

Las normas traducidas para la sección de Prevenir la obesidad infantil en los programas de cuidado y educación en la primera infancia tienen vigencia a partir del 30 de enero de 2020, y pueden no reflejar las revisiones a las normas CFOC que se hicieron después de esta fecha.

Recopilación especial

Prevenir la obesidad infantil en los programas de cuidado y educación en la primera infancia

La segunda edición de *Prevenir la obesidad infantil en los programas de cuidado y educación en la primera infancia* es el nuevo grupo de normas nacionales que describen las buenas prácticas basadas en la evidencia con respecto a la **nutrición, actividad física y tiempo frente a pantallas** para los programas de cuidado y educación en la primera infancia. Las normas son para **TODOS los tipos de entornos de cuidado y educación en la primera infancia - centros y hogares de cuidado infantil familiar**. Estos estándares actualizados son parte del nuevo *Caring for Our Children [Cuidado de nuestros hijos]: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs [Normas de Desempeño de Salud y Seguridad Nacionales, Pautas de programas de cuidado y educación en la primera infancia]*, Tercera edición (CFOC, 3ra Ed.), que se publicó en junio de 2011.

Formato de mención sugerido:

Academia Estadounidense de Pediatría, Asociación Estadounidense de Salud Pública y Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana. 2012. *Prevenir la obesidad infantil en cuidado y educación en la primera infancia: Normas seleccionadas de Caring for Our Children [Cuidado de nuestros hijos]: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs [Normas de Desempeño de Salud y Seguridad Nacionales, Pautas de programas de cuidado y educación en la primera infancia]*, 3ra edición.

La segunda edición de *Prevenir la obesidad infantil en cuidado y educación en la primera infancia* contiene las estrategias de intervención práctica para prevenir el aumento de peso excesivo de los niños pequeños. Las normas detallan oportunidades para que los proveedores trabajen con las familias a partir del día uno de la inscripción de un bebé.

Áreas de cobertura:

- Requerimientos generales de nutrición
- Patrones de las comidas y refrigerios
- Requisitos para bebés, incluso para apoyar la lactancia
- Requisitos para niños pequeños y niños en edad preescolar
- Servicio de comida y supervisión
- Alimentos traídos del hogar
- Educación nutricional
- Oportunidades activas para la actividad física
- Hora del juego en interiores y exteriores
- Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física
- Límites del tiempo frente a pantallas
- Políticas sobre la alimentación de bebés, servicios de comida y nutrición y actividad física

Las normas CFOC se desarrollan a través de una asociación pública y privada entre la [Asociación Estadounidense de Salud Pública \(APHA\)](#), la [Academia Americana de Pediatría \(AAP\)](#), el [Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana](#) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Recursos de Salud, Administración de Servicios, [Oficina de Salud Infantil y Maternal \(MCHB\)](#). Los fondos para las normas seleccionadas previamente publicadas fueron provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración para Niños y Familias, [Oficina de Cuidado Infantil](#).

Tabla de contenidos

I. Normas sobre nutrición

A. Requisitos generales

4.2.0.1 Plan escrito de nutrición

3.1.2.1 Supervisión de salud de rutina y monitoreo del crecimiento

4.2.0.2 Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales

4.2.0.8 Planes de alimentación y modificaciones de dieta

4.2.0.3 Uso de las pautas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

4.2.0.4 Categorías de alimentos

- 4.2.0.5 Patrones de las comidas y refrigerios
- 4.2.0.6 Disponibilidad del agua potable
- 4.2.0.7 Jugo de 100% de fruta
- 4.2.0.9 Menús escritos e introducción de nuevos alimentos
- 4.2.0.10 Cuidar a niños con alergias alimentarias
- 4.2.0.11 Ingesta de sustancias que no brindan nutrición
- 4.2.0.12 Dietas vegetarianas/vegas

B. Requisitos para bebés

- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
- 4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente
- 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
- 4.3.1.4 Alimentar con leche humana al hijo de otra madre
- 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés
- 4.3.1.8 Técnicas para la alimentación con biberón
- 4.3.1.9 Calentar biberones y comidas para bebés
- 4.3.1.10 Limpiar y desinfectar equipo que se usa para alimentación con biberón
- 4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
- 4.3.1.12 Alimentar alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
- 4.3.1.6 Uso de fórmula a base de soja y leche de soja

C. Requisitos para niños pequeños y niños en edad preescolar

- 4.3.2.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños pequeños y niños en edad preescolar
- 4.3.2.2 Porciones para bebés y niños en edad preescolar
- 4.3.2.3 Alentar que los bebés más grandes y niños pequeños: coman solos
- 4.3.1.7 Alimentar con leche de vaca

D. Requisitos para niños en edad escolar

- 4.3.3.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños en edad escolar

E. Servicio de comida y supervisión

- 4.5.0.4 Socialización durante las comidas
- 4.5.0.5 Cantidad de niños alimentados simultáneamente por un solo adulto
- 4.5.0.6 Supervisión de adultos de niños que están aprendiendo a alimentarse por sí mismos
- 4.5.0.7 Participación de niños más grande y personal en las actividades a la hora de la comida
- 4.5.0.8 Experiencia con alimentos familiares y nuevos alimentos
- 4.5.0.3 Actividades que son incompatibles con la alimentación
- 4.5.0.11 Usos prohibidos de la comida
- 4.4.0.2 Uso del nutricionista/dietista registrado

F. Alimentos traídos del hogar

- 4.6.0.2 Calidad nutricional de los alimentos traídos del hogar
- 4.6.0.1 Selección y preparación de la comida que viene de casa

G. Educación nutricional

- 4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para niños
- 2.1.1.2 Salud, nutrición, actividad física y conciencia de la seguridad
- 4.7.0.2 Educación nutricional para padres/tutores

H. Políticas

- 9.2.3.11 Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición
- 9.2.3.12 Política de alimentación de bebés

II. Normas sobre actividad física

- 3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física
- 3.1.3.2 Jugar al aire libre
- 3.1.3.3 Protección contra la contaminación del aire mientras los niños están afuera
- 3.1.3.4 Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física
- 9.2.3.1 Políticas y prácticas para promover la actividad física

III. Norma sobre el tiempo frente a pantallas

- 2.2.0.3 Tiempo frente a pantallas/uso de medios digitales

Apéndices

Apéndice JJ: Nuestro centro de cuidado infantil apoya la lactancia

Apéndice P: Situaciones que requieren atención médica de inmediato

Apéndice Q: MyPlate: Hacerlo suyo

Apéndice C: Calificaciones del especialista en nutrición, dietista registrado, nutricionista con licencia, consultor y personal de servicio de comida

Apéndice R: Elegir MyPlate: 10 consejos para un gran plato

Apéndice S: Actividad física: ¿Cuánto se necesita?

I. Normas sobre nutrición

A. Requisitos generales

Norma 4.2.0.1: Plan escrito de nutrición



El centro debe brindar alimentos nutritivos y atractivos para los niños de acuerdo con un plan escrito desarrollado por un nutricionista calificado/dietista registrado. Los cuidadores/maestros, directores y personal de servicio de comida deben compartir la responsabilidad de llevar a cabo el plan. El director es responsable de implementar el plan, pero puede delegar las tareas a los cuidadores/maestros y al personal de servicio de comida. Cuando hay bebés y niños pequeños involucrados, el plan de alimentación puede incluir atención especial para apoyar a las madres a mantener su suministro de leche humana. El plan de nutrición debe incluir pasos para tomar cuando los problemas requieren una respuesta rápida por parte del personal, como cuando un niño se asfixia en la hora de la comida o tiene una reacción alérgica a un alimento. El plan completado debe estar en el archivo y debe ser fácilmente accesible para el personal y disponible para los padres/tutores si lo solicitan.

Si el centro es lo suficientemente grande para justificar el empleo de un nutricionista/dietista registrado de tiempo completo o un gerente de servicio de comida de cuidado infantil, el centro debe delegar a esta persona la responsabilidad de implementar el plan escrito. Algunos niños pueden tener condiciones médicas que requieren modificaciones especiales a la dieta. Se debe mantener en el archivo un plan de cuidado escrito del proveedor de atención primaria, que indique claramente los alimentos que se deben evitar y los alimentos que se deben reemplazar. Esta información se debe actualizar anualmente si la modificación no es una necesidad de dieta especial para toda la vida. El personal debe estar educado sobre la modificación de dieta del niño para garantizar que ningún niño ingiera o tenga contacto con alimentos que debe evitar en el centro. Se deben implementar modificaciones adecuadas cuando el niño trae su comida o si se prepara en el sitio. El centro necesita informar a todas las familias y al personal si ciertos alimentos, como productos que contienen nueces (por ej., mantequilla de maní, aceite de maní) no se deben traer del hogar debido a una alergia que puede poner en peligro la vida de un niño. El personal también debe saber qué procedimiento seguir en caso de ingestión o contacto. Además de saber con anticipación qué procedimientos seguir, el personal debe saber sus roles designados, durante una emergencia. El plan de emergencia se debe fechar y actualizar dos veces por año.

FUNDAMENTO

La comida nutritiva y atractiva es esencial para la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños, y para experiencias de aprendizaje apropiadas para el desarrollo (1-3). La nutrición y la alimentación son fundamentales y se requieren en todos los centros. Como los niños crecen y se desarrollan más rápido durante los primeros años después del nacimiento que en otro momento, el hogar y el centro del niño deben brindar la cantidad y el tipo adecuado de alimentos para cubrir las necesidades de crecimiento y nutrición de cada niño. Los niños pueden aprender hábitos de alimentación saludable y pueden estar mejor equipados para mantener un peso saludable si comen alimentos nutritivos mientras asisten a programas de cuidado y educación en la primera infancia (4). Los niños pueden autorregular su consumo de comida y pueden determinar una cantidad apropiada de alimento para comer de una vez cuando se les permite alimentarse a sí mismos. Se ha demostrado que las indicaciones excesivas, alimentar en respuesta a estrés emocional y usar la comida como una recompensa lleva a un aumento de peso excesivo en los niños (5,6). La epidemia de la obesidad hace que esta sea una lección importante en la actualidad.

Los alimentos y los refrigerios brindar al cuidador/maestro la oportunidad de dar el ejemplo de una conducta apropiada en la hora de la comida y guiar la conversación, que ayudar al desarrollo del idioma conceptual y sensorial y la coordinación mano-ojo de los niños. En los centros más grandes, el personal profesional en nutrición se debe involucrar en asegurar el cumplimiento con las pautas de nutrición y servicio de comida, incluso las adaptaciones para los niños con necesidades especiales de atención de la salud.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.2 Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales

4.2.0.4 Categorías de alimentos

4.2.0.8 Planes de alimentación y modificaciones de dieta

4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente

4.4.0.2 Uso del nutricionista/dietista registrado

4.5.0.11 Usos prohibidos de la comida

4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para niños

9.2.3.11 Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición

9.2.4.3 Planificación ante desastres, capacitación y comunicación

Apéndice C: Calificaciones del especialista en nutrición, dietista registrado, nutricionista con licencia, consultor y personal de servicio de comida

REFERENCIAS

1. Kleinman RE, Greer FR, eds. *Pediatric Nutrition*. 7ma ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2014
2. Holt K, Wooldridge N, Story M, Sofka D. Nutrition Questionnaires/ For: adolescents, early childhood, infants. In: Bright Futures: Nutrition. Chicago, IL: American Academy of Pediatrics; 2011: 223-236
3. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 4ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2017
4. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Head Start. *Head Start Program Performance Standards*. Ed rev. Washington, DC: US Government Printing Office; 2016. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/policy/45-cfr-chap-xiii>. Fecha de acceso el 7 de septiembre 2017
5. Lally JR, Griffin A, Fenichel E, Segal M, Szanton E, Weissbourd B. *Caring for Infants and Toddlers in Groups: Developmentally Appropriate Practice*. 2da ed. Arlington, VA: Zero to Three; 2008

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.



Norma 3.1.2.1: Supervisión de salud de rutina y monitoreo del crecimiento

El centro debe requerir que cada niño tenga la supervisión de salud de rutina por parte de su proveedor de atención médica primario, de acuerdo con los estándares de la Academia Americana de Pediatría (AAP) (3). Para todos los niños, la supervisión de salud incluye pruebas de diagnóstico de rutina, vacunas y monitoreo de enfermedad crónica o grave. Para niños menores de veinticuatro meses, la supervisión de salud

incluye documentación y trazado de cuadros específicos al sexo sobre estándares de crecimiento del niño de la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), disponibles en <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>, y evaluando la dieta y actividad. Para niños de veinticuatro meses de edad y más, los gráficos de altura y peso específico al sexo deben ser trazados por el proveedor de atención primaria además del índice de masa corporal (IMC), de acuerdo con los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC). El IMC se clasifica como bajo de peso (IMC menor a 5%), peso saludable (IMC del 5%-84%), sobrepeso (IMC del 85%-94%), y obeso (IMC igual o mayor al 95%). Las consultas de seguimiento con el proveedor de atención primaria del niño que incluyen una evaluación completa y evaluaciones de laboratorio se deben programar para niños con peso para altura mayor al 95% e IMC mayor al 85% (5).

Los servicios de salud escolar pueden reunir estos estándares para niños en edad escolar en cuidado si cumplen con los estándares de la AAP para niños en edad escolar y si los resultados de los exámenes de cada niño se comparten con el cuidador/maestro así como también con el sistema de salud de la escuela. Con consentimiento de padres/tutores, se debe intercambiar información de salud pertinente entre la fuente de cuidado de la salud de rutina del niño y todos los participantes en cuidado infantil, incluso cualquier programa de salud escolar que participa en el cuidado del niño.

FUNDAMENTO

La provisión de servicios de salud preventiva de rutina para niños garantiza un crecimiento y desarrollo saludable y ayuda a detectar enfermedad cuando es mayormente tratable. Las vacunas previenen o reducen enfermedades para las cuales están disponibles las vacunas efectivas. Cuando los niños están recibiendo cuidado que implica el sistema de salud escolar, dicho cuidado debe ser coordinado por el intercambio de información, con permiso de los padres/tutores, entre el sistema de salud escolar, el médico familiar y el cuidador/maestro del niño. Dicho intercambio garantizará que todos los participantes en cuidado infantil estén al tanto de la condición de salud del niño y sigan un plan de cuidado común.

El trazado de las mediciones de altura y peso y el trazado y clasificación del IMC por parte del proveedor de atención primaria o el personal de salud de la escuela, en un cuadro de crecimiento de referencia, mostrará cómo los niños están creciendo en el tiempo y cómo se comparan con otros niños de la misma edad cronológica y sexo (1,3,4). Los cuadros de crecimiento se basan en datos de muestras de probabilidad nacional, representativos de los niños en la población en general. Su uso por parte del proveedor de atención primaria puede facilitar el reconocimiento temprano de preocupaciones de desarrollo, que llevan a una futura evaluación, diagnóstico y el desarrollo de un plan de cuidado. Dicho plan de cuidado, si se comunica al cuidador/maestro, puede ordenar la atención del cuidador/maestro a la enfermedad, mala nutrición, o actividad física inadecuada que requiere modificación de alimentación u otras prácticas de salud en el entorno de cuidado y educación en la primera infancia (2).

COMENTARIOS

Las mediciones periódicas y precisas de altura y peso que se obtienen, trazan e interpretan por una persona que es competente en la realización de estas tareas proporciona un indicador importante de la condición de salud. Si dichas mediciones se realizan en la instalación de cuidado y educación en la primera infancia, los datos de las mediciones deben ser compartidos por la instalación, sujeto a consentimiento de los padres/tutores, con todos los que participan en el cuidado del niño, incluso padres/tutores, cuidadores/maestros y el proveedor de atención primaria del niño. El consultor de salud de cuidado infantil puede proporcionar capacitación del personal sobre evaluación del crecimiento. Es importante mantener un vínculo sólido entre la instalación de cuidado y educación en la primera infancia, la escuela, el padre/tutor y el proveedor de atención primaria del niño. Los resultados de la prueba de cribado (físicos y de comportamiento) y las evaluaciones de laboratorio son útiles solamente si se puede desarrollar un plan para cuidado para iniciar y mantener cambios en el estilo de vida que incorporen las actividades del niño durante su tiempo en el programa de cuidado y educación en la primera infancia.

El Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) también puede ser una fuente para los datos del IMC con consentimiento de padres/tutores, ya que el WIC controla el crecimiento y desarrollo si el niño está inscrito.

Para los cuadros de IMC por sexo y edad, consulte http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.2 Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales

REFERENCIAS

1. Kleinman, R. E., 2009. Pediatric nutrition handbook. 6ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
2. Hagan, J. F., J. S. Shaw, P. M. Duncan, eds. 2008. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3ra edición, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
3. Story, M., K. Holt, D. Sofka, eds. 2002. Bright futures in practice: Nutrición. 2da ed. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health.
4. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2011. About BMI for children and teens. http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html.
5. Paige, D. M. 1988. Clinical nutrition. 2da ed. St. Louis: Mosby.

6. Holt K, Wooldridge N, Story M, Sofka D. Growth/ In adolescence, in infancy. In: Bright Futures: Nutrition. Chicago, IL: American Academy of Pediatrics; 2011: 95-101, 21-26, 49



Norma 4.2.0.2: Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales

Como parte de una supervisión de salud de rutina por parte de un proveedor de atención médica primario, se debe evaluar a los niños por problemas médicos relacionados con la nutrición, como no desarrollarse, sobrepeso, obesidad, alergias alimentarias, enfermedad de reflujo y anemia ferropénica (1). Los estándares nutricionales en todo este documento son recomendaciones generales que no siempre pueden ser apropiadas para algunos niños con necesidades de nutrición especiales identificadas médicamente. Los cuidadores/maestros deben comunicarse con el padre/tutor del niño y con el pediatra/otro médico para adaptar las ofertas nutricionales a los niños en particular tal como se indica y sea apropiado médicamente.

Los cuidadores/maestros deben trabajar con el padre/tutor para implementar planes de alimentación individualizados desarrollados por el proveedor de atención médica primario del niño para cumplir con las necesidades nutricionales singulares. Estos planes podrían incluir, por ejemplo, alimentos adicionales ricos en hierro para un niño al que se le ha diagnosticado con anemia ferropénica. Para un niño al que se lo diagnosticó como obeso o con sobrepeso, el plan debería enfocarse en controlar los tamaños de porciones y en crear un plan de menú en el que no se sirvan los alimentos abundantes en calorías, como jugos endulzados con azúcar, néctar y bebidas. Usar estas diferencias nutricionales como momentos educativos ayudará a los niños a comprender por qué pueden o no pueden comer determinados alimentos. Algunos niños requieren técnicas de alimentación especial, como alimentos espesos o posiciones especiales durante las comidas. Otros niños requerirán modificaciones dietéticas basadas en intolerancias a los alimentos, como intolerancia a la lactosa o trigo (gluten). Algunos niños necesitarán modificaciones dietéticas en base a las preferencias culturales o religiosas, como dietas veganas, vegetarianas o kosher, o alimentos halal.

