time Stamping Security Data
	Mgs. Karol Mabel Sandoval Illescas	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.	Directora (E)	 Validar Únicamente en FirmaAC. Firmado electrónicamente por: KAROL MABEL SANDOVAL ILLESCAS
	Mgs. Elena Estefanía Herrera Martínez	Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición	Directora (E)	 Validar Únicamente en FirmaAC. Firmado electrónicamente por: ELENA ESTEFANIA HERRERA MARTINEZ
Elaborado por:	Mgs. María Belén Araujo Pazmiño	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud	Especialista	 Validar Únicamente en FirmaAC. Firmado electrónicamente por: MARIA BELEN ARAUJO PAZMIÑO
	Lcdo. Alexander Paul Horna Echevarría	Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición	Especialista	 Validar Únicamente en FirmaAC. Firmado electrónicamente por: ALEXANDER PAUL HORNA ECHEVERRIA



**GOBIERNO DEL
ECUADOR**

Ministerio de Salud Pública

www.salud.gob.ec

Razón: Certifico que, el presente instrumento firmado de manera electrónica corresponde al Acuerdo Nro. 00016-2026, de 02 de octubre de 2026, por parte y en calidad de las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública, al Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra, de conformidad al Decreto Ejecutivo No. 446 de 10 de julio de 2026.

Legalizo que el presente instrumento corresponde a la desmaterialización del Acto normativo de carácter administrativo Nro. 00016-2026, de 02 de octubre de 2026.

El Acuerdo en formato físico y digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Nota: El Acuerdo Nro. 00016-2026, de 02 de octubre de 2026, conforme el artículo 1: *“Aprobar y autorizar la publicación del “Manual de Consejería Nutricional para Niñas y Niños Menores de Seis Años, Gestantes y Mujeres en Periodo de Lactancia.”*, se compone de: fojas 1 a la 4, Acuerdo; y, fojas 5 a la 86, Anexo del *“MANUAL - Consejería Nutricional para Niñas y Niños Menores de Seis Años, Gestantes y Mujeres en Periodo de Lactancia 2026”*.

Quito, D.M., a 05 de octubre de 2026



Mgs. Diana Alejandra Reinoso Caicedo
DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Atención ciudadana
Telf.: 3941-800
Ext.: 3134

www.registroficial.gob.ec

JL/FA

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.