FUNDAMENTO

Los primeros años son un momento importante para el crecimiento y desarrollo de los niños. Los problemas nutricionales se deben identificar y tratar durante este período para prevenir problemas médicos graves o a largo plazo. Hay pruebas contundentes que muestran una relación entre los niños en edad preescolar que reciben porciones de mayor tamaño y una mayor ingesta de energía, lo que indica la importancia de implementar el tamaño adecuado de las porciones tan pronto como los 2 años de edad para los niños en riesgo de tener sobrepeso (2). El entorno de cuidado y educación en la primera infancia puede estar ofreciendo la mayoría de la ingesta nutricional diaria de un niño, especialmente para niños en cuidado de tiempo completo. Es importante que la instalación se asegure de que las ofertas de alimentos sean coherentes con las intervenciones nutricionales o las modificaciones dietéticas recomendadas por el pediatra/otro médico del niño, en consulta con el nutricionista/dietista registrado, para asegurarse de que la intervención sea específica para el niño.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.2.1 Supervisión de salud de rutina y monitoreo del crecimiento
- 4.2.0.8 Planes de alimentación y modificaciones de dieta
- 4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente

REFERENCIAS

1. McAllister JW. *Achieving a Shared Plan of Care with Children and Youth with Special Health Care Needs*. Palo Alto, CA: Lucille Packard Foundation for Children's Health; 2014.
http://www.lpfch.org/sites/default/files/field/publications/achieving_a_shared_plan_of_care_full.pdf. Fecha de acceso el jueves, 7 de septiembre de 2017
2. McCrickerd K, Leong C, Forde CG. Preschool children's sensitivity to teacher-served portion size is linked to age related differences in leftovers. *Appetite*. 2017;114:320-328
3. **RECURSO ADICIONAL**
US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. *Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020*. 8va ed. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2015
https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf. Fecha de acceso el jueves, 7 de septiembre de 2017

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.



Norma 4.2.0.8: Planes de alimentación y modificaciones de dieta

Antes de que un niño ingrese a un centro de cuidado y educación en la primera infancia, el centro debe obtener un historial escrito que incluya las necesidades de nutrición o alimentación para el niño, incluso el uso de leche humana o cualquier utensilio de alimentación especial. El personal debe revisar este historial con los padres/tutores del niño, aclarar y hablar sobre cómo las rutinas de alimentación en el hogar de los padres/tutores puede ser diferente a la rutina planificada del centro. El proveedor de atención primaria del niño debe brindar información escrita al padre/tutor sobre cualquier modificación de dieta o técnicas especiales de alimentación que se requieren en el programa de cuidado y educación en la primera infancia para que puedan ser compartidas e implementadas por el programa.

Si se indican modificaciones de dieta, según las necesidades especiales de dieta o médicas del niño, los cuidadores/maestros deben modificar o complementar la dieta del niño para cubrir las necesidades específicas del niño individual. Las modificaciones de dieta se deben realizar en consulta con los padres/tutores y el proveedor de atención primaria del niño. Los cuidadores/maestros pueden consultar con un nutricionista/dietista registrado.

La dieta de un niño puede ser modificada debido a sensibilidad a los alimentos, alergias alimentarias o muchas otras razones. La *sensibilidad a los alimentos* incluye un rango de condiciones en las que un niño presenta una reacción adversa a un alimento que, en algunos casos, puede ser una amenaza para la vida. La modificación de la dieta de un niño también se puede relacionar con una alergia alimentaria, una incapacidad de diferir o tolerar ciertos alimentos, una necesidad de calorías extra, una necesidad de una posición especial mientras come, diabetes y la necesidad de combinar alimentos con insulina, idiosincrasias con respecto a la comida y otras cuestiones de alimentación identificadas, incluso enfermedad celíaca, fenilcetonuria, diabetes y alergia alimentaria severa (anafilaxis). En algunos casos, un niño puede enfermarse si no puede comer, por lo tanto, saltarse una comida podría tener una consecuencia negativa, especialmente para niños con diabetes.

Para un niño con necesidades especiales de atención de la salud que requiere modificaciones de dieta o técnicas especiales de alimentación, se deben guardar las instrucciones del padre/tutor del niño y del proveedor de atención primaria del niño en el registro del niño y se deben seguir esas instrucciones. Las modificaciones de dieta se deben registrar. Estas instrucciones escritas deben identificar

- a. El nombre completo del niño y la fecha de las instrucciones
- b. Las necesidades especiales de atención de la salud del niño
- c. Las restricciones de dieta sobre la base de estas necesidades especiales
- d. Cualquier utensilio de alimentación o para comer especial
- e. Los alimentos que se deben eliminar de la dieta y cualquier alimento que se debe reemplazar
- f. Cualquier otra información pertinente sobre las necesidades especiales de atención de la salud del niño
- g. Qué se debe hacer, si es necesario, si el niño es expuesto a los alimentos restringidos

El historial escrito de las necesidades especiales de nutrición o alimentación debe usarse para desarrollar planes de alimentación individuales y, colectivamente, para desarrollar el menú del centro. Los proveedores de atención médica con experiencia en disciplinas relacionadas con las necesidades especiales de nutrición, incluso nutrición, lactancia, terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia, deben participar cuando sea necesario o cuando están disponibles para el centro. Si está disponible, el nutricionista/dietista registrado debe aprobar los menús que acomodan las modificaciones de dieta necesarias.

El plan de alimentación debe incluir medidas que se deben tomar cuando surge una situación que requiere una respuesta rápida por parte del personal, como un niño que se asfixia en la hora de la comida o un niño con antecedentes conocidos de alergias alimentarias que presenta signos y síntomas de anafilaxis (reacción alérgica severa), como dificultad para respirar y enrojecimiento severo e hinchazón de la cara o la boca. El plan completado debe estar en el archivo y debe ser accesible para el personal y disponible para los padres/tutores si lo solicitan.

FUNDAMENTACIÓN

Los niños con necesidades especiales de atención de la salud pueden tener requisitos individuales en relación con la dieta y deglución, que involucran utensilios especiales de alimentación y necesidades de alimentación que necesitarán el desarrollo de un plan individual antes de su ingreso al centro (1). Muchos niños con necesidades especiales de atención de la salud tienen dificultades con la alimentación, incluso el retraso en el desarrollo de habilidades básicas de masticación, deglución y alimentación independiente. Es posible que los alimentos, el estilo de alimentación, los utensilios y el equipo de alimentos, incluidos los muebles, tengan que adaptarse para satisfacer las necesidades físicas y de desarrollo de cada niño (2,3).

Algunos niños tienen dificultades para aumentar de peso lentamente y necesitan que su ingesta calórica sea monitoreada y complementada. Otros, como los niños con diabetes, pueden necesitar tener una dieta combinada con su medicamento (por ej., insulina, si toman una dosis fija de insulina). Algunos niños no pueden tolerar ciertos alimentos debido a alergias a los alimentos o incapacidad para digerirlos. Los 8 alimentos más comunes que causan anafilaxis en los niños son leche de vaca, huevos, soja, trigo, pescado, mariscos, maníes y frutos secos. Los miembros del personal deben saber con anticipación qué procedimientos seguir, y sus roles designados, durante una emergencia.

Como una precaución de salud y seguridad, el personal debe saber con anticipación si un niño tiene alergias alimentarias, errores innatos del metabolismo, diabetes, enfermedad celíaca, empuje de la lengua o necesidades especiales de atención de la salud en relación con la alimentación, como requerir utensilios o equipos especiales de alimentación, alimentación por sonda nasogástrica o gástrica, o posicionamiento especial. Estas situaciones requieren planificación individual antes del ingreso del niño en un programa de cuidado y educación en la primera infancia y de manera constante (2).

En algunos casos, las modificaciones de dieta se basan en creencias religiosas o culturales. La información detallada sobre las necesidades especiales de cada niño, ya sea por necesidades de dieta, equipo de alimentación o necesidades culturales, tiene un valor incalculable para el personal del centro para cubrir las necesidades nutricionales de todos los niños en su cuidado.

COMENTARIOS

Una colaboración estrecha entre las familias y el centro es necesaria para los niños que requieren dietas especiales. Los padres/tutores pueden tener que proporcionar alimentos de manera temporal, o incluso permanente, si el centro, después de explorar todos los recursos de la comunidad, no puede proporcionar una dieta especial.

Los programas pueden considerar utilizar el Plan de Emergencia para Alergias y Anafilaxis de la Academia Americana de Pediatría (AAP), que se incluye en el informe clínico de AAP, [Guía para completar un plan escrito de emergencia para alergias y anafilaxis](#) (4).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[4.2.0.1](#) Plan escrito de nutrición

[4.2.0.2](#) Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales

[3.5.0.1](#) Plan de Cuidado para niños con necesidades especiales de atención de la salud

[4.2.0.12](#) Dietas vegetarianas/veganas

[4.3.1.2](#) Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente

[4.5.0.10](#) Alimentos que son peligros de asfixia

REFERENCIAS

1. Wang J, Sicherer SH; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Guidance on completing a written allergy and anaphylaxis emergency plan. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20164005
2. Kleinman RE, Greer FR, eds. *Pediatric Nutrition*. 7ma ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2014
3. Kaczowski CH, Caffrey C. Pediatric nutrition. In: Blanchfield DS, ed. *The Gale Encyclopedia of Children's Health: Infancy Through Adolescence*. Vol 3. 3ra ed. Farmington Hills, MI: Gale; 2016:2063–2066
4. Samour PQ, King K. *Pediatric Nutrition*. 4ta ed. Sunbury, MA: Jones and Bartlett Learning; 2010

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.

Norma 4.2.0.3: Uso de las pautas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE. UU.



Todas las comidas y refrigerios y su preparación, entrega y almacenamiento deben cumplir con los requisitos para comidas (7 CFR §226.20) del componente de cuidado infantil del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (1-3).

FUNDAMENTO

Las regulaciones, políticas y materiales de guía del CACFP sobre requisitos para comidas proporcionan pautas básicas para una nutrición sólida y prácticas de desinfección. La guía del CACFP para patrones de las comidas y refrigerios garantiza que se cumplan con las necesidades nutricionales de los bebés y niños, incluso niños en edad escolar hasta los 12 años, basándose en las Pautas sobre la dieta para estadounidenses (4,5) así como también otras recomendaciones basadas en la evidencia (6,7). Los programas que no son elegibles para reintegro conforme a las regulaciones del CACFP incluso deben usar la guía de comidas del CACFP.

COMENTARIOS

El personal debe usar información sobre el crecimiento del niño y los patrones de comidas del CACFP para desarrollar planes de alimentación individuales (6).

RECURSO ADICIONAL

Departamento de Agricultura de los EE. UU. Child and Adult Care Food Program: best practices. Sitio web del US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/cacfp/CACFP_factBP.pdf. Fecha de acceso el jueves, 7 de septiembre de 2017

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.2.1 Supervisión de salud de rutina y monitoreo del crecimiento
- 4.2.0.4 Categorías de alimentos
- 4.2.0.5 Patrones de las comidas y refrigerios
- 4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente
- 4.3.2.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños pequeños y niños en edad preescolar
- 4.3.3.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños en edad escolar

REFERENCIAS

1. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. *Independent Child Care Centers: A Child and Adult Care Food Program Handbook*. Washington, DC: Departamento de Agricultura de los EE. UU.; 2014. <https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/Independent%20Child%20Care%20Centers%20Handbook.pdf>. Fecha de acceso el jueves, 7 de septiembre de 2017
2. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. *Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020*. 8va ed. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2015 https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf. Fecha de acceso el jueves, 7 de septiembre de 2017
3. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Child and Adult Food Program (CACFP). Nutrition standards for CACFP meals and snacks. <https://www.fns.usda.gov/cacfp/meals-and-snacks>. Actualizado el 27 de marzo de 2017. Fecha de acceso el 7 de septiembre 2017
4. US Department of Agriculture, Healthy Meals Resource System, Team Nutrition. CACFP wellness resources for child care providers. <https://healthymeals.fns.usda.gov/cacfp-wellness-resources-child-care-providers>. Fecha de acceso el jueves, 7 de septiembre de 2017
5. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Requirements for meals. Sitio web del US Government Publishing Office. https://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=9c3a6681dbf6aada3632967c4bfeb030&mc=true&node=pt7.4.226&rgn=div5#se7.4.226_120. Fecha de acceso el 7 de septiembre de 2017
6. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program (CACFP). Regulations. <https://www.fns.usda.gov/cacfp/regulations>. Actualizado el jueves, 7 de septiembre de 2017. Fecha de acceso el 7 de septiembre 2017
7. Lally JR, Griffin A, Fenichel E, Segal M, Szanton E, Weissbourd B. *Caring for Infants and Toddlers in Groups: Developmentally Appropriate Practice*. 2da ed. Arlington, VA: Zero to Three; (2008)

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.



Norma 4.2.0.4: Categorías de alimentos

El programa de cuidado y educación en la primera infancia debe garantizar que se sirvan los siguientes grupos de alimentos a los niños en cuidado.

Cuando se incorporan a la dieta de un niño, estos grupos de alimentos forman componentes fundamentales de un patrón de alimentación saludable.

Elegir opciones de alimentos saludables^a		
Grupos de alimentos/Ingredientes	USDA^b	Pautas para niños pequeños de la CFOC
Frutas	<p><u>Frutas enteras</u> Incluye fresca, congelada, enlatada (empaquetada en agua de jugo de 100% de fruta), y variedades secas que incluyen buenas fuentes de potasio (por ej. bananas, ciruelas secas)</p> <p><u>Jugo de fruta</u> Jugo de 100 % fruta (es decir, sin azúcar agregada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comer una variedad de frutas enteras. • Fruta entera, triturada o en puré, para bebés. • No utilizar servir jugo a bebés menores de 12 meses. • No más de 4 oz de jugo por día para niños de 1 a 3 años de edad. • No más de 4-6 oz de jugo por día para niños de 4 a 6 años de edad. • No más de 8 oz de jugo por día para niños de 7 a 12 años de edad.
Vegetales	<p>Incluye frescos, congelados, enlatados y variedades secas</p> <p><u>Subgrupos de Vegetales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verde oscuro • Rojo y naranja • Frijoles y guisantes (legumbres) • Vegetales ricos en almidón • Otros vegetales 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye una variedad de vegetales de los subgrupos de vegetales. • Seleccionar las opciones bajas en sodio cuando se sirven vegetales enlatados.
Granos	<p><u>Granos enteros</u> Contienen el grano entero (es decir, harina de grano entero, bulgur, avena, arroz integral)</p> <p><u>Granos refinados</u> Granos enriquecidos que han sido molidos, procesados y despojados de nutrientes vitales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar la cantidad de granos refinados. • Hacer que la mitad de los granos servidos sean granos enteros o productos de granos enteros.
Alimentos proteicos (Carne y alternativas de la carne)	<p>Incluye alimentos de origen animal y vegetal (por ej., mariscos, carnes magras, aves de corral, huevos, yogur, queso, productos de soja, nueces y semillas, frijoles y guisantes cocidos [maduros])</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pescado, aves de corral, carnes magras, huevos. • Nueces y semillas sin sal (si es apropiado para la edad y el nivel de desarrollo). • Las legumbres (frijoles y guisantes) también se pueden considerar fuente de proteína. • Limitar las carnes y aves de corral procesadas. • Evitar el pescado y las aves de corral fritas.

Productos lácteos	Leche descremada o con bajo contenido graso (1 %) o leche de soja	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna y/o de fórmula para bebés fortificada con hierro para bebés de 0 a 12 meses de edad. • Leche entera sin sabor para niños de 1 a 2 años de edad. • Leche al 2 % (reducida en grasa) para niños en riesgo de obesidad o hipocolerolemia. • Leche con bajo contenido graso (1%) o descremada sin sabor para niños de 2 años de edad en adelante. • Sustitutos de leche no láctea que sean nutricionalmente equivalentes a la leche. • El yogurt no debe contener más de 23 g de azúcar por onza.
<p>Abreviaturas: CFOC, <i>Caring for Our Children [Cuidado de nuestros hijos]: Normas de Desempeño de Salud y Seguridad Nacionales</i>; USDA, Departamento de Agricultura de los EE. UU.</p> <p>^a Se supone que todos los alimentos están en formas densas en nutrientes, magros o descremados y se preparan sin grasas, azúcares o sal agregada. Las grasas sólidas y las azúcares agregadas se pueden incluir a un límite máximo diario identificado en las <i>Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020</i>.</p> <p>^b El USDA recomienda encontrar un equilibrio entre la comida y la actividad física.</p>		

OTRAS RECOMENDACIONES

- Se deben evitar los ácidos grasos trans (grasas trans).
- Evitar las azúcares concentradas (por ej. caramelos, tortas, galletitas) y las bebidas endulzadas con azúcar (por ej. gaseosas, bebidas deportivas y bebidas energéticas, néctares de frutas, leche saborizada).¹ Ofrecer alimentos y bebidas que no tenga azúcar o tenga poca azúcar agregada. Los programas de cuidado y educación en la primera infancia deben establecer agua como la bebida segura y accesible preferida.²
- Limitar las comidas saladas como papas fritas y pretzels. Cuando se compran alimentos, elegir versiones sin sal agregada, bajos en sodio o reducidos en sodio, y prepara la comida sin agregar sal. Usar hierbas o mezclas de especias sin sal en lugar de sal, salsa de soja, ketchup, salsa barbacoa, pepinillos, aceitunas, aderezos para ensaladas, manteca, margarina en barra, salsa de carne o salsa de crema con verduras de estación y otros platos.
- Evitar la cafeína.

RECURSOS ADICIONALES

- Academia Americana de Pediatría. La Academia Americana de Pediatría recomienda nada de jugo de fruta para niños de menos de 1 año. <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Recommend-Not-Fruit-Juice-For-Children-Under-1-Year.aspx>. Publicado el lunes, 22 de mayo de 2017. Fecha de acceso 21 de agosto de 2019
- Holt K, Wooldridge N, Story M, Sofka D. *Bright Futures: Nutrición*. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2011
- Departamento de Agricultura de los EE. UU. ChooseMyPlate.gov. Our Children. <http://www.choosemyplate.gov/children>. Actualizado el miércoles, 26 de agosto de 2015. Fecha de acceso 21 de agosto de 2019
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. *Pautas sobre la actividad física para estadounidenses*. 2da ed. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2018 <https://health.gov/paguidelines/second-edition>. Fecha de acceso 21 de agosto de 2019

FUNDAMENTO

Las *Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020* y *El llamado de atención del Inspector General para apoyo de lactancia* respaldan los patrones de alimentación saludable para promover un peso saludable y un estilo de vida que, a su vez, prevenga el comienzo del sobrepeso y obesidad en niños.^{3,4} Incorporar cada uno de los grupos de alimentos proporcionando a los niños comidas y aperitivos apropiados ayuda a fijar la etapa para una vida de comportamientos de alimentación saludable. La investigación refuerza las siguientes sugerencias ya que son un enfoque práctico para seleccionar alimentos altos en nutrientes esenciales y moderados en calorías/energía:

- Las comidas y refrigerios planificados según los grupos de alimentos de la tabla Elegir opciones de alimentos saludables promueven el crecimiento y el desarrollo normales de los niños y reducen el riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas relacionadas de los niños en el futuro. La guía específica para la edad para comidas y refrigerios se resume en las pautas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EE. UU.⁵
- Los entornos de cuidado y educación en la primera infancia dan la oportunidad a los niños de aprender sobre los alimentos que comen, a desarrollar y fortalecer sus habilidades motrices gruesas y finas, y a participar en interacciones sociales en los momentos de la comida.
- Las bebidas "enérgicas" o deportivas son generalmente altas en azúcar agregada y, por lo tanto, no se recomiendan para consumo. Contienen muchos estimulantes que no son nutritivos, como cafeína, que tienen un historial de efectos nocivos en el desarrollo del corazón, cerebro y sistema nervioso del niño.⁶

COMENTARIOS

Los entornos de cuidado y educación en la primera infancia deben alentar a las madres a amamantar a sus bebés. La evidencia científica documenta y apoya las contribuciones nutricionales y de salud de la leche materna.⁴ Para más información sobre los tamaños y tipos de porciones de alimentos, consulte las pautas del CACFP.⁵

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.2.0.8 Planes de alimentación y modificaciones de dieta
 - 4.2.0.5 Patrones de las comidas y refrigerios
 - 4.2.0.7 Jugos de 100% de fruta
 - 4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente
 - 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
 - 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés
 - 4.3.1.7 Alimentar con leche de vaca
 - 4.3.2.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños pequeños y niños en edad preescolar
 - 4.3.3.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños en edad escolar
 - 4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para los niños
 - 4.7.0.2 Educación nutricional para padres/tutores
- Apéndice Q: MyPlate: Hacerlo suyo:
Apéndice R: Elegir MyPlate: 10 consejos para un gran plato

REFERENCIAS

1. Muth ND, Dietz WH, Magge SN, Johnson RK; American Academy of Pediatrics Section on Obesity and Committee on Nutrition; American Heart Association. Public policies to reduce sugary drink consumption in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;143(4):e20190282
2. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. *Increasing Access to Drinking Water and Other Healthier Beverages in Early Care and Education Settings*. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2014 <https://www.cdc.gov/obesity/downloads/early-childhood-drinking-water-toolkit-final-508reduced.pdf>. Fecha de acceso 21 de agosto de 2019
3. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. *Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020*. 8va ed. https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf. Publicado en diciembre de 2015. Fecha de acceso 21 de agosto de 2019
4. Office of the Surgeon General, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Women's Health. *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/breastfeeding/index.html>. Revisado el martes, 14 de mayo de 2019. Fecha de acceso 21 de agosto de 2019 US Department of Agriculture Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program. Ensuring children and adults have access to nutritious meals and snacks. <https://www.fns.usda.gov/cacfp/child-and-adult-care-food-program>. Fecha de acceso 21 de agosto de 2019
5. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. CDC Healthy Schools. The buzz on energy drinks. <https://www.cdc.gov/healthyschools/nutrition/energy.htm>. Revisado el martes, 22 de marzo de 2016. Fecha de acceso 21 de agosto de 2019

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 2/2012, 11/16/2017 y 02/27/2020.

Norma 4.2.0.5: Patrones de las comidas y refrigerios



La instalación debe garantizar que ocurra el siguiente patrón de las comidas y refrigerios:

- a. A los niños en cuidado durante 8 horas o menos en 1 día se les debe ofrecer al menos 1 comida y 2 refrigerios o 2 comidas y 1 refrigerio (1).

b. Se debe ofrecer un refrigerio nutricional a todos los niños a mitad de la mañana (si no se les ofrece un desayuno en el lugar que se proporcione dentro de las 3 horas del almuerzo) y a mitad de la tarde.

c. Se debe ofrecer a los niños alimentos en intervalos de al menos 2 horas por separado, pero no más de 3 horas por separado a menos que el niño esté dormido. Algunos bebés muy pequeños pueden necesitar ser alimentados a intervalos más cortos de cada 2 horas para cubrir sus necesidades nutricionales, especialmente, los bebés que toman leche materna que se alimentan con leche materna extraída. Puede ser que se necesite servir el almuerzo a niños pequeños antes de los niños en edad preescolar por su necesidad de horario de siesta más temprano. Los niños deben estar despiertos antes de que se les ofrezca una comida/refrigerio.

d. A los niños se les debe permitir tiempo para comer su comida y apurarlos durante el servicio de comidas o refrigerios. No se les debe permitir jugar durante esos momentos.

e. Los cuidadores/maestros deben tratar los patrones de alimentación de bebés que son amamantados debido a que la frecuencia de lactancia en el hogar puede variar. Por ejemplo, algunos bebés todavía son alimentados frecuentemente en la noche, mientras que otros pueden hacer el grueso de su alimentación durante el día. El conocimiento de los patrones de alimentación de bebés en el transcurso de 24 horas ayudará a los cuidadores/maestros a evaluar los horarios de alimentación de bebés durante su tiempo juntos.

FUNDAMENTO

Los niños menores de 6 años necesitan que se les ofrezca comida cada 2 o 3 horas. El apetito y el interés en la comida varían de una comida o refrigerio a la siguiente. El horario de comidas y refrigerios apropiado impide que los niños piquen todo el día y asegura que los niños mantengan apetitos saludables durante los horarios de comidas (2,3). Los refrigerios pueden ser nutritivos, ya que a menudo son una parte considerable de la ingesta diaria del niño. Los niños en cuidado por más de 8 horas necesitan alimentos adicionales porque este período representa la mayoría de las horas en que el niño está despierto.

COMENTARIOS

Las necesidades calóricas varían mucho de un niño a otro. Un niño puede requerir más alimentos durante los períodos de crecimiento (4). Algunos estados tienen regulaciones que indican momentos sugeridos para comidas y refrigerios. Por regulación, conforme al Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EE. UU., los centros y hogares de cuidado infantil familiar pueden ser aprobados para reclamar hasta 2 comidas reembolsables (desayuno, almuerzo o cena) y 1 refrigerio, o 2 refrigerios y 1 comida, para cada participante que cumpla con los requisitos, cada día. Muchos programas después de la escuela proporcionan cuidado antes de la escuela o cuidado de día completo cuando la escuela primaria está fuera de funcionamiento. Muchos de estos programas ofrecen desayuno y/o refrigerio de mañana. Los programas de cuidado después de la escuela pueden reclamar reembolso por servir a cada niño un refrigerio, cada día. En algunos estados, los programas después de la escuela también tienen la opción de proporcionar cena. Esto puede ser reembolsado por el CACFP si cumplieron con determinadas pautas y períodos de tiempo (5).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente

4.3.2.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños pequeños y niños en edad preescolar

4.3.3.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños en edad escolar

REFERENCIAS

1. Kleinman RE, Greer FR, eds. *Pediatric Nutrition*. 7ma ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2014
2. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program (CACFP). Why CACFP is important. <https://www.fns.usda.gov/cacfp/why-cacfp-important>. Publicado el lunes, 22 de septiembre de 2014. Fecha de acceso 19 de septiembre de 2017
3. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Childhood nutrition. American Academy of Pediatrics HealthyChildren.org Web site. <https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/nutrition/Pages/Childhood-Nutrition.aspx>. Actualizado el jueves, 3 de marzo de 2016. Fecha de acceso 19 de septiembre de 2017
4. Shield JE, Mullen M. When should my kids snack? Sitio web de la Academy of Nutrition and Dietetics. <http://www.eatright.org/resource/food/nutrition/dietary-guidelines-and-myplate/when-should-my-kids-snack>. Publicado el jueves, 13 de febrero de 2014. Fecha de acceso 19 de septiembre de 2017
5. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. *Independent Child Care Centers: A Child and Adult Care Food Program Handbook*. Washington, DC: Departamento de Agricultura de los EE. UU.; 2014. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/cacfp/Independent%20Child%20Care%20Centers%20Handbook.pdf>. Publicado en mayo de 2014. Fecha de acceso 19 de septiembre de 2017

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.



Norma 4.2.0.6: Disponibilidad del agua potable

El agua limpia y sanitaria para beber debe estar disponible y se debe ofrecer durante todo el día en áreas interiores y exteriores. ^{1,2} El agua no debe ser un sustituto de la leche en las comidas o refrigerios en las que la leche se requiere como componente alimenticio a menos que esté recomendado por el proveedor de atención médica primario del niño.

Los días calurosos, a los bebés que reciben leche humana en un biberón se les puede dar leche humana adicional en un biberón, pero no se les debe dar agua, especialmente en los primeros 6 meses de vida después del nacimiento.¹ A los bebés que reciben fórmula y agua se les puede dar fórmula adicional en un biberón. Los bebés y niños más grandes necesitarán agua adicional cuando la actividad física y/o las temperaturas calurosas causen sus necesidades de beber más. Los niños pequeños deben aprender a beber agua de una taza o fuente para beber agua sin colocar la boca en el elemento. No se les debe permitir tener agua continuamente en la mano en un vaso antiderrame o botella. Permitir a los niños pequeños succionar continuamente en una botella o vaso antiderrame lleno con agua, para calmarse, puede causar desajustes nutricionales o, en raras circunstancias, de electrolitos. Cuando lavarse los dientes no se hace después de almorzar, se debe ofrecer a los niños agua para beber para enjuagar la comida de sus dientes.

Las fuentes para beber agua se deben mantener limpias y desinfectadas y se deben mantener para que brinden un drenaje adecuado.

FUNDAMENTO

Cuando los niños tienen sed entre las comidas y refrigerios, el agua es la mejor opción. Los niños pequeños no pueden solicitar agua por su cuenta indicando la necesidad de que los cuidadores/maestros ofrezcan agua durante todo el día.² Además, tener jarras de agua limpias y pequeñas y vasos de papel descartables disponibles en las aulas y en los patios de juegos permite a los niños servirse por sí mismos agua cuando tienen sed. Beber agua durante el día puede mantener a los niños hidratados mientras reducen la ingesta de calorías si el agua reemplaza las bebidas con alto contenido de calorías, como las bebidas/néctar de frutas y gaseosas, lo que se asocia con el sobrepeso y obesidad.³ Los factores personales y del ambiente, como la edad, peso, género, nivel de actividad física, temperatura del aire exterior, calor y humedad, pueden afectar las necesidades de agua de un niño en particular.⁴ Se ha agregado flúor al agua corriente (de la canilla) en muchas comunidades. Beber agua fluorada y mantener los dientes "lavados" en niveles bajos de flúor protege los dientes del niño disminuyendo la probabilidad de caries en la primera infancia cuando se consume durante todo el día, especialmente entre comidas y refrigerios.⁵⁻⁷

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.3.2 Jugar al aire libre
- 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
- 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés
- 5.2.6.3 Pruebas de niveles de plomo y cobre en el agua potable

REFERENCIAS

1. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Increasing Access to Drinking Water and Other Healthier Beverages in Early Care and Education Settings. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2014 <https://www.cdc.gov/obesity/downloads/early-childhood-drinking-water-toolkit-final-508reduced.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
2. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program: meal pattern revisions related to the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010. Final rule. *Fed Regist*. 2016;81(79):24347-24383
3. Muckelbauer R, Sarganas G, Grüneis A, Müller-Nordhorn J. Association between water consumption and body weight outcomes: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2013;98(2):282-299
4. Wolfram T. Water: how much do kids need? Sitio web de la Academy of Nutrition and Dietetics Eat Right. <http://www.eatright.org/resource/fitness/sports-and-performance/hydrate-right/water-go-with-the-flow>. Publicado el 10 de agosto de 2018. Fecha de acceso 20 de diciembre de 2018
5. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Pediatric Nutrition. Kleinman RE, Greer FR, eds. 7ma ed. Elk Grove

Village, IL: Academia Estadounidense de Pediatría; 2014

6. Casamassimo P, Holt K, eds. *Bright Futures: Oral Health Pocket Guide*. 3ra ed. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2016. <https://www.mchoralhealth.org/PDFs/BFOHPocketGuide.pdf>. Fecha de acceso el martes, 19 de septiembre de 2017
7. Centro de Aprendizaje y Conocimiento de la Primera Infancia, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Administración para Niños y Familias, Head Start. Encouraging your child to drink water. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/publication/encouraging-your-child-drink-water>. Actualizado el 11 de septiembre de 2018. Fecha de acceso 20 de diciembre de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017, 03/22/2019 y 05/21/2019.

Norma 4.2.0.7: Jugo de 100% de fruta



El jugo de frutas o vegetales se puede servir una vez por día durante una comida o refrigerio programado a los niños de 12 meses o más (1). Todos los jugos deben estar pasteurizados y de 100 % fruta sin azúcares o endulzantes agregados.

Edad	Máxima permitida (1)
0-12 meses	No ofrecer jugos a bebés menores de 12 meses.
1-3 años	Limitar el consumo a 4 oz/día (½ taza).
4-6 años	Limitar el consumo a 4-6 oz/día (½–¾ taza).
7-18 años	Limitar el consumo a 8 oz/día (1 taza).

Se debe ofrecer jugo de 100 % fruta en una taza apropiada para la edad en lugar de un biberón (2). Estas cantidades incluyen todos los jugos consumidos en el hogar. Los cuidadores/maestros deben preguntar a los padres/tutores si se proporciona algún jugo en el hogar cuando se decide si se sirve o y cuándo se sirve jugo de fruta a los niños en cuidado. Se recomienda fruta entera, triturada o en puré, para bebés comenzando a los 4 meses de edad o cuando estén listos a nivel del desarrollo (3).

FUNDAMENTO

Aunque el jugo de 100% de fruta se puede incluir en un patrón de alimentación saludable, la fruta entera es más nutritiva y brinda muchos nutrientes, que incluyen fibra alimentaria, que no se encuentran en los jugos (4).

Limitar el consumo general de jugo y alentar a los niños a beber agua entre comidas reducirá los ácidos producidos por las bacterias en la boca que causan caries. La frecuencia de exposición y líquidos que se acumulan en la boca son importantes para determinar la causa de caries en niños (5). Las bebidas etiquetadas como "ponche de frutas", "néctar de frutas" o "coctel de frutas" contienen menos del jugo de 100% de fruta y puede ser mayor en el contenido de azúcar en general. El consumo de rutina de jugos de fruta no proporciona cantidades adecuadas de vitamina E, hierro, calcio, y fibra alimentaria, todos esenciales para el crecimiento y desarrollo de niños pequeños (6). El consumo continuo de jugo de fruta puede estar asociado con la disminución del apetito durante las horas de comida, que pueden llevar a nutrición inadecuada, problemas de alimentación, y aumento en el índice de masa corporal de un niño, todo lo cual se considera factores de riesgo que pueden contribuir a la obesidad infantil (7).

Servir jugo de fruta pasteurizado protege contra el posible brote de enfermedad transmitida por los alimentos porque el proceso destruye cualquier bacteria nociva que puede haber estado presente (8).

Las bebidas con alto contenido de azúcar y cafeína se deben evitar porque pueden contribuir a la obesidad infantil, caries, y mala nutrición (9).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.4 Categorías de alimentos

4.2.0.6 Disponibilidad del agua potable

3.1.5.1 Actividades de higiene oral de rutina

3.1.5.3 Educación sobre salud oral

4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

REFERENCIAS

1. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. *Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020*. 8va ed. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2015 https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf. Fecha de acceso el martes, 19 de septiembre de 2017
2. Academia Americana de Pediatría. Starting solid foods. American Academy of Pediatrics Sitio web HealthyChildren.org. Fredrogerscenter.org <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Switching-To-Solid-Foods.aspx>. Actualizado el 7 de abril de 2017. Fecha de acceso 19 de septiembre de 2017
3. Academia Americana de Pediatría. Fruit juice and your child's diet. American Academy of Pediatrics HealthyChildren.org Web site. <https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/nutrition/Pages/Fruit-Juice-and-Your-Childs-Diet.aspx>. Actualizado el lunes, 22 de mayo de 2017. Fecha de acceso 19 de septiembre de 2017
4. Heyman MB, Abrams SA; American Academy of Pediatrics Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and Committee on Nutrition. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. *Pediatrics*. 2017;139(6):e20170967
5. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Healthy schools. The buzz on energy drinks. <https://www.cdc.gov/healthyschools/nutrition/energy.htm>. Actualizado el martes, 22 de marzo de 2016. Fecha de acceso: martes, 19 de septiembre de 2017
6. US Food and Drug Administration. Talking about juice safety: what you need to know. <https://www.fda.gov/food/resourcesforyou/consumers/ucm110526.htm>. Actualizado el martes, 19 de septiembre de 2017. Fecha de acceso el 19 de septiembre de 2017
7. Shefferly A, Scharf RJ, DeBoer MD. Longitudinal evaluation of 100% fruit juice consumption on BMI status in 2–5-year-old children. *Pediatr Obes*. 2016;11(3):221-227
8. Crowe-White K, O'Neil CE, Parrott JS, et al. Impact of 100% fruit juice consumption on diet and weight status of children: an evidence-based review. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2016;56(5):871-884
9. Casamassimo P, Holt K, eds. *Bright Futures: Oral Health Pocket Guide*. 3ra ed. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2016. <https://www.mchoralhealth.org/PDFs/BFOHPocketGuide.pdf>. Fecha de acceso el martes, 19 de septiembre de 2017

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.

Norma 4.2.0.9: Menús escritos e introducción de nuevos alimentos



Los centros deben desarrollar, al menos con un mes de anticipación, menús escritos que muestren todos los alimentos que se servirán durante ese mes y deben poner los menús a disposición de los padres/tutores. El centro debe fechar y retener estos menús por 6 meses, a menos que la agencia reguladora estatal requiera un mayor tiempo de retención. Los menús deben ser modificados para reflejar todos los cambios en la comida que realmente se sirvió. Cualquier reemplazo debe ser de igual valor nutritivo.

Los cuidadores/maestros deben usar o desarrollar una hoja para llevar a casa para los padres/tutores donde los cuidadores/maestros deben registren la comida que se consumió cada día o, para los bebés lactantes, la cantidad de veces que se alimentan y otras notas importantes. Los cuidadores/maestros deben continuar consultando con el padre/tutor de cada bebé sobre los alimentos que han introducido y que alimentan al bebé. De esta manera, los cuidadores/maestros pueden seguir un cronograma para introducir nuevos alimentos uno a la vez y para identificar más fácilmente posibles alergias o intolerancia alimentarias. Los cuidadores/maestros deben informar a los padres/tutores qué y cuánto han comido sus bebés cada día.

Para evitar problemas de sensibilidad a alimentos en bebés menores de 12 meses, los cuidadores/maestros deben obtener de los padres/tutores de los bebés una lista de alimentos que ya se han introducido (sin ninguna reacción) y servir esos artículos cuando es posible. A medida que se consideran nuevos alimentos para servir, los cuidadores/maestros deben compartir y hablar sobre estos alimentos con los padres/tutores antes de su introducción.

FUNDAMENTACIÓN

Planificar los menús con anticipación ayuda a asegurar que ese alimento estará disponible. Publicar los menús en un lugar visible y distribuirlos a los padres/tutores ayuda a informar a los padres/tutores sobre la nutrición adecuada que deben conocer sobre la comida que se sirve en el centro para saber cómo complementarla con la comida que sirven en el hogar. Si un niño tiene dificultades con un alimento en el centro, los padres/tutores pueden abordar este problema con los miembros del personal apropiados. Algunas agencias reguladoras requieren menús como parte del proceso de otorgamiento de licencia y auditoría (1).

La consistencia entre el hogar y el entorno de cuidado y educación en la primera infancia es esencial durante el período de cambio rápido cuando los bebés aprenden a comer alimentos sólidos apropiados para la edad (1-3).

COMENTARIOS

Los cuidadores/maestros deben saber que tal vez deban ofrecer nuevos alimentos entre 8 y 15 veces antes de que sean aceptados (2, 4). Hay ejemplos de menús y plantillas de planificación de menú disponibles en la mayoría de los departamentos de salud local y el [Departamento de Agricultura de los EE. UU.](#) (5) y su [Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos](#) (6).

La buena comunicación entre los cuidadores/maestros y los padres/tutores es esencial para la alimentación exitosa, en general, incluso cuando se introducen nuevos alimentos sólidos apropiados para la edad (alimentos complementarios). La decisión de proporcionar alimentos específicos se debe tomar en consulta con los padres/tutores. Se recomienda que los cuidadores/maestros reciban instrucciones con respecto a la introducción y alimentación de nuevos alimentos de los padres/tutores y los proveedores de atención primaria de los bebés.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[4.3.1.1](#) Plan general para alimentar a bebés

[4.3.1.11](#) Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

[4.5.0.8](#) Experiencia con alimentos familiares y nuevos alimentos

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Childhood nutrition. American Academy of Pediatrics HealthyChildren.org Web site. <https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/nutrition/Pages/Childhood-Nutrition.aspx>. Actualizado el 3 de marzo de 2016. Fecha de acceso 20 de septiembre de 2017
2. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program (CACFP). <https://www.fns.usda.gov/cacfp/child-and-adult-care-food-program>. Publicado el 29 de marzo de 2017. Fecha de acceso 20 de septiembre de 2017
3. Departamento de Agricultura de los EE. UU. Menu planning tools for child care providers. <https://healthymeals.fns.usda.gov/menu-planning/menu-planning-tools/menu-planning-tools-child-care-providers>. Fecha de acceso 20 de septiembre de 2017
4. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*. 2007;35(1):22-34
5. Coulthard H, Sealy A. Play with your food! Sensory play is associated with tasting of fruits and vegetables in preschool children. *Appetite*. 2017;113:84-90
6. Benjamin SE, Copeland KA, Cradock A, et al. Menus in child care: a comparison of state regulations with national standards. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(1):109-115

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.



Norma 4.2.0.10: Cuidar a niños con alergias alimentarias

Cuando los niños con alergias alimentarias asisten a un centro de cuidado y educación en la primera infancia, esto es lo que debería ocurrir.

a. Cada niño con una alergia alimentaria debe tener un plan de cuidado preparado para el centro por parte del proveedor de atención primaria, y deberá incluir

1. Una lista de el/los alimento(s) a el/los cual(es) el niño es alérgico e instrucciones de los pasos que deben tomarse para evitar dicho alimento.
2. Un plan de tratamiento detallado que se debe implementar en caso de una reacción alérgica, incluso los nombres, dosis y métodos de administración de cualquier medicamento que el niño debe recibir en caso de una reacción. El plan debe incluir síntomas específicos que indicarían la necesidad de administrar uno o más medicamentos.

b. De acuerdo con el plan de cuidado del niño, los cuidadores/maestros deben recibir capacitación y demostrar competencia e implementar medidas para

1. Prevenir la exposición a el/los alimento(s) específico(s) al/a los cual/cuales el niño es alérgico
2. Reconocer los síntomas de una reacción alérgica
3. Tratar reacciones alérgicas

c. Los padres/tutores y el personal deben coordinar con el centro para tener los medicamentos necesarios, el almacenamiento adecuado de dichos medicamentos y el equipo y capacitación para manejar la alergia alimentaria del niño mientras el niño está en el centro de cuidado y educación en la primera infancia.

d. Los cuidadores/maestros deben administrar de manera rápida y adecuada los medicamentos recetados en caso de una reacción alérgica de acuerdo con las instrucciones en el plan de cuidado.

e. El centro debe notificar a los padres/tutores de inmediato en caso de cualquier sospecha de reacción alérgica, la ingesta de un alimento problemático o contacto con el alimento problemático, incluso si no hubo reacción.

f. El centro debe recomendar a la familia que se notifique al proveedor de atención primaria si el niño ha requerido tratamiento por parte del centro debido a una reacción alérgica a un alimento.

g. El centro debe contactar al sistema de servicios de emergencias médicas (EMS) de inmediato si el niño tiene una reacción alérgica seria o si se ha administrado epinefrina (por ej., EpiPen, EpiPen Jr), incluso si el niño parece haberse recuperado de la reacción alérgica.

h. Se debe recomendar a los padres/tutores de todos los niños en la clase del niño que eviten los alérgenos conocidos en las golosinas o alimentos especiales que se lleva al entorno de cuidado y educación en la primera infancia.

i. Las alergias alimentarias individuales de los niños deben publicarse de manera destacada en el aula, donde el personal puede verlas o donde se sirva la comida.

j. Se debe llevar el plan de cuidado infantil escrito, un teléfono móvil y una lista de los medicamentos apropiados para el tratamiento adecuado si el niño desarrolla una reacción alérgica aguda en las excursiones o transportar fuera del entorno de cuidado y educación en la primera infancia.

Para todos los niños con antecedentes de anafilaxis (reacción alérgica severa) o para aquellos con alergia al maní o frutos secos (ya sea que hayan tenido anafilaxia o no), la epinefrina debe estar fácilmente disponible. En general, esto se proporcionará como una dosis medida previamente en un autoinyector, como EpiPen o EpiPen Jr. El plan de cuidado detallado debe incluir las indicaciones específicas para la administración de apinefrina. Dentro del contexto de las leyes estatales, el personal apropiado debe estar preparado para administrar epinefrina cuando sea necesario.

Se debe evitar que los niños compartan comida mediante una supervisión cuidadosa e instrucción repetida a los niños sobre el tema. La exposición también puede ocurrir a través del contacto entre los niños o contacto con superficies contaminadas, como la mesa en donde los alérgenos de los alimentos permanecen después de comer.

Algunos niños pueden tener una reacción alérgica con tan solo estar cerca del alimento dañino, sin realmente ingerirlo. Dicho contacto debe minimizarse lavando las manos y la cara de los niños y todas las superficies que tuvieron contacto con la comida. Además, las reacciones pueden ocurrir cuando se utiliza un alimento como parte de un proyecto de arte o manualidad, como el uso de mantequilla de maní para hacer un comedero de pájaros o trigo para hacer un compuesto de masa de modelar.

FUNDAMENTACIÓN

Las alergias alimentarias son comunes, se producen entre el 2% y el 8% de los bebés y niños (1). Las reacciones alérgicas a los alimentos pueden variar desde síntomas leves en la piel o gastrointestinales a reacciones graves que amenazan la vida con compromiso de las vías respiratorias o cardiovasculares. Cada vez se informan más hospitalizaciones por alergia alimentaria, especialmente entre los niños con asma que tienen una o más sensibilidades alimentarias (2). Un factor principal de muerte por anafilaxis ha sido la demora en la administración de medicamentos de emergencia que salvan la vida, particularmente epinefrina (3). Por lo tanto, se justifican los esfuerzos intensivos para evitar la exposición a los alimentos dañinos. Es esencial el mantenimiento de planes de cuidado detallados y la habilidad para implementar dichos planes para el tratamiento de reacciones para todos los niños con alergias alimentarias (4).

COMENTARIOS

Para evitar exitosamente los alimentos, se requiere un esfuerzo cooperativo que debe incluir a los padres/tutores, el niño, el proveedor de atención primaria del niño y el personal de cuidado y educación en la primera infancia. En algunos casos, especialmente para un niño con múltiples alergias alimentarias, los padres/tutores pueden necesitar asumir la responsabilidad de proporcionar toda la comida del niño. En otros casos, el personal de cuidado y educación en la primera infancia puede proporcionar los alimentos seguros siempre que haya sido complementado educados para evitar esos alimentos efectivamente.

La evitación eficaz de alimentos tiene muchas facetas. Los alimentos se pueden enumerar en una lista de ingredientes con diferentes nombres; por ejemplo, la leche se puede enumerar como caseína, caseinato, suero o lactoglobulina.

Algunos niños con alergias alimentarias tendrán reacciones leves y solo necesitarán evitar el/los alimento(s) problemático(s). Otros necesitarán tener antihistamínicos o epinefrina disponibles para usar en caso de una reacción.

Para más información sobre alergias alimentarias, contacte a Investigación y Educación sobre Alergias alimentarias (FARE, por sus siglas en inglés) en www.foodallergy.org.

Algunos entornos de cuidado y educación en la primera infancia requieren que todos los alimentos que se llevan al aula sean comprados en una tienda y en su empaque original para que se incluya una lista de los ingredientes, para evitar la exposición a alérgenos. Sin embargo, los alimentos empacados pueden incluir por error ingredientes alérgenos. El sitio web de FARE incluye alertas y retiradas de ingredientes (5).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.2 Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales

4.2.0.8 Planes de alimentación y modificaciones de dieta

3.5.0.1 Plan de Cuidado para niños con necesidades especiales de atención de la salud

Apéndice P: Situaciones que requieren atención médica de inmediato

REFERENCIAS

1. Wang J, Sicherer SH; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Guidance on completing a written allergy and anaphylaxis emergency plan. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20164005
2. Tsuang A, Demain H, Patrick K, Pistiner M, Wang J. Epinephrine use and training in schools for food-induced anaphylaxis among non-nursing staff. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(5):1418–1420.e3
3. Caffarelli C, Garrubba M, Greco C, Mastroianni C, Povesi Dascola C. Asthma and food allergy in children: is there a connection or interaction? *Front Pediatr*. 2016;04:34
4. Bugden EA, Martinez AK, Greene BZ, Eig K. *Safe at School and Ready to Learn: A Comprehensive Policy Guide for Protecting Students with Life-threatening Food Allergies*. 2da ed. Alexandria, VA: National School Boards Association; 2012. <http://www.nsba.org/sites/default/files/reports/Safe-at-School-and-Ready-to-Learn.pdf>. Fecha de acceso 20 de septiembre de 2017
5. **RECURSOS ADICIONALES**
Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Healthy schools. Food allergies in schools. <https://www.cdc.gov/healthyschools/foodallergies/index.htm>. Revisado 9 de mayo de 2017. Fecha de acceso el 20 de septiembre de 2017

Centros para Control y Prevención de Enfermedades. *Voluntary Guidelines for Managing Food Allergies in Schools and Early Care and Education Programs*. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2013

https://www.cdc.gov/healthyschools/foodallergies/pdf/13_243135_A_Food_Allergy_Web_508.pdf. Fecha de acceso el 20 de septiembre de 2017

6. Food Allergy Research & Education. Allergy alerts. <https://www.foodallergy.org/alerts>. Fecha de acceso el 20 de septiembre de 2017

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.



Norma 4.2.0.11: Ingesta de sustancias que no brindan nutrición

Todos los niños deben ser monitoreados para evitar que coman sustancias que no brindan nutrición (en general, se denomina *pica*) (1,2). Los padres/tutores de niños que se ponen repetidamente sustancias no nutritivas en la boca deben ser notificados e informados de la importancia de que el niño consulte con su proveedor de atención primaria o el departamento de salud local. En colaboración con el padre/tutor del niño, se deberá realizar una evaluación del comportamiento de alimentación del niño y el consumo de dieta, junto con otras cuestiones de salud, para comenzar una estrategia de intervención.

FUNDAMENTO

La ingesta ocasional de sustancias no nutritivas puede ser una parte de la vida diaria y no es necesariamente un problema. Por ejemplo, la ingesta de sustancias no nutritivas puede producirse por morder objetos, colocarse las manos sucias en la boca o comer comida que se cayó al piso. Sin embargo, debido a este comportamiento normal, es muy importante minimizar los residuos dañinos en el centro para reducir la exposición de los niños. Pica involucra la ingesta recurrente de sustancias que no brindan nutrición. Pica es más prevalente entre los niños de 1 a 3 años (3). Entre los niños con discapacidad intelectual del desarrollo y enfermedad mental concurrente, la incidencia supera el 25% (3).

Los niños que tienen anemia por deficiencia de hierro en general ingieren sustancias no nutritivas. El consumo de dieta tiene un rol importante porque ciertos nutrientes, como los que se ingieren con una dieta de alto contenido de grasas o lecitina, aumentan la absorción de plomo, lo que puede resultar en toxicidad (3). El plomo, cuando está presente en el tracto gastrointestinal, se absorbe en lugar de calcio. Los niños absorberán más plomo que un adulto. Mientras que un adulto absorbe aproximadamente el 10% del plomo ingerido, un niño pequeño absorbe aproximadamente del 30% al 50% del plomo ingerido.

Los niños que ingieren virutas de pintura o tierra contaminada pueden desarrollar toxicidad por plomo, lo que puede conducir a retrasos en el desarrollo y discapacidad del desarrollo neurológico. En la actualidad, hay un consenso con respecto a que la ingesta repetida de algunos artículos que no son alimento resulta en una mayor carga de plomo del cuerpo (3, 4). La detección y la intervención temprana de la ingesta de artículos que no son alimento puede prevenir deficiencias y discapacidades del crecimiento/desarrollo. Comer suciedad o beber agua contaminada puede resultar en una infección con un parásito.

COMENTARIOS

Las fuentes comunes de plomo incluyen pintura a base de plomo (en edificios construidos antes de 1978 o construidos en propiedades que anteriormente fueron el sitio de edificios construidos antes de 1978); agua potable contaminada (de sistemas de agua pública, tuberías de suministro o accesorios de plomería); suciedad contaminada (de pintura vieja exterior); el almacenamiento de alimentos ácidos en latas abiertas o contenedores/recipientes de cerámica con esmalte de plomo; ciertos tipos de suministros de arte; algunos juguetes importados y joyas para jugar económicas; productos de policloruro de vinilo (PVC) (por ej., pelotas de playa, muñecos que contienen PVC blando, patos de goma, juguetes para morder, colchonetas para la siesta). Estas fuentes y otras se deben abordar junto con una dieta nutricionalmente adecuada como estrategia de prevención. Es importante reducir la exposición a posibles fuentes de plomo, promover una dieta saludable y balanceada y promover el análisis del nivel de plomo en sangre (BLL, por sus siglas en inglés) de los niños. Si el BLL de un niño es de 5 mcg/dL o más, es importante identificar y eliminar la fuente de exposición al plomo del niño.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

5.2.6.3 Pruebas de niveles de plomo y cobre en el agua potable

5.2.9.13 Pruebas de plomo

REFERENCIAS

1. Moya J, Bearer CF, Etzel RA. Children's behavior and physiology and how it affects exposure to environmental contaminants. *Pediatrics*. 2004;113(4 Suppl 3):996–1006
2. McNaughten B, Bourke T, Thompson A. Fifteen-minute consultation: the child with pica. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. Mayo de 2017;edpract-2016-312121

- Miao D, Young SL, Golden CD. A meta-analysis of pica and micronutrient status. *Am J Hum Biol.* 2015;27(1):84-93
- Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Gateway to health communication & social marketing practice. Pica behavior and contaminated soil. <https://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/entertainmented/tips/pica.html>. Actualizado el 15 de septiembre de 2017. Fecha de acceso el 20 de septiembre de 2017

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 23 de agosto de 2016 y el 10 de noviembre de 2017.

Norma 4.2.0.12: Dietas vegetarianas/veganas



Los bebés y niños, incluso los niños en edad escolar de familias que practican una dieta vegetariana se pueden acomodar en un entorno de cuidado y educación en la primera infancia donde haya:

- Documentación escrita de padres/tutores con un historial detallado y preciso de elecciones de alimentos: los alimentos que se comen, los niveles de limitaciones/restricciones a los alimentos, y la frecuencia de los alimentos ofrecidos;
- Un registro de salud actual del niño disponible para los cuidadores/maestros, incluso información sobre peso e índice de aumento de peso, o apetito bajo consistente (señales de advertencia de deficiencias en el crecimiento);
- Compartir información actualizada sobre la salud del niño con los padres/tutores y con el personal de cuidado infantil y educación en la primera infancia del consultor de salud de cuidado infantil y el nutricionista/dietista registrado; y
- Compartir información sólida de salud y nutrición que sea culturalmente relevante para la familia para garantizar que el niño reciba calorías adecuadas y nutrientes esenciales.

FUNDAMENTO

Los bebés y niños pequeños están en el riesgo más alto de deficiencias nutricionales para niveles de energía y nutrientes esenciales, que incluyen proteína, hierro, zinc, vitaminas B₆ y B₁₂, y vitamina D (1-3). Cuando más pequeño es el niño, más importante es conocer sobre las elecciones, limitaciones y restricciones de alimentos porque el niño depende de la comida familiar. (2).

Además, es importante que la dieta de un niño conste de varios alimentos nutritivos para apoyar el período esencial de crecimiento rápido en los primeros años después del nacimiento. Todos los niños que son vegetarianos/veganos deben recibir varias vitaminas, especialmente vitamina D (se recomiendan 400 IU de vitamina D desde los 6 meses de edad hasta la adultez a menos que exista una certeza de que los alimentos cumplan con la provisión diaria); los bebés menores de 6 meses que son amamantados en forma exclusiva o parcial y que reciben menos de 16 oz de fórmula por día deben recibir 400 IU de vitamina D (4). Si la instalación participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE. UU., se debe seguir la guía para las comidas y refrigerios para cualquier niño que consuma una dieta vegetariana o vegana (5).

COMENTARIOS

Para niños más grandes que tienen más elección sobre lo que comen y beben, se deben hacer esfuerzos para proporcionar información de nutrición precisa para que puedan tomar las decisiones más sabias sobre alimentos para sí mismos. Tanto el programa de cuidado y educación en la primera infancia/escuela como el cuidador/maestro tienen la oportunidad de informar, enseñar, y promover prácticas de alimentación sólidas, junto con las consecuencias cuando se toman malas elecciones de alimentos (1). Se debe mantener la sensibilidad a los factores culturales, incluso creencias y prácticas de la familia de un niño.

Cambiar los estilos de vida y las convicciones y creencias sobre alimentación y religión, incluso lo que se come y qué alimentos están restringidos o no se consumen nunca, hace que algunas familias con bebés y niños practiquen varios niveles de dietas vegetarianas. Algunos padres/tutores indican que son vegetarianos, semivegetarianos, o estrictamente vegetarianos porque no comen carne o comen pocas veces. Otros se etiquetan como ovo-lacto-vegetarianos, que comen o beben alimentos como huevos y productos lácteos. Incluso otros se describen a sí mismos como veganos que se restringen a ingerir solo alimentos a base de plantas, evitando todos los productos animales.

RECURSOS ADICIONALES

Departamento de Agricultura de los EE. UU. 10 tips: healthy eating for vegetarians. Sitio web ChooseMyPlate.gov . <https://www.choosemyplate.gov/ten-tips-healthy-eating-for-vegetarians>. Actualizado el 25 de julio de 2017. Fecha de acceso el 20 de septiembre de 2017

Departamento de Agricultura de los EE. UU., Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Meat and meat alternates: build a healthy plate with protein. In: *Nutrition and Wellness Tips for Young Children: Provider Handbook for the Child and Adult Care Food Program*. Alexandria, VA: Departamento de Agricultura de los EE. UU.; 2012. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/protein.pdf>. Accedido 20 de septiembre de 2017

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.2.1 Supervisión de salud de rutina y monitoreo del crecimiento
- 4.2.0.2 Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales
- 4.3.1.6 Uso de fórmula a base de soja y leche de soja
- 4.4.0.2 Uso del nutricionista/dietista registrado

REFERENCIAS

1. Kleinman RE, Greer FR, eds. *Pediatric Nutrition*. 7ma ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2014
2. Hayes D. Feeding vegetarian and vegan infants and toddlers. Sitio web de la Academy of Nutrition and Dietetics. <http://www.eatright.org/resource/food/nutrition/vegetarian-and-special-diets/feeding-vegetarian-and-vegan-infants-and-toddlers>. Publicado el lunes, 4 de mayo de 2015. Fecha de acceso el 20 de septiembre de 2017
3. Mangels R, Driggers J. The youngest vegetarians. Vegetarian infants and toddlers. *Infant Child Adolesc Nutr*. 2012;4(1):8-20
4. Hollis BW, Wagner CL, Howard CR, entre otros. Maternal versus infant vitamin D supplementation during lactation: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2015;136(4):625-634
5. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. *Independent Child Care Centers: A Child and Adult Care Food Program Handbook*. Washington, DC: Departamento de Agricultura de los EE. UU.; 2014. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/cacfp/Independent%20Child%20Care%20Centers%20Handbook.pdf>. Fecha de acceso el miércoles, 20 de septiembre de 2017

NOTAS

El contenido en esta norma fue modificado el 10 de noviembre de 2017.

B. Requisitos para bebés**Norma 4.3.1.1: Plan general para alimentar a bebés**

La instalación debe mantener los registros detallando si un bebé se alimenta con lactancia o fórmula, junto con el tipo de fórmula que se está sirviendo. Un registro de alimentación de bebés con leche materna (humana) y/o toda la fórmula proporcionada al bebé se debe completar diariamente. Las comidas y refrigerios de los bebés deben seguir los patrones de las comidas y refrigerios del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos. Los alimentos deben ser apropiados para los requisitos de nutrición individual y etapa de desarrollo del bebé tal como lo determinan las instrucciones escritas obtenidas del padre/tutor o proveedor de atención médica primaria del niño.

La instalación debe alentar a la lactancia brindando adaptaciones y apoyo continuo a la madre que amamanta. Las instalaciones deben tener un lugar designado establecido para madres que amamantan que quieren visitar el aula durante el día de trabajo para amamantar, así como también un área privada (no un baño) con una salida para que las madres puedan extraer su leche materna (1,2). El área privada además debe tener acceso al agua o higiene de manos. Un lugar que los padres/tutores sientan que son bienvenidos para amamantar, extraerse leche o alimentar con biberón puede crear un ambiente positivo y de apoyo para la familia.

Los bebés pueden necesitar varias fórmulas especiales, como fórmula a base de soja o fórmulas básicas, que sean más fáciles de digerir y menos alérgicas. Las fórmulas básicas o hipoalérgicas especiales debe especificarse en el plan de cuidado del bebé. Los alimentos sólidos apropiados para la edad que no sean leche materna o fórmula para bebés (es decir, alimentos *complementarios*) no se deben introducir antes de los 6 meses de edad o tal como lo indican las necesidades nutritivas y del desarrollo del niño. Por favor, consulte las normas 4.3.1.11 y 4.3.1.12 para más información.

FUNDAMENTO

La leche humana, como alimento exclusivo, se adapta mejor para cumplir con las necesidades nutritivas de un bebé desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, con excepción del complemento de vitamina D recomendado.

Además de la nutrición, la lactancia apoya la salud y desarrollo óptimos. La leche humana además es la mejor fuente de leche para bebés durante al menos los primeros 12 meses de edad, y de allí en adelante, por el tiempo en que sea mutuamente deseable por la madre y el niño. La lactancia protege a los bebés de muchas enfermedades graves y crónicas y también tiene ventajas para la madre (3).

La investigación muestra de manera abrumadora que la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la lactancia materna continua durante al menos un año o más, mejoran drásticamente los resultados de salud de los niños y sus madres. Healthy People 2020 resume varios objetivos, incluso aumentar la proporción de madres que amamantan a sus bebés y aumentan la duración de la lactancia materna y de la lactancia materna exclusiva (4).

Las incidencias de enfermedades infantiles comunes, como diarrea, enfermedades respiratorias, meningitis bacteriana, botulismo, infecciones del tracto urinario, síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes insulino dependiente, colitis ulcerosa e infecciones del oído, y el riesgo general de obesidad infantil se reducen significativamente en los niños que son amamantados (5,6). De manera similar, la lactancia materna, cuando se la empareja con otros comportamientos de crianza saludables, ha estado relacionada directamente con el aumento de desarrollo cognitivo en bebés (7). La lactancia materna también tiene beneficios adicionales para la madre: disminuye el riesgo de diabetes, cáncer de mama y de ovario y enfermedades cardíacas (8).

Las madres que quieran complementar su leche materna con fórmula pueden hacerlo, ya que el bebé continuará recibiendo los beneficios de la lactancia materna (4,5,7). La fórmula infantil fortificada con hierro es una alternativa aceptable para la leche materna como alimento para la alimentación de bebés, aunque carece de componentes antiinfecciosos o inmunológicos. Sin importar la preferencia de alimentación, es más probable que un bebé bien nutrido logre un desarrollo físico y mental saludable, que tendrá efectos positivos a largo plazo sobre la salud.

COMENTARIOS

Las formas de ayudar a una madre a amamantar con éxito en la instalación de cuidado y educación en la primera infancia son (2,6,8):

- a. Si desea amamantar a su bebé o niño cuando llega a la instalación, se le debe ofrecer o proporcionar un
 1. Lugar tranquilo, cómodo y privado para amamantar (Esto ayuda a que su leche baje).
 2. Lugar para lavar sus manos y las de su bebé antes y después de la lactancia.
 3. Almohada para apoyar a su bebé sobre su regazo mientras amamanta
 4. Taburete de lactancia o taburete para sus pies para que no tenga que forzar la espalda mientras amamanta.
 5. Vaso de agua u otro líquido que la ayuda a permanecer hidratada
- b. Alentarla a hacer que el bebé se acostumbre a ser alimentado por otra persona con su leche materna extraída antes de que el bebé comience en cuidado y educación en la primera infancia, mientras continúa alimentándose directamente por ella.
- c. Trate con ella el patrón de alimentación habitual del bebé y los beneficios de alimentar al bebé basándose en las señales de hambre y saciedad del bebé en lugar de en un horario; preguntarle si desea programar la última toma del bebé para que el bebé tenga hambre y esté listo para ser amamantado cuando ella llegue; y pídale que deje su horario de disponibilidad en el programa de cuidado y educación en la primera infancia, así como que llame si planea saltarse una alimentación o va a llegar tarde.
- d. Aliéntela a proporcionar un suministro de respaldo de leche materna extraída congelada o refrigerada; con la etiqueta apropiada del nombre completo del bebé, la fecha y hora en el biberón u otro envase de almacenamiento limpio en caso de que el bebé necesite comer más a menudo que lo normal o la visita de la madre se retrasa.
- e. Comparta con ella la información sobre otros lugares o personas en la comunidad que puedan responder sus preguntas e inquietudes sobre lactancia, como los consultores locales sobre lactancia.
 - a. Proporcionar materiales de lactancia culturalmente apropiados, incluso recursos de la comunidad para padres/tutores que incluyen lenguaje e imágenes apropiadas de familias multiculturales para ayudar a las familias a identificarse con ellos.
- f. Garantizar que todo el personal reciba capacitación en apoyo y promoción de lactancia.
- g. Garantizar que se capacite a todo el personal en la manipulación, almacenamiento y alimentación apropiada de cada producto lácteo, incluso leche materna o fórmula para bebés.

Recursos adicionales

- Breastfeeding, US Department of Health and Human Services Office on Women's Health

(<https://www.womenshealth.gov/printables-and-shareables/health-topic/breastfeeding>)

- *Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs*, US Department of Agriculture (USDA) Food and Nutrition Service (<https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Topics/FG/CompleteIFG.pdf>)
- Infant Meal Pattern, USDA (https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/CACFP_infantmealpattern.pdf)
- Strategy 6, Support for Breastfeeding in Early Care and Education, Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/strategy6-support-breastfeeding-early-care.pdf>)
- Updated Child and Adult Care Food Program Meal Patterns: Infant Meals, USDA (https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/CACFP_InfantMealPattern_FactSheet_V2.pdf)

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.9 Menús escritos e introducción de nuevos alimentos

4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana

4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés

4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

4.3.1.12 Alimentar alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

Apéndice JJ: Nuestro centro de cuidado infantil apoya la lactancia

REFERENCIAS

1. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016;28(1):7-14
2. Gibbs BG, Forste R. Breastfeeding, parenting, and early cognitive development. *J Pediatr*. 2014;164(3):487-493
3. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827–e841
4. Furman L. Breastfeeding: what do we know, and where do we go from here? *Pediatrics*. 2017;139(4):e20170150
5. Healthy People 2020. Maternal, infant, and child health. Sitio web de HealthyPeople.gov. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/maternal-infant-and-child-health/objectives>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
6. Darmawikarta D, Chen Y, Lebovic G, Birken CS, Parkin PC, Maguire JL. Total duration of breastfeeding, vitamin D supplementation, and serum levels of 25-hydroxyvitamin D. *Am J Public Health*. 2016;106(4):714-719
7. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC); US Department of Agriculture Food and Nutrition Service. Breastfeeding Policy and Guidance. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/wic/WIC-Breastfeeding-Policy-and-Guidance.pdf>. Publicado en julio de 2016. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
8. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2013 <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/BF-Guide-508.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
9. Danawi H, Estrada L, Hasbini T, Wilson DR. Health inequalities and breastfeeding in the United States of America. *Int J Childbirth Educ*. 2016;31(1)

NOTAS

El contenido de la NORMA fue modificado el 5/30/2018.

Norma 4.3.1.2: Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente



Los cuidadores/maestros deben alimentar a bebés en base a señales a menos que el padre/tutor y el proveedor de atención médica primario del niño den instrucciones escritas que lo establezcan de otra manera (1). Los cuidadores/maestros deben ser amables, pacientes, sensibles y reconfortantes cuando responden a las señales de alimentación del bebé (2). La alimentación perceptiva tiene más éxito cuando los cuidadores/maestros aprenden cómo los bebés comunican hambre y saciedad externamente. Llorar solos no es una señal de hambre a menos que esté acompañada de otras señales, como abrir la boca, hacer ruidos de succión, buscar el seno, respirar rápido, dedos/puños cerrados, y brazos/piernas flexionadas (1,2).

Siempre que sea posible, el mismo cuidador/maestro debe alimentar a un bebé específico durante la mayor parte de alimentaciones del bebé (3). Los cuidadores/maestros no deben alimentar a los bebés más allá de su saciedad; como las señales de hambre son importantes en las primeras alimentaciones, observar las señales de saciedad puede limitar la sobrealimentación. Un bebé puede comunicar saciedad sacudiendo la cabeza o girándose de la comida (1,4,5).

No se debe ofrecer chupón a un bebé antes de ser alimentado.

FUNDAMENTO

La alimentación perceptiva cubre las necesidades nutricionales y emocionales del bebé y brinda respuesta inmediata al bebé, que ayuda a garantizar confianza y sentimientos de seguridad (6). Es más probable que un cuidador/maestro comprenda cómo un bebé en particular comunica el hambre y la saciedad cuando es consistente, las alimentaciones confiables y las interacciones se realizan regularmente con el tiempo. Las relaciones tempranas entre un bebé y los cuidadores/maestros que incluye alimentación prepara el camino para que un bebé desarrolle patrones de alimentación para la vida (1-5) La alimentación perceptiva puede ayudar a prevenir obesidad infantil (5-7).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés

4.3.1.8 Técnicas para la alimentación con biberón

REFERENCIAS

1. Redsell SA, Edmonds B, Swift JA, et al. Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. *Matern Child Nutr.* 2016;12(1):24-38
2. Early Head Start National Resource Center. Observation: The Heart of Individualizing Responsive Care. Washington, DC: Early Head Start National Resource Center; 2013. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/ehs-ta-paper-15-observation.pdf>. Fecha de acceso el martes, 14 de noviembre de 2017
3. Buvinger E, Rosenblum K, Miller AL, Kaciroti NA, Lumeng JC. Observed infant food cue responsivity: associations with maternal report of infant eating behavior, breastfeeding, and infant weight gain. *Appetite.* 2017;112:219-226
4. US Department of Agriculture, Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children. Infant hunger and satiety cues. https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/WIC_Learning_Online/support/job_aids/cues.pdf. Actualizado en octubre de 2016. Fecha de acceso el martes, 14 de noviembre de 2017
5. Zero to Three. How to care for infants and toddlers in groups. 4. Continuity of care. <https://www.zerotothree.org/resources/77-how-to-care-for-infants-and-toddlers-in-groups#chapter-38>. Publicado el 8 de febrero de 2010. Fecha de acceso el 14 de noviembre de 2017
6. Blaine RE, Davison KK, Hesketh K, Taveras EM, Gillman MW, Benjamin Neelon SE. Child care provider adherence to infant and toddler feeding recommendations: findings from the Baby Nutrition and Physical Activity Self-Assessment for Child Care (Baby NAP SACC) Study. *Child Obes.* 2015;11(3):304-313
7. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M, on behalf of the Robert Wood Johnson Foundation HER Expert Panel on Best Practices for Promoting Healthy Nutrition, Feeding Patterns, and Weight Status for Infants and Toddlers From Birth to 24 Months. Pautas de alimentación para bebés y niños pequeños: Un enfoque de ser padres perceptivos. Guidelines for Health Professionals. Durham, NC: Healthy Eating Research Series; 2017. http://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her_feeding_guidelines_brief_021416.pdf. Publicado en febrero de 2017 Fecha de acceso el martes, 14 de noviembre de 2017

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/30/2018.



Norma 4.3.1.3: Preparar, alimentar y almacenar leche humana

La leche humana extraída se debe transportar y almacenar en biberones limpios y sanitarios con tetinas que se ajusten bien o en contenedores limpios y sanitarios sellados equivalentes para evitar derrames durante el transporte al hogar o el centro. Solo se deben usar los biberones limpios y sanitarios, o su equivalente, y las tetinas para la alimentación. El biberón o el contenedor deben estar correctamente etiquetados

con el nombre completo del niño y la fecha y hora en que se extrajo la leche.¹ Los biberones o contenedores llenos y etiquetados de leche humana se deben guardar de inmediato en el refrigerador cuando llega.

La leche humana congelada se puede transportar y guardar en bolsas de plástico de un solo uso y se deben colocar en el congelador con una puerta separada o un congelador independiente, y no en un compartimiento dentro del refrigerador. Para prevenir el recalentamiento intermitente debido a la apertura de la puerta del freezer regularmente, la leche humana frizada se debe almacenar en la parte trasera del freezer y los cuidadores/maestros deben controlar cuidadosamente, con hojas de registro diarias, la temperatura de los freezers usados para almacenar leche humana usando un termómetro que funcione bien.

Solo se debe usar la leche extraída que el padre/tutor trajo para ese niño. De la misma forma, la fórmula para bebés no se debe usar para un niño toma leche materna sin el permiso escrito del padre/tutor. Las etiquetas de los contenedores de leche humana deben ser resistentes para que no se borre el nombre y la fecha/hora cuando se lavan o manipulan. Esto es especialmente importante cuando un biberón congelado se descongela en agua corriente. Puede haber muchos biberones para diferentes niños que se deben descongelar y calentar al mismo tiempo en el mismo espacio.

El cuidador/maestro debe verificar el nombre completo del niño y la fecha en el biberón para usar la leche más vieja primero.

La leche humana se debe descongelar en el refrigerador si se congela. Si no hay tiempo suficiente para descongelar la leche en el refrigerador antes de servir, se puede descongelar en un contenedor con agua tibia, sacudiendo suavemente el biberón con frecuencia para distribuir de manera pareja la temperatura en la leche y mezclar la grasa, que se puede separar. La leche congelada nunca se debe descongelar en el microondas porque los puntos calientes desiguales en la leche pueden causar quemaduras en el niño y el calor excesivo puede destruir los componentes beneficiosos de la leche¹⁻³.

Los contenedores de leche humana con una cantidad significativa de los contenidos después de la alimentación (>1 oz) se pueden devolver al padre/tutor al final del día siempre que el niño no haya tomado directamente del biberón. Devolver la leche humana no usada al padre/tutor informa al padre/tutor la cantidad que el niño tomó en el programa de cuidado y educación en la primera infancia.

Si bien la leche humana no necesita ser calentada, algunos niños prefieren la leche tibia a temperatura del cuerpo, alrededor de 98.6°F (37°C). Al calentar la leche humana, es importante mantener el contenedor sellado mientras se calienta para evitar la contaminación. La leche humana se puede calentar

- En un calentador sin agua
- Colocando el contenedor de leche humana en un contenedor separado de agua tibia
- Colocando el contenedor de leche humana bajo agua corriente (no caliente) por unos minutos

La leche humana nunca se debe calentar directamente en la hornalla o microondas. Después de calentar la leche, los cuidadores/maestros deben probar la temperatura antes de alimentar al niño tirándose algunas gotas en la muñeca. La leche se debe sentir tibia, no caliente².

Evite los biberones de plástico que contienen bisfenol A (BPA) o ftalatos, que a veces se etiquetan con el código de reciclado 3, 6 o 7⁴. Use biberones de vidrio con una funda de silicona para evitar roturas, o use los hechos de plásticos más seguros, como polipropileno o polietileno (etiquetado sin BPA) o plásticos con un código de reciclado de 1, 2, 4 o 5.

La leche humana que representa una amenaza para un niño, como la leche humana que se encuentra en un biberón no higiénico, está cuajada, huele a podrido y no ha sido almacenada siguiendo las pautas de almacenamiento de la Academia de Medicina de Lactancia Materna (consulte la tabla de Pautas para el almacenamiento de leche humana), debe devolverse al padre/tutor². La guía escrita para el personal y los padres/tutores debe estar disponible para determinar cuándo no se servirá la leche provista por los padres/tutores. No se puede servir leche humana si no cumple con los requisitos de leche sanitaria y segura.¹

Si bien la leche humana es un fluido corporal, no es necesario usar guantes para alimentar o manipular la leche⁵. El riesgo de exposición a organismos infecciosos durante la alimentación o de la leche que el niño regurgita no es significativo².

Algunos bebés de aproximadamente 6 meses a 1 año pueden estar listos en términos de desarrollo para alimentarse por su cuenta y tal vez quieran beber de una taza. La transición de la botella a la taza puede ocurrir en cualquier momento cuando las habilidades motoras finas del niño le permitan usar una taza. El cuidador/maestro debe usar una taza limpia y pequeña sin grietas ni astillas y debe ayudar al niño a levantar e inclinar la taza para evitar derrames y restos de líquido. El cuidador/maestro y la familia deben trabajar juntos en la alimentación en taza de leche humana para garantizar que el niño reciba la nutrición adecuada y evitar que sobre una gran cantidad de leche humana al final de la alimentación.⁶ Se pueden colocar de dos a 3 onzas de leche humana en una taza limpia y se puede ofrecer leche adicional según sea necesario. Se pueden descartar pequeñas cantidades de leche humana (≤ 1 oz).

Hay diferentes factores que pueden afectar cuánto tiempo se puede guardar la leche humana en diferentes lugares, como la temperatura de almacenamiento, las fluctuaciones de temperatura y la limpieza mientras se extrae y se manipula la leche humana. Estos factores dificultan recomendar el tiempo exacto para guardar la leche humana en diferentes lugares, pero la tabla de las Pautas para el almacenamiento de leche humana puede ser útil.

Pautas para el almacenamiento de leche humana

Ubicaciones y temperaturas de almacenamiento			
	Mesada 77°F (25°C) o más frío (temperatura ambiente)	Refrigerador 40°F (4°C)	Congelador 0°F (-18°C) o más frío
Leche humana recién extraída	Hasta 4 horas	Hasta 4 días	Mejor dentro de los 6 meses . Hasta 12 meses es aceptable.
Leche humana descongelada, previamente congelada	1-2 horas	Hasta 1 día (24 horas)	Nunca vuelva a congelar la leche humana después de que se descongeló.
Leche humana que sobró de una alimentación (el bebé no terminó el biberón)	Use dentro de las 2 horas después de que el bebé terminó la alimentación.		
Fuentes Eglash A, Simon L; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. <i>Breastfeed Med.</i> 2017;12(7):390-395. https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/8-human-milk-storage-protocol-english.pdf . Fecha de acceso: jueves, 24 de octubre de 2019 Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Proper storage and preparation of breast milk. https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm . Revisado 6 de agosto de 2019. Fecha de acceso jueves, 24 de octubre de 2019			

FUNDAMENTO

Al seguir esta norma, el personal de cuidado y educación en la primera infancia podrá, cuando sea necesario, preparar leche humana y alimentar a un niño de manera segura, reduciendo así el riesgo de inexactitud o alimentando al niño con leche humana no saludable o incorrecta^{1,2}. Además, seguir las técnicas de preparación y almacenamiento seguro ayuda a las madres lactantes y los cuidadores/maestros de niños que toman leche materna mantener la alta calidad de leche humana extraída y la salud del niño^{7,8}.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
- 4.3.1.4 Alimentar con leche humana al hijo de otra madre
- 4.3.1.7 Alimentar con leche de vaca
- 4.3.1.8 Técnicas para la alimentación con biberón
- 4.3.1.9 Calentar biberones y comidas para bebés
- 5.2.9.9 Contenedores plásticos y juguetes

REFERENCIAS

1. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Proper storage and preparation of breast milk.
https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm. Revisado 6 de agosto de 2019. Fecha de acceso: 24 de octubre de 2019
2. Eglash A, Simon L; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017;12(7):390-395.
<https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/8-human-milk-storage-protocol-english.pdf>.

Fecha de acceso: 24 de octubre de 2019

3. Extension Alliance for Better Child Care. Guidelines for child care providers to prepare and feed bottles to infants. <https://articles.extension.org/pages/25404/guidelines-for-child-care-providers-to-prepare-and-feed-bottles-to-infants>. Publicado el jueves, 15 de agosto de 2019. Fecha de acceso: jueves, 24 de octubre de 2019
4. Eco-Healthy Child Care. Plastics & plastic toys. Children's Environmental Health Network website. https://cehn.org/wp-content/uploads/2017/07/Plastics_Plastic_Toys_6_16.pdf. Publicado en junio de 2016. Fecha de acceso: 24 de octubre de 2019
5. La Leche League International. Storing human milk. <https://www.llli.org/breastfeeding-info/storingmilk>. Fecha de acceso: 24 de octubre de 2019
6. Academia Americana de Pediatría. Working together: breastfeeding and solid foods. HealthyChildren.org website. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/Working-Together-Breastfeeding-and-Solid-Foods.aspx>. Actualizado el jueves, 23 de febrero de 2012. Fecha de acceso: 24 de octubre de 2019
7. Boué G, Cummins E, Guillou S, Antignac JP, Le Bizec B, Membré JM. Public health risks and benefits associated with breast milk and infant formula consumption. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2018;58(1):126-145
8. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016;28(1):7-14

NOTAS

El contenido de esta NORMA fue modificado el 8/23/2016 y 06/10/2020.



Norma 4.3.1.4: Alimentar con leche humana al hijo de otra madre

Los padres/tutores pueden expresar inquietudes sobre la probabilidad de transmisión de enfermedades a su hijo si el niño se ha alimentado erróneamente con el biberón de otro niño de leche humana extraída. Este problema se trata en detalle para tranquilizar a los padres/tutores de que el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas a través de la leche humana es pequeño.

Si un niño ha sido alimentado erróneamente con el biberón de otro niño de leche humana extraída se deben tomar los pasos para minimizar el temor y manejar la situación de manera oportuna. Cuando ocurre una confusión de leche, cualquier decisión sobre el manejo médico y las pruebas de diagnóstico del niño que recibió la leche de otra madre se debe basar en los detalles de la situación en particular y se debe determinar en forma colaborativa entre el proveedor de atención primaria del niño y los padres/tutores.¹

El programa de cuidado y educación en la primera infancia debe

- a. Informar a la madre que se extrajo la leche humana sobre el error y cuándo ocurrió el cambio de biberón, y hacerle las siguientes preguntas¹:
 - ¿Cuándo se extrajo la leche humana y cómo se manejó antes de ser entregada al programa de cuidado y educación en la primera infancia?
 - ¿Estaría dispuesta a compartir información sobre el uso de su medicación actual, historial de infecciones recientes, y presencia de pezones agrietados o sangrantes durante la extracción de leche con la otra familia o con el proveedor de atención primaria del niño?
- b. Trata el evento con los padres/tutores del niño al que se le dio leche de otra madre.¹
 - Informarles que a su hijo se le dio leche humana extraída de otra madre.
 - Informarles que el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas es pequeño.
 - Si es posible, proporcionar a la familia información sobre cuándo se extrajo la leche y cómo se manipuló la leche antes de que se entregara al programa de cuidado y educación en la primera infancia.
 - Alentarlos a notificar al proveedor de atención primaria del niño sobre la situación y compartir cualquier detalle específico conocido.
- c. Evaluar por qué se dio la leche equivocada y desarrollar políticas y procedimientos para prevenir futuros errores relacionados con el etiquetado, almacenamiento, preparación y alimentación con leche humana en el programa de cuidado y educación en la primera infancia. Compartir estas políticas y procedimientos con padres/tutores así como también con el personal de cuidado y educación en la primera infancia.

Algunas enfermedades se transmiten a través de la leche humana, y, de hecho, las propiedades únicas de la leche humana ayudan a proteger a los niños de resfriados y otros virus típicos de la infancia. No obstante, ambas familias necesitan ser notificadas cuando existe una confusión de leche y se les debe informar que el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas a través de la leche humana es pequeño.¹

FUNDAMENTO

A pesar de los esfuerzos considerables de prevenir confusiones, la leche humana extraída ocasionalmente se da a un niño por error.¹ Las preocupaciones comunes sobre la leche humana dada por error a un niño incluyen transmisión de VIH y hepatitis B y C, así como también exposición al medicamento.

Se cree que el riesgo de transmisión de VIH por leche humana extraída consumida por otro niño es bajo porque¹

- Nunca se ha documentado la transmisión de VIH de una única exposición a la leche humana.
- En los Estados Unidos se aconseja que las mujeres que saben que son VIH positivo *no* amamenten a sus hijos. De esta manera, es poco probable que una madre que vive con VIH esté proporcionando leche extraída para su propio hijo en un centro del programa de cuidado y educación en la primera infancia.

La hepatitis B y C no se pueden propagar de una mujer a un hijo a través de la lactancia materna a menos que exista exposición a sangre.²⁻⁴

Se cree que el riesgo de transmisión de hepatitis B y C por leche humana extraída consumida por otro niño es bajo porque²

- Los bebés que nacen de madres con hepatitis B reciben la vacuna de la hepatitis B al nacer.
- Aunque las madres con hepatitis B y C pueden amamantar,^{4,5} la hepatitis B y C se propaga por leche infectada. Si los pezones y/o la areola que los rodean de la madre con hepatitis B o C están agrietados y sangran, se le debe aconsejar que deje de amamantar o que de leche extraída a su hijo temporariamente (hasta que se cure).²

Aunque muchos medicamentos pueden pasar a la leche humana, la mayoría tiene poco efecto o ningún efecto sobre el bienestar del niño. Algunos medicamentos están contraindicados mientras amamanta, y el riesgo de efectos adversos de una única exposición a un medicamento a través de la leche humana es muy bajo.¹

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana

REFERENCIAS

1. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. What to do if an infant or child is mistakenly fed another woman's expressed breast milk. http://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/other_mothers_milk.htm. Revisado miércoles, 24 de enero de 2018. Fecha de acceso: jueves, 24 de octubre de 2019
2. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Hepatitis B or C infections. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/hepatitis.html>. Revisado el 24 de enero de 2018. Fecha de acceso: jueves, 24 de octubre de 2019
3. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Hepatitis B questions and answers for the public. <https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/bfaq.htm#bFAQ13>. Revisado el martes, 10 de septiembre de 2019. Fecha de acceso: jueves, 24 de octubre de 2019
4. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Hepatitis C questions and answers for the public. <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm#cFAQ37>. Revisado el martes, 10 de septiembre de 2019. Fecha de acceso: jueves, 24 de octubre de 2019
5. Academia Americana de Pediatría. Human milk. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. *Red Book: 2018-2021 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 31ra ed. Itasca, IL: Academia Americana de Pediatría; 2018:113-122

NOTAS

El contenido de esta NORMA fue modificado el 8/24/2017 y 06/10/2020.

Norma 4.3.1.5: Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés



La fórmula provista por padres/tutores o por el centro debe venir en un contenedor sellado de fábrica. La fórmula debe ser de la

misma marca que se sirve en el hogar y debe estar preparada para la alimentación o concentrado líquido para ser diluido con agua fría de una fuente aprobada por el departamento de salud. La fórmula infantil en polvo, aunque es la fórmula menos costosa, requiere un manejo especial en la mezcla porque no puede esterilizarse. La fuente principal para una manipulación y mezcla adecuada y segura son las instrucciones del fabricante que aparecen en la lata de la fórmula en polvo. Antes de abrir la lata, se debe lavar las manos. La lata y la tapa de plástico deben enjuagarse y secarse profundamente. Los cuidadores/maestros deben leer y seguir las indicaciones del fabricante. Los cuidadores/maestros solo deben usar la cuchara que viene con la lata y no intercambiar la cuchara de un producto a otro, ya que el volumen de la cuchara puede variar de un fabricante a otro y de un producto a otro. Además, una cuchara puede estar contaminada con un potencial alérgeno de otro tipo de fórmula. Si las instrucciones no están disponibles, los cuidadores/maestros deben obtener información de su programa local de WIC o de las Pautas para la preparación, almacenamiento y manejo seguro de fórmula para bebés en polvo de la Organización Mundial de la Salud en: http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf (1).

No se debe servir fórmula mezclada con cereal, jugo de frutas o cualquier otra comida, a menos que el proveedor de atención primaria del niño brinde documentación escrita de que el niño tiene una razón médica para este tipo de alimentación.

La fórmula fortificada con hierro debe refrigerarse hasta inmediatamente antes de la alimentación. En el caso de los biberones que contienen fórmula, se debe desechar cualquier contenido restante después de una alimentación.

Las botellas de fórmula preparada a partir de polvo o concentrado o fórmula lista para alimentar deben etiquetarse con el nombre completo del niño, la hora y la fecha de preparación. Cualquier fórmula preparada debe desecharse dentro de una hora después de alimentar a un bebé. La fórmula en polvo preparada que no se le ha dado a un bebé debe estar cubierta, etiquetada con la fecha y hora de preparación y el nombre completo del niño, y puede almacenarse en el refrigerador hasta por veinticuatro horas. Un recipiente abierto de fórmula concentrada lista para consumir, o fórmula preparada a partir de fórmula concentrada, debe taparse, refrigerarse, etiquetarse con la fecha de apertura y el nombre completo del niño, y desecharse a las cuarenta y ocho horas si no se usa (2). El cuidador/maestro siempre debe seguir las instrucciones del fabricante para mezclar y almacenar cualquier preparación de fórmula. Algunos bebés requerirán fórmula especializada debido a una alergia, incapacidad de digerir ciertas fórmulas o por necesidad de calorías extra. La fórmula apropiada siempre debe estar disponible y debe administrarse según las indicaciones. Para los bebés que reciben calorías suplementarias, la fórmula se puede preparar de una manera diferente que las indicaciones en el contenedor. En esas circunstancias, la familia debe proporcionar la fórmula preparada o el cuidador/maestro debe recibir capacitación especial, como se indica en el plan de cuidado del bebé, sobre cómo preparar la fórmula. La fórmula no debe usarse después del período de vida útil establecido (3).

Los padres/tutores deben suministrar suficientes biberones limpios y esterilizados para usar a lo largo del día. Los biberones deben ser sanitarios, se deben preparar y almacenar adecuadamente, y deben ser de la misma marca en el programa de cuidado y educación en la primera infancia y el hogar. Evite los biberones de plásticos que contienen bisfenol A (BPA) o ftalatos (a veces etiquetados con # 3, # 6 o # 7). Use biberones de vidrio con una funda de silicona (para evitar roturas), o use los hechos de plásticos más seguros, como polipropileno o polietileno (etiquetado sin BPA) o plásticos con un código de reciclado de #1, #2, #4 o #5.

FUNDAMENTO

Los cuidadores/maestros ayudan a promover la alimentación de fórmula para bebés que sea familiar para el bebé y apoya la práctica de alimentación de la familia. Al seguir esta norma, el personal podrá, cuando sea necesario, preparar fórmula y alimentar a un bebé de manera segura, reduciendo así el riesgo de inexactitud o alimentando al bebé con fórmula no saludable o incorrecta. La guía escrita para el personal y los padres/tutores debe estar disponible para determinar cuándo no se debe servir la fórmula provista por los padres/tutores. No se puede servir fórmula si no cumple con los requisitos de fórmula sanitaria y segura.

El personal que prepara fórmula debe lavarse profundamente las manos antes de comenzar la preparación de las alimentaciones de bebés de cualquier tipo. El agua que se usa para mezclar la fórmula para bebés debe ser de una fuente de agua segura como lo define el departamento de salud local y estatal. Si el cuidador/maestro le preocupa o no está seguro acerca de la seguridad del agua corriente, debe "enjuagar" el sistema de agua haciendo correr el grifo en agua fría durante 1-2 minutos o usar agua embotellada (4). Se debe verificar con anticipación el agua calentada para asegurarse de que no esté demasiado caliente para el bebé. Para verificar la temperatura, el cuidador/maestro debe sacudir algunas gotas sobre su muñeca. Se puede preparar un biberón agregando fórmula en polvo y agua a temperatura ambiente del grifo justo antes de alimentarlo. Los biberones hechos de esta manera de fórmula en polvo pueden estar listos para alimentar ya que no necesitan refrigeración o calentamiento adicional.

Agregar muy poca agua a la fórmula supone una carga para los riñones y el sistema digestivo de un bebé y puede provocar deshidratación (5). Agregar demasiada agua diluye la fórmula. La fórmula diluida puede interferir con el crecimiento y la salud de un bebé porque proporciona calorías y nutrientes inadecuados y puede causar intoxicación por agua. La intoxicación por agua puede ocurrir en bebés que se alimentan con leche materna o fórmula o niños mayores de un año que reciben una cantidad excesiva de agua. La intoxicación por agua puede ser una amenaza para la vida de un bebé o niño pequeño (6).

Si un niño tiene un problema de salud especial, como reflujo o incapacidad de ingerir nutrientes debido al retraso en el desarrollo de las habilidades de alimentación, el proveedor de atención primaria del niño debe proporcionar un plan escrito para que el personal lo siga para que se alimente adecuadamente. Algunos bebés son alérgicos a la leche y la soja y necesitan ser alimentados con una fórmula elemental que no contiene alérgenos. Otros bebés necesitan calorías complementarias debido a poco aumento de peso.

Los bebés no deben ser alimentados con una fórmula diferente a la que los padres/tutores alimentan en el hogar, ya que incluso pequeñas diferencias en la fórmula pueden causar trastornos gastrointestinales y otros problemas (7).

El batido excesivo de la fórmula puede causar espuma que aumenta la probabilidad de alimentar al bebé con aire.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
- 4.3.1.8 Técnicas para la alimentación con biberón
- 4.3.1.9 Calentar biberones y comidas para bebés
- 5.2.9.9 Contenedores plásticos y juguetes

REFERENCIAS

1. United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. 2017. Feeding infants: A guide for use in the child nutrition programs. <https://www.fns.usda.gov/tn/feeding-infants-guide-use-child-nutrition-programs>.
2. Brown, J., Krasowski, M. D., & Hesse, M. 2015. Forced water intoxication: A deadly form of child abuse. *The Journal of Law Enforcement*. 4(4).
3. Seattle Children's Hospital. 2014. Topics covered for formula feeding: Is this your child's symptoms? Seattle, WA. <http://www.seattlechildrens.org/medical-conditions/symptom-index/bottle-feeding-formula-questions/>.
4. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2016. Water. <https://www.cdc.gov/nceh/lead/tips/water.htm>.
5. Seltzer, H. 2012. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Keeping infant formula safe. https://www.foodsafety.gov/blog/infant_formula.html.
6. U.S. Department of Health & Human Services, U.S. Food & Drug Administration. 2016. Food safety for moms to be: Once baby arrives. College Park, MD. <https://www.fda.gov/food/resourcesforyou/healtheducators/ucm089629.htm>.
7. Organización Mundial de la Salud. 2007. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: Guidelines. <http://www.who.int/foodsafety/publications/powdered-infant-formula/en/>.

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/5/2013 y 8/25/2016.

Norma 4.3.1.8: Técnicas para la alimentación con biberón



Siempre se debe sostener a los bebés cuando se los alimenta con biberón. Los cuidadores/maestros deben sostener a los bebés en los brazos del cuidador/maestro o sentarlos sobre el regazo del cuidador/maestro. No se deben apoyar los biberones. La instalación no debe permitir que los bebés tengan biberones en la cuna. La instalación no debe permitir que un bebé lleve un biberón mientras se para, camina o corre.

Las técnicas de alimentación con biberón deben imitar los enfoques de lactancia:

- a. Iniciar la alimentación cuando el bebé da señales (buscar el seno, succionar, etc.);
- b. Sostener al bebé durante las alimentaciones y responder a vocalizaciones con contacto visual y vocalizaciones;
- c. Alternar los lados del regazo del cuidador/maestro;
- d. Permitir descansos durante la alimentación para eructar;
- e. Permitir al bebé dejar de alimentarse.

Un cuidador/maestro no debe alimentar con biberón a más de un bebé a la vez.

Se deben controlar los biberones para garantizar que se están dando al niño apropiado, que tengan leche materna, fórmula para bebés o agua. Cuando se usa un biberón para alimentar a un bebé, se prefiere generalmente una boquilla con tetina cilíndrica y una base más ancha.

Una boquilla más corta o más suave puede ser útil para bebés con reflujo nauseoso hipersensitivo, o aquellos que no pueden colocar bien sus labios en la base ancha del pezón (1).

No se debe permitir el uso de un biberón o taza para modificar o calmar el comportamiento de un niño (2).

FUNDAMENTO

La manera en que se da la comida a los bebés es favorable para el desarrollo de hábitos sólidos de alimentación para la vida. Los cuidadores/maestros y padres/tutores necesitan comprender la relación entre la alimentación con biberón y la seguridad emocional. Los cuidadores/maestros deben sostener a los bebés cuando están siendo alimentados con biberón siempre que sea posible, incluso si los niños son lo suficientemente grandes como para sostener su propio biberón.

Los cuidadores/maestros deben promover las prácticas de alimentación e higiene oral apropiadas que incluyen el uso apropiado del biberón para todos los bebés y niños pequeños. Apoyar el biberón puede causar asfixia y aspiración y puede contribuir a problemas de salud a largo plazo, incluso infección de oído (otitis media), problemas de ortodoncia, trastornos del habla, y problemas psicológicos (3). Cuando los bebés y niños pequeños se alimentan por señales, están en control de la frecuencia y cantidad de alimentaciones. Se ha descubierto que esto reduce el riesgo de obesidad infantil. Cualquier líquido excepto agua simple puede causar caries en la primera infancia (4). Las caries en la primera infancia en los dientes primarios pueden albergar consecuencias a corto y largo plazo para la salud del niño (5). Degustar frecuentemente cualquier líquido además de agua simple entre alimentaciones alienta a las caries.

Los niños están en un mayor riesgo de lesión cuando caminan con boquillas de biberón en sus bocas. No se deben permitir biberones en la cuna o cama por razones de seguridad y sanitarias y para prevenir las caries dentales. Es difícil para un cuidador/maestro estar al tanto y responder a las señales de alimentación de bebés cuando el niño está en una cuna o cama y cuando se alimenta a más de un bebé a la vez. Los bebés deben eructar después de cada alimentación y preferentemente también durante la alimentación.

Los cuidadores/maestros deben ofrecer a los niños líquidos de una taza lo antes posible cuando estén listos a nivel del desarrollo. Algunos niños pueden beber de una taza alrededor de los seis meses de edad, mientras que otros desde más tarde (6). Destetar a un niño para beber de una taza es un proceso individual, que ocurre durante un amplio rango de tiempo. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD, por sus siglas en inglés) recomienda destetar de un biberón para el primer cumpleaños del niño (7). En lugar de vasos antiderrame, los cuidadores/maestros deben usar tazas más pequeñas y llenarlas a la mitad para prevenir derrames cuando los niños comienzan a usar una taza (8). Si se usan vasos antiderrame, esto solo debe ser durante un período de transición muy corto.

Algunos niños de aproximadamente seis meses a un año pueden estar listos en términos de desarrollo para alimentarse por su cuenta y tal vez quieran beber de una taza. La transición de la botella a la taza puede ocurrir en cualquier momento cuando las habilidades motoras finas del niño le permitan usar una taza. El cuidador/maestro debe usar una taza limpia y pequeña sin grietas ni astillas y debe ayudar al niño a levantar e inclinar la taza para evitar derrames y restos de líquido. El cuidador/maestro y el padre/tutor deben trabajar juntos en la alimentación en taza de leche humana para garantizar que el niño reciba la nutrición adecuada y evitar que sobre una gran cantidad de leche humana al final de la alimentación. Se pueden colocar de dos a tres onzas de leche humana en una taza limpia y se puede ofrecer leche adicional según sea necesario. Se pueden descartar pequeñas cantidades de leche humana (alrededor de una onza).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente

4.3.1.9 Calentar biberones y comidas para bebés

REFERENCIAS

1. Holt K, Wooldridge N, Story M, Sofka D. Breast Milk/ microwaving, storage of, advantages of. In: Bright Futures: Nutrition. Chicago, IL: American Academy of Pediatrics; 2011: 27, 118, 120
2. Rupal, C. 2016. Stopping the Bottle. Nemours, KidsHealth. <http://kidshealth.org/en/parents/no-bottles.html#>.
3. Hirsch, L. 2017. Feeding your 4- to 7-month old. Nemours, KidsHealth. <http://kidshealth.org/en/parents/feed47m.html#>
4. Çolak, H., Dülgergil, Ç. T., Dalli, M., & Hamidi, M. M. 2013. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. Journal of natural science, biology, and medicine, 4(1), 29.
5. Academia Americana de Pediatría; Healthy Children. 2015. How to prevent tooth decay in your baby. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/teething-tooth-care/Pages/How-to-Prevent-Tooth-Decay-in-Your-Baby.aspx>.
6. Academia Americana de Pediatría; Healthy Children. 2015. Practical bottle feeding tips. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Practical-Bottle-Feeding-Tips.aspx>.

7. Lerner, C., & Parlakian, R. 2016. Colic and crying. Zero to three. <https://www.zerotothree.org/resources/197-colic-and-crying>.
8. Ben-Joseph, E. 2015. Formula feeding FAQs: Getting started. Nemours: KidsHealth. <http://kidshealth.org/en/parents/formulafeed-starting.html#>



Norma 4.3.1.9: Calentar biberones y comidas para bebés

Los biberones y las comidas para bebés no tienen que ser calentadas; se pueden servir fríos del refrigerador. Si un cuidador/maestro elige calentarlos, los biberones o contenedores de comidas para bebés se deben calentar bajo agua corriente tibia o colocándolos en un contenedor de agua que no sea más caliente que 120°F (49°C). Los biberones no deben dejarse en una olla de agua para que se calienten durante más de 5 minutos. Los biberones y las comidas para bebés nunca se deben calentar en un horno microondas porque los puntos calientes desparejos de la leche o la comida pueden quemar al bebé (1, 2).

Las comidas para bebés se deben revolver con cuidado para distribuir el calor de manera pareja. El cuidador/maestro no debe sostener a un bebé mientras saca un biberón o comida para bebés del recipiente con agua tibia o mientras prepara un biberón o revuelve alimentos para bebés que se han calentado de alguna otra manera. Los biberones que se usan para la alimentación de bebés deben estar hechos de las siguientes sustancias (3):

- a. Plástico libre de bisfenol A (BPA); plástico etiquetado #1, #2, #4 o #5, o
- b. Vidrio (se permite una funda de silicona que cubra una botella de vidrio para evitar roturas).

Cuando se usa un dispositivo de cocción lenta, como una olla eléctrica, para calentar la leche humana, la fórmula para bebés o los alimentos para bebés, el dispositivo (y el cable) deben estar fuera del alcance de los niños. El dispositivo debe contener agua a una temperatura que no exceda los 120°F (49°C), y debe vaciarse, limpiarse, desinfectarse y rellenarse con agua fresca diariamente. Cuando se usa un calentador de biberón para calentar la leche humana, la fórmula para bebés o los alimentos para bebés, debe estar fuera del alcance de los niños y usarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

FUNDAMENTO

Los biberones de leche humana o fórmula para bebés que se calientan a temperatura ambiente o en agua tibia por un período inapropiado son un medio ideal para que se reproduzcan bacterias. Los bebés han recibido quemaduras por el agua caliente que gotea de un biberón que se retiró de una olla eléctrica o al tirar del cable de la olla eléctrica sobre sí mismos. Se debe tener cuidado de evitar subir la temperatura del agua por encima del nivel seguro para calentar fórmula o comida para bebés.

Recurso adicional

Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs, US Department of Agriculture Food and Nutrition Service (<https://www.fns.usda.gov/tn/feeding-infants-guide-use-child-nutrition-programs>)

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
- 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés
- 4.3.1.8 Técnicas para alimentación con biberón
- 4.3.1.12 Alimentar alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

REFERENCIAS

1. US Department of Health and Human Services, US Food and Drug Administration. Food safety for moms to be: once baby arrives. <https://www.fda.gov/food/resourcesforyou/healtheducators/ucm089629.htm>. Actualizado el miércoles, 8 de noviembre de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
2. Cowan D, Ho B, Sykes KJ, Wei JL. Pediatric oral burns: a ten-year review of patient characteristics, etiologies and treatment outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013;77(8):1325-1328
3. Environmental Working Group. Guide to baby-safe bottles and formula. <https://www.ewg.org/research/ewg%E2%80%99s-guide-baby-safe-bottles-and-formula#.WlfPqWeWzct>. Actualizado en octubre de 2015. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/5/2013, 8/25/2016 y 05/31/2018.



Norma 4.3.1.10: Limpiar y desinfectar equipo que se usa para alimentación con biberón

Los cuidadores/maestros deben seguir los procedimientos adecuados de lavado de manos antes de manejar biberones para bebés. Los biberones, tapas de biberones, tetina y otro equipo que se utiliza para alimentar con biberón se deben limpiar profundamente después de cada uso lavándonos en un lavavajillas o lavándolos con un cepillo para biberones, agua y jabón (1).

No se deben usar tetinas que estén descoloridas, debilitadas, pegajosas o rasgadas.

FUNDAMENTO

Los biberones para bebés se contaminan por la saliva del bebé durante la alimentación. La fórmula y la leche promueven el crecimiento de bacteria, levadura y hongos (2). Los biberones, tapas de biberones y las tetinas que se reutilizan se deben lavar y desinfectar para evitar la contaminación de alimentaciones previas. Hervir en exceso las tetinas de látex de los biberones las dañará.

Recurso adicional

Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs, US Department of Agriculture Food and Nutrition Service (<https://www.fns.usda.gov/tn/feeding-infants-guide-use-child-nutrition-programs>)

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
- 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
- 4.3.1.4 Alimentar con leche humana al hijo de otra madre
- 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés
- 4.3.1.8 Técnicas para la alimentación con biberón

REFERENCIAS

1. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Water, sanitation & environmentally-related hygiene. How to clean, sanitize, and store infant feeding items. <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/cleansanitize.html>. Actualizado el 11 de abril de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
2. Wolfram T. How to safely clean baby bottles. Academy of Nutrition and Dietetics Eat Right Web site. <http://www.eatright.org/resource/homefoodsafety/four-steps/wash/how-to-safely-clean-baby-bottles>. Publicado el 16 de febrero de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/31/2018.



Norma 4.3.1.11: Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

Un plan para introducir alimentos sólidos complementarios y apropiados para la edad a los bebés se debe realizar junto con el padre/tutor y con el proveedor de atención médica primaria del niño. Los alimentos complementarios son alimentos que no sean leche humana (materna) o fórmula para bebés (líquidos, semisólidos y sólidos) introducidos a un bebé para proporcionar nutrientes (1). Los alimentos sólidos apropiados para la edad se pueden introducir a los 6 meses de edad con flexibilidad para introducir más pronto o más tarde basándose en el estado de desarrollo (2). Sin embargo, se deben tener en cuenta las recomendaciones sobre la introducción de alimentos complementarios proporcionadas a cuidadores de bebés:

- La etapa de desarrollo y el estado nutricional del bebé
- Condiciones médicas coexistentes

- Factores sociales
- Preferencias alimentarias culturales, étnicas y religiosas de la familia
- Consideraciones financieras
- Otros factores nutricionales descubiertos a través del proceso de evaluación nutricional (1)

Para bebés que son alimentados por lactancia materna exclusivamente, la cantidad de determinados nutrientes en el cuerpo, como hierro y zinc, comienza a disminuir después de los 6 meses de edad. Por lo tanto, las carnes pisadas/sustitutos de la carne y los cereales fortificados con hierro se deben introducir gradualmente primero (3). Los cereales fortificados con hierro, las carnes pisadas y las frutas/vegetales pisadas son todos alimentos apropiados para introducir. El primer alimento introducido debe ser un alimento con un solo ingrediente que se sirva en una porción pequeña durante 2 a 7 días (3). Aumentar gradualmente la variedad y porción de alimentos, uno a la vez, según lo tolere el bebé (4). Hay varios signos que los cuidadores/maestros deben usar cuando determinan cuándo el bebé está listo para alimentos sólidos. Estos incluyen sentarse con mínimo apoyo, control apropiado de la cabeza, capacidad de masticar bien, o tomar alimentos del plato. Además, los bebés perderán el reflejo de interposición lingual y comenzarán a comportarse con hambre después la alimentación con fórmula o lactancia materna (3). Los cuidadores/maestros deben usar o desarrollar una hoja para llevar a casa para los padres/tutores en la que el cuidador/maestro registre el alimento consumido, cuánta cantidad consumió y notas importantes sobre el bebé, cada día.

Los cuidadores/maestros deben continuar consultando con los padres/tutores de cada bebé con relación a los alimentos que han introducido y que están alimentando. Cuando sea apropiado, el proveedor de atención médica primaria del bebé debe proporcionar la modificación de patrones alimenticios básicos por escrito.

Si los cuidadores/maestros deben administrar complementos nutricionales, las indicaciones escritas del proveedor de atención médica que receta deben especificar la necesidad médica, el medicamento, la dosis y la cantidad de tiempo que se debe administrar el medicamento.

FUNDAMENTO

La introducción de alimentos sólidos y jugos de fruta apropiados para la edad interfiere con la ingesta de leche humana o de fórmula fortificada con hierro que el bebé necesita para crecer. Los alimentos sólidos apropiados para la edad que se dan antes de que un bebé está listo a nivel del desarrollo pueden estar asociados con alergias y problemas digestivos (5). Es necesario que los alimentos sólidos apropiados para la edad, como carne y cereales fortificados, comiencen a los 6 meses de edad para compensar cualquier posible pérdida de zinc y hierro durante la lactancia materna exclusiva (3). Generalmente, los niveles bajos de vitamina D se transfieren a los bebés a través de la leche materna, garantizando la recomendación de que los bebés alimentados con leche materna o parcialmente alimentados con leche materna reciben una ingesta mínima diaria de un complemento de 400 IU de vitamina D comenzando lo antes posible después del nacimiento (6). Estos complementos se dan en el hogar por padres/tutores, a menos que se especifique de otra manera a través del proveedor de atención médica primaria.

Muchos cuidadores/maestros y padres/tutores creen que los bebés duermen mejor cuando comienzan a comer alimentos sólidos apropiados para la edad; sin embargo, la investigación demuestra que los períodos más largos en que duermen se determinan a nivel del desarrollo (no a nivel nutricional) en la mitad de la infancia y, por lo tanto, no deben ser la única razón para decidir cuándo introducir alimentos sólidos a bebés (7,8). Además, para los bebés que son alimentados exclusivamente con fórmula o se les da una combinación de leche de fórmula y leche humana, no se ha establecido la evidencia para introducir alimentos complementarios en un orden específicos.

Una buena comunicación entre el cuidador/maestro y los padres/tutores no debe ser exagerada y es esencial para una alimentación exitosa en general, incluso cuándo y cómo se introducen alimentos sólidos apropiados para la edad.

Recurso adicional

Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs, US Department of Agriculture Food and Nutrition Service (<https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Topics/FG/CompleteIFG.pdf>)

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.2.0.7 Jugo de 100% de fruta
- 4.2.0.9 Menús escritos e introducción de nuevos alimentos
- 4.2.0.10 Cuidar a niños con alergias alimentarias
- 4.2.0.12 Dietas vegetarianas/veganos
- 3.6.3.1 Administración de medicamentos

4.5.0.6 Supervisión de adultos de niños que están aprendiendo a alimentarse por sí mismos.

4.5.0.8 Experiencia con alimentos familiares y nuevos alimentos

REFERENCIAS

1. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program: meal pattern revisions related to the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010. Final rule. Fed Regist. 2016;81(79):24347-24383
2. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). Capítulo 5: Complementary foods. In: Infant Nutrition and Feeding. Washington, DC: US Department of Agriculture; 2009:101–128 <https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Topics/FG/CompleteIFG.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
3. Academia Americana de Pediatría. Working together: breastfeeding and solid foods. Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/Working-Together-Breastfeeding-and-Solid-Foods.aspx>. Actualizado el sábado, 21 de noviembre de 2015. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
4. Organización Mundial de la Salud. Infant and young child feeding. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en>. Actualizado en julio de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
5. Abrams EM, Becker AB. Introducing solid food: age of introduction and its effect on risk of food allergy and other atopic diseases. Can Fam Physician. 2013;59(7):721-722
6. Thiele DK, Ralph J, El-Masri M, Anderson CM. Vitamin D3 supplementation during pregnancy and lactation improves vitamin D status of the mother-infant dyad. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2017;46(1):135-147
7. Walsh A, Kearney L, Dennis N. Factors influencing first-time mothers' introduction of complementary foods: a qualitative exploration. BMC Public Health. 2015;15:939
8. Robert Wood Johnson Foundation Healthy Eating Research Pautas de alimentación para bebés y niños pequeños: Un enfoque de ser padres perceptivos. Guidelines for Health Professionals. http://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her_feeding_guidelines_brief_021416.pdf. Publicado en febrero de 2017 Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido de la NORMA fue modificado el 5/31/2018.

Norma 4.3.1.12: Alimentar alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés



Los cuidadores/maestros deben lavar las manos completamente antes de servir cualquier alimento a bebés/niños pequeños. Todos los potes de alimentos de bebés se deben lavar con jabón y agua tibia y se deben enjuagar con agua corriente tibia y limpia antes de abrirlos. Todos los alimentos de bebés empaquetados comercialmente se deben servir de un plato o cuchara, no directamente de un envase o pote sellado de fábrica (1). Un plato se debe limpiar y desinfectar antes de usar para reducir la probabilidad de contaminación de la superficie.

Los alimentos sólidos apropiados para la edad no se deben dar en un biberón o alimentador para bebés a menos que hacer eso esté escrito en el plan de cuidado del niño por el proveedor de atención médica primaria. Los cuidadores/maestros deben garantizar que no haya retiros de alimentos por seguridad (2), examinar los alimentos cuidadosamente cuando se los saca del pote para asegurarse que no haya pedazos de vidrio u objetos extraños en la comida.

Los cuidadores/maestros deben desechar el alimento que no se comió y quedó en los platos que han alimentado al niño porque éste puede contener bacterias potencialmente nocivas de la saliva del bebé (3). Si quedó, todo el alimento se debe desechar después de las 2 horas (4). La porción del alimento que se toca con un utensilio debe ser consumida o desechada.

Cualquier alimento que se trate del hogar no se debe servir a otros niños. Esto prevendrá la contaminación cruzada y reforzará la política de que el alimento enviado a la instalación es solo para el niño determinado.

No se deben compartir alimentos entre los niños usando el mismo plato o cuchara.

Las porciones no utilizadas en envases de alimentos de bebé sellados de fábrica o en alimentos traídos en contenedores preparados en el hogar se deben almacenar en el refrigerador y se deben desechar si no se consumen después de las 24 horas de almacenamiento. Antes de la refrigeración, el envase o pote abierto se debe etiquetar con el nombre completo del niño y la fecha y la hora en que se abrió el contenedor.

FUNDAMENTO

La alimentación de alimentos sólidos apropiados para la edad en un biberón a un niño a menudo se asocia con la alimentación prematura (es decir, cuando el bebé no está listo a nivel del desarrollo para alimentos sólidos) (5,6).

La superficie externa de un envase o pote comercial puede estar contaminada con microorganismos que causan enfermedades durante el envío o almacenamiento y pueden contaminar el producto alimenticio durante la remoción del alimento para colocarlo en el plato en que se sirve al niño.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

REFERENCIAS

1. Lester J. Nutrition 411: introducing solid foods. Promise powered by Nemours Children's Health System Web site. <https://blog.nemours.org/2016/02/nutrition-411-introducing-solid-foods>. Publicado el lunes, 22 de febrero de 2016. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
2. Departamento de Agricultura de los EE. UU. Food Safety and Inspection Service Web site. <https://www.fsis.usda.gov/wps/portal/fsis/home>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
3. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Baby food and infant formula. Sitio web de Foodsafety.gov. <https://www.foodsafety.gov/keep/types/babyfood/index.html>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
4. US Department of Health and Human Services, US Food and Drug Administration. Food safety for moms to be: once baby arrives. <https://www.fda.gov/food/resourcesforyou/healtheducators/ucm089629.htm>. Actualizado el miércoles, 8 de noviembre de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
5. Robert Wood Johnson Foundation Healthy Eating Research Pautas de alimentación para bebés y niños pequeños: Un enfoque de ser padres perceptivos. Guidelines for Health Professionals. http://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her_feeding_guidelines_brief_021416.pdf. Publicado en febrero de 2017 Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
6. US Department of Agriculture Food and Nutrition Service. Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs. Publication FNS-258. Alexandria, VA: Departamento de Agricultura de los EE. UU.; 2017. <https://www.fns.usda.gov/tn/feeding-infants-guide-use-child-nutrition-programs>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido de la NORMA fue modificado el 5/31/2018.

Norma 4.3.1.6: Uso de fórmula a base de soja y leche de soja



Se debe proporcionar fórmula a base de soja o leche de soja a un niño cuyos padres/tutores presenten una solicitud por escrito debido a restricciones dietéticas familiares o religiosas sobre los alimentos producidos a partir de animales (es decir, leche de vaca y otros productos lácteos). Tanto la fórmula a base de soja como la leche de soja deben etiquetarse con el nombre completo del bebé o niño y la fecha y se deben almacenar correctamente.

La leche de soja debe estar disponible para los niños de padres/tutores que participan en el Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés); Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos; o Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (SNAP, por sus siglas en inglés). Los cuidadores/maestros deben alentar a los padres/tutores de los niños con indicaciones documentadas del proveedor de atención médica primario para fórmula a base de soja, que están participando en el WIC y/o SNAP, para saber cómo pueden obtener fórmula de bebés a base de soja o productos de leche de soja.

FUNDAMENTO

La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de fórmula hipoalérgica o a base de soja para bebés que son alérgicos a las proteínas de la leche de vaca (1). La fórmula a base de soja o leche de soja son alternativas a base de plantas para la leche de vaca, a menudo elegidas por padres/tutores debido a razones dietéticas o religiosas. Las fórmulas a base de soja son apropiadas para los niños con galactosemia o intolerancia a la lactosa congénita (2). Las fórmulas a base de soja se fabrican de proteínas de soja aisladas con agregado de metionina, carbohidratos y aceites (de soja o vegetal) y están fortificadas con vitaminas y minerales (3). En los Estados Unidos, toda la fórmula a base de soja está fortificada con hierro. La fórmula a base de soja no contiene lactosa, por eso, se usa para alimentar bebés con intolerancia a la lactosa congénita documentada. Hay diferencias conocidas

entre las alergias a las proteínas de la leche de vaca y la intolerancia a la lactosa. Las preocupaciones de salud específicas del niño (alergia versus intolerancia) deben ser documentadas por el proveedor de atención médica primaria del niño y no se basan en posible mala interpretación de los síntomas de los padres/tutores.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.2.0.10 Cuidar a niños con alergias alimentarias
- 4.2.0.12 Dietas vegetarianas/veganas
- 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés

REFERENCIAS

1. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*. 2008;121(1):183-191
2. Academia Americana de Pediatría. Where we stand: soy formulas. Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Where-We-Stand-Soy-Formulas.aspx>. Actualizado el sábado, 21 de noviembre de 2015. Fecha de acceso el 14 de noviembre de 2017
3. Departamento de Agricultura de los EE. UU. Infant feeding guide. Sitio web WIC Works. <https://wicworks.fns.usda.gov/infants/infant-feeding-guide>. Modificado el 31 de octubre de 2017. Fecha de acceso el 14 de noviembre de 2017

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/30/2018.

C. Requisitos para niños pequeños y niños en edad preescolar



Norma 4.3.2.1: Patrones de las comidas y refrigerios para niños pequeños y niños en edad preescolar

Las comidas y refrigerios deben contener la cantidad mínima de alimentos que se muestran en los patrones de las comidas y refrigerios para niños pequeños y niños en edad preescolar descritos en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP).

Cuando se incorporan al CACFP, los cuidadores/maestros deben (1):

- Proporcionar varias frutas y vegetales.
- Servir una fruta y/o vegetal durante los refrigerios programados.
- Proporcionar una porción de cada una de vegetales verde oscuro, vegetales rojos y naranja, frijoles y guisantes, vegetales ricos en almidón y otros vegetales por semana.
- Servir granos enteros y productos de granos enteros.
- Limitar el yogurt a no más de 23 gramos de azúcar cada 6 onzas.
- Limitar los alimentos procesados a una vez por semana.

Las leches saborizadas contienen cantidades más elevadas de azúcar agregada y no se deben servir. Se alienta a las instalaciones para incorporar alimentos producidos por temporada/localmente en las comidas. No se debe ofrecer agua a los niños durante las horas de comida; en su lugar, ofrecer agua durante todo el día.

Con apetitos limitados y alimentación selectiva por parte de niños pequeños y niños en edad preescolar, no se deben servir alimentos menos nutritivos porque estos pueden desplazar alimentos más nutritivos de la dieta del niño.

Los entornos de cuidado y educación en la primera infancia deben verificar con los reguladores del estado sobre el horario entre comidas. Las agencias del estado pueden exigir que cualquier institución o instalación permita que pase una cantidad de tiempo específica entre servicios de comida o exigir que los servicios de comida no excedan una duración específica (2).

FUNDAMENTO

Seguir las pautas del CACFP garantiza que todos los niños inscritos reciban una variedad mayor de frutas y vegetales y más granos enteros y menos azúcar agregada y grasas saturadas durante sus comidas mientras están en cuidado (3). Incluso durante períodos de crecimiento más lentos, los niños deben continuar comiendo alimentos nutritivos. La alimentación quisquillosa o selectiva es común entre los niños pequeños. Ellos pueden decidir comer una comida/refrigerio un día, pero no el siguiente. Con el tiempo, con exposición consistente, es más probable que los niños pequeños acepten nuevos alimentos (4).

Recurso adicional

US Department of Agriculture Food and Nutrition Service CACFP Nutrition Standards for CACFP Meals and Snacks (www.fns.usda.gov/cacfp/meals-and-snacks)

US Department of Agriculture Healthy Tips for Picky Eaters (<https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Topics/TipsPickyEaters.pdf>)

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.3 Uso de las pautas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

4.2.0.4 Categorías de alimentos

4.2.0.5 Patrones de las comidas y refrigerios

REFERENCIAS

1. US Department of Agriculture Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program: meal pattern revisions related to the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010. Final rule. Fed Regist. 2016;81(79):24347-24383. <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-04-25/pdf/2016-09412.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
2. Departamento de Agricultura de los EE. UU. Child and Adult Care Food Program: best practices. https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/cacfp/CACFP_factBP.pdf. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
3. US Department of Agriculture Food and Nutrition Service. Independent Child Care Centers: A Child and Adult Care Food Program Handbook. Washington, DC: Departamento de Agricultura de los EE. UU.; 2014. <https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/Independent%20Child%20Care%20Centers%20Handbook.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
4. Departamento de Agricultura de los EE. UU. Updated Child and Adult Care Food Program meal patterns: child and adult meals. https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/cacfp/CACFP_MealBP.pdf. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido de la NORMA fue modificado el 5/31/2018.

Norma 4.3.2.2: Porciones para bebés y niños en edad preescolar

La instalación debe servir a los niños pequeños y niños en edad preescolar porciones pequeñas y apropiadas para la edad. La instalación debe permitir a los niños tener una o más porciones adicionales de alimentos nutritivos que sean bajos en grasa, azúcar y sodio tal como se requiere para cumplir con las necesidades calóricas del niño individual. Los platos que se sirven deben contener, como mínimo, la cantidad de alimento basándose en los tamaños o porciones para servir recomendados para cada niño resumidas en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). Los niños pequeños deben aprender qué tamaño de porción apropiada es para ser servida en platos, bowls y tazas que son apropiados para la edad y para el nivel de desarrollo.

El personal de servicio de alimentos y/o un cuidador/maestro es responsable de preparar la cantidad de alimentos basándose en la cantidad de alimentos apropiados para la edad recomendados por porción para cada niño que se deba alimentar. Generalmente, se prepara una cantidad responsable de alimentos adicionales para responder a cualquier derrame o a niños que solicitan una segunda porción.

Los niños deben continuar exponiéndose a nuevos alimentos, texturas y gustos durante toda la infancia, niñez y preescolaridad. No se debe exigir o forzar a los niños a comer ningún alimento específico. Los cuidadores/maestros deben crear un ambiente de apoyo que promueva los comportamientos de alimentación positivos y sólidos (1).

FUNDAMENTO

Un niño no debe comer la misma cantidad todos los días porque los apetitos varían y las preferencias de alimentos son comunes (2). Los hábitos alimenticios establecidos en la infancia y en la primera infancia pueden contribuir a patrones de alimentación óptimos más adelante en la vida. Estos hábitos incluyen comidas/refrigerios nutritivos en una atmósfera de tiempo de comida placentera, limpia, de apoyo con platos/utensilios apropiados para la edad (1). La calidad de los refrigerios para niños pequeños y niños en edad escolar es especialmente importante, y se recomiendan las alimentaciones pequeñas y frecuentes para lograr la ingesta diaria deseada total.

La evidencia sólida respalda que los platos, bowls y tazas más grandes, cuando se los empareja con exposición a largo plazo sostenida de porciones de gran tamaño promueve comer en exceso (3). Permitir a los niños decidir cuánto comer, a través de la cena estilo familiar, puede ayudar además a promover la autorregulación en los niños (3).

COMENTARIOS

Las pautas del CACFP para patrones de las comidas y refrigerios se pueden encontrar en www.fns.usda.gov/cacfp/meals-and-snacks.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[4.2.0.3](#) Uso de las pautas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

[4.3.2.1](#) Patrones de las comidas y refrigerios para niños pequeños y niños en edad preescolar

[4.3.2.3](#) Alentar que los bebés más grandes y niños pequeños: coman solos

REFERENCIAS

1. McCrickerd K, Leong C, Forde CG. Preschool children's sensitivity to teacher-served portion size is linked to age related differences in leftovers. *Appetite*. 2017;114:320-328
2. Green RJ, Samy G, Miqdady MS, et al. How to improve eating behavior during early childhood. *Pediatric Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2015;18(1):1-9
3. Mita SC, Gray SA, Goodell LS. An explanatory framework of teachers' perceptions of a positive mealtime environment in a preschool setting. *Appetite*. 2015;90:37-44

NOTAS

El contenido de la NORMA fue modificado el 5/31/2018.

Norma 4.3.2.3: Alentar que los bebés más grandes y niños pequeños: coman solos



Los cuidadores/maestros deben alentar a los bebés más grandes y niños pequeños a:

- Sostener y beber de una taza de un tamaño para niños,
- Usar una cuchara de tamaño para niños (mango corto con un recipiente poco profundo como una cuchara sopera), y
- Usar un tenedor de tamaño para niños (corto, con puntas desafiladas y mango amplio, similar a un tenedor para ensalada).

Todo eso es apropiado de acuerdo al desarrollo para que los niños pequeños se alimenten a sí mismos. Los niños también pueden usar sus dedos para autoalimentarse. Se debe dar a los niños en cuidado de grupo oportunidades de servir y comer varios alimentos por sí mismos. Los alimentos servidos deben ser apropiados para la habilidad del desarrollo del niño pequeño y debe estar cortada lo suficientemente pequeña para evitar peligros de ahogo.

FUNDAMENTO

Cuando los niños ingresan al segundo año después del nacimiento, están interesados en hacer cosas por sí mismos. La autoalimentación separa apropiadamente las responsabilidades de los adultos y de los niños. Los cuidadores/maestros y los padres/tutores son responsables de proporcionar alimentos nutritivos, y el niño es responsable de decidir cuánto alimento comer (1,2). Para permitir el desarrollo apropiado de las habilidades motrices y de los hábitos de alimentación, los niños necesitan que se les permita practicar alimentarse por sí mismos tan pronto como a los 9 meses de edad (3,4). Los niños continuarán alimentándose por sí mismos usando sus dedos incluso después de dominar el uso de un utensilio.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.3.2.2 Porciones para bebés y niños en edad preescolar

4.5.0.5 Cantidad de niños alimentados simultáneamente por un solo adulto

4.5.0.6 Supervisión de adultos de niños que están aprendiendo a alimentarse por sí mismos

4.5.0.10 Alimentos que son peligros de asfixia

REFERENCIAS

1. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, entre otros. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(1):119-132
2. Williamson C, Beatty C. Weaning and childhood nutrition. *InnovAiT.* 2015;8(3):141-145
3. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. *Pediatric Nutrition.* Kleinman RE, Greer FR, eds. 7ma ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2014
4. McCrickerd K, Leong C, Forde CG. Preschool children's sensitivity to teacher-served portion size is linked to age related differences in leftovers. *Appetite.* 2017;114:320-328

NOTAS

El contenido de la NORMA fue modificado el 5/31/2018.

Norma 4.3.1.7: Alimentar con leche de vaca



La instalación no debe servir leche de vaca a los bebés desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad, a menos que se proporcione una excepción por escrito y la indicación del proveedor de atención médica primaria y los padres/tutores del bebé. Los niños de entre 12 y 24 meses de edad pueden ser servidos con leche entera pasteurizada (1). Los niños de 2 años de edad en adelante deben ser servidos con leche pasteurizada con bajo contenido de grasa (1%) o descremada (sin grasa) (1). Con documentación apropiada de un proveedor de atención médica primaria del niño, la leche pasteurizada reducida en grasa (2%, 1%, sin grasa) se puede servir a aquellos niños que están en riesgo de colesterol alto u obesidad después de los 12 meses de edad (2).

FUNDAMENTO

La leche proporciona muchos nutrientes que son esenciales para el crecimiento y desarrollo de los niños pequeños. El contenido de grasa en la leche entera es fundamental para el desarrollo del cerebro así como también para la saciedad en niños de 12 a 24 meses de edad (3). Para aquellos niños para los que el sobrepeso o la obesidad es una preocupación o tienen historial de obesidad, dislipidemia, o enfermedad cardiovascular temprana, el proveedor de atención médica primario puede solicitar leche con bajo contenido de grasa o descremada (2).

No se recomienda que los niños consuman leche de vaca en lugar de leche materna (humana) o fórmula para bebés durante el primer año después del nacimiento (1,4). Algunos programas de cuidado y educación en la primera infancia tienen niños entre las edades de 18 meses y 3 años en un aula. Para evitar errores en servir leche inapropiada, los programas pueden usar jarras de leche etiquetadas claramente para cada tipo de leche que se está sirviendo. Los cuidadores/maestros pueden explicar a los niños el significado de las etiquetas con colores e identificar qué leche están bebiendo.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.4 Categorías de alimentos

4.2.0.10 Cuidar a niños con alergias alimentarias

4.9.0.3 Precauciones para un suministro de comida seguro

REFERENCIAS

1. Academia Americana de Pediatría. Why formula instead of cow's milk? Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Why-Formula-Instead-of-Cows-Milk.aspx>. Actualizado el sábado, 21 de noviembre de 2015. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
2. Singhal S, Baker RD, Baker SS. A comparison of the nutritional value of cow's milk and nondairy beverages. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(5):799-805
3. Oldfield B, Misra S, Kwiterovich P. Prevention of cardiovascular disease in pediatric populations. In: Wong ND, Amsterdam

EA, Blumenthal RS, eds. ASPC Manual of Preventive Cardiology. Nueva York, NY: Demos Medical Publishing; 2015:184–194

- Holt K, Wooldridge N, Story M, Sofka D. Cow's Milk / Children's need for. In: Bright Futures: Nutrition. Chicago, IL: American Academy of Pediatrics; 2011: 69

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/30/2018.

D. Requisitos para niños en edad escolar



Norma 4.3.3.1: Patrones de las comidas y refrigerios para niños en edad escolar

Las comidas y refrigerios deben contener, como mínimo, los patrones de comidas y refrigerios que se muestran para niños pequeños y niños en edad preescolar en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). Los niños que asisten a centros por 2 o más horas después de la escuela necesitan al menos 1 refrigerio. Se recomienda el desayuno o un refrigerio a la mañana para todos los niños inscriptos en un centro de cuidado y educación en la primera infancia o en la escuela. Dependiendo de la edad y del tiempo que el niño está en cuidado, se debe servir refrigerio 2 horas después de una comida programada. Los entornos de cuidado y educación en la primera infancia deben verificar con los reguladores del estado sobre el horario entre comidas. Las agencias del estado pueden exigir que cualquier institución o instalación permita que pase una cantidad de tiempo específica entre servicios de comida o exigir que los servicios de comida no excedan una duración específica (1, 2). La cantidad y calidad de la comida que se brinda deben aportar para cubrir las necesidades nutricionales de los niños para el día y no deben reducir su apetito (3).

FUNDAMENTO

La primera infancia es un período de crecimiento rápido que aumenta la necesidad de energía y nutrientes esenciales para apoyar el crecimiento óptimo (2). El consumo de comida puede variar considerablemente porque este es un tiempo cuando los niños expresan fuertes gustos y disgustos por la comida. Los requisitos de CACFP aseguran que los niños que están en centros de cuidado infantil por más de 8 horas (común en centros de desarrollo infantil militar, por ejemplo) reciban la cantidad apropiada de comidas y refrigerios para cubrir las necesidades calóricas y de nutrición individuales (1).

COMENTARIOS

Las pautas del CACFP para patrones de las comidas y refrigerios se pueden encontrar en www.fns.usda.gov/cacfp/meals-and-snacks. Los programas que atienden a niños durante los meses de verano pueden encontrar las recomendaciones del Programa de Servicio de Comida de Verano en <https://www.fns.usda.gov/sfsp/summer-food-service-program>.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Pediatric Nutrition. Kleinman RE, Greer FR, eds. 7ma ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2014
- US Department of Agriculture Food and Nutrition Service. Independent Child Care Centers: A Child and Adult Care Food Program Handbook. Washington, DC: Departamento de Agricultura de los EE. UU.; 2014. <https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/Independent%20Child%20Care%20Centers%20Handbook.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
- US Department of Agriculture Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program: meal pattern revisions related to the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010. Final rule. Fed Regist. 2016;81(79):24347-24383. <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-04-25/pdf/2016-09412.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/30/2018.

E. Servicio de comida y supervisión

Norma 4.5.0.4: Socialización durante las comidas

Los cuidadores/maestros y los niños deben sentarse en la mesa y comer la comida o refrigerio juntos. Se debe alentar al servicio de comidas estilo familiar, con las

fuentes para servir, bowls, y jarras sobre la mesa todas presentes para que todos puedan servirse, excepto para bebés y niños muy pequeños que requieren que un adulto los alimente. Se debe usar un utensilio por separado para servir. Los niños no deben manipular alimentos que no se consumirán. Los adultos deben alentar, pero no forzar, a los niños a ayudarse por sí mismos para todos los componentes de alimentos ofrecidos en la comida. Cuando se comen comidas con niños, el/los adulto(s) deben comer alimentos que cumplan con los estándares de nutrición. Los adultos deben alentar a la interacción social y la conversación, usando vocabulario relacionado con los conceptos de color, forma, tamaño, cantidad, número, temperatura del alimento, y eventos del día. Se debe dar asistencia y tiempo extra para quienes comen lento. Comer debe ser una experiencia disfrutable en la instalación y en el hogar.

Se deben hacer adaptaciones especiales para niños que no pueden tener los alimentos que se están sirviendo. Los niños que necesitan tamaños de porción limitados deben ser enseñados y controlados.

FUNDAMENTO

El servicio de comidas "estilo familiar" promueve y apoya el desarrollo social, emocional y de las habilidades motrices gruesas y finas. Los cuidadores/maestros que se sientan y comen con niños tienen la oportunidad de hacer participar a los niños en interacciones sociales entre sí para dar el ejemplo positivo por parte del cuidador/maestro. La conversación en la mesa agrega al ambiente a la hora de comer placentero y da oportunidades para ejemplos informales de comportamientos de alimentación apropiados, comunicación sobre la alimentación, y transmisión de experiencias de aprendizaje de nutrición (1-3,5-7). La presencia de un adulto o adultos, que comen con los niños, ayuda a prevenir comportamientos que aumentan la posibilidad de pelea, alimentándose entre sí, acumulación en la boca y la posibilidad de ahogo y otros comportamientos negativos. El desarrollo futuro de los niños depende, en gran medida, de su dominio del lenguaje. La riqueza del lenguaje aumenta cuando los adultos y pares lo nutren (5). Las comidas estilo familiar alientan a los niños a servirse por sí mismos que desarrolla su coordinador ojo-mano (3-5). Además de ser nutridos por los alimentos, se alienta a los bebés y niños pequeños a establecer relaciones humadas cálidas mediante experiencias de alimentación. Cuando a los niños les falta habilidades de desarrollo para autoalimentarse, no podrá servirse la comida por sí mismos. Un adulto sentado en la mesa puede ayudar y apoyar con la autoalimentación para que el niño pueda comer una cantidad de alimento adecuada para promover el crecimiento y prevenir el hambre.

COMENTARIOS

El cumplimiento se mide mediante observación estructurada. El uso de jarras pequeñas, una cantidad limitada de fuentes para servir y la asistencia de un adulto para permitir a los niños servirse por sí mismos exitosamente ayuda a que el servicio de estilo familiar sea posible sin contaminación o desecho de alimentos.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.3.2.2 Porciones para bebés y niños en edad preescolar
- 4.3.2.3 Alentar que los bebés más grandes y niños pequeños: coman solos
- 4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para los niños

REFERENCIAS

1. Endres, J. B., R. E. Rockwell. 2003. Food, nutrition, and the young child. 4ta ed. Nueva York: Macmillan.
2. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Head Start. 2009. Head Start program performance standards. Rev. ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. [http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Head Start Program/Program Design and Management/Head Start Requirements/Head Start Requirements/45 CFR Chapter XIII/45 CFR Chap XIII_ENG.pdf](http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Head%20Start/Program/Program%20Design%20and%20Management/Head%20Start%20Requirements/Head%20Start%20Requirements/45%20CFR%20Chapter%20XIII/45%20CFR%20Chap%20XIII_ENG.pdf).
3. Benjamin, S. E., ed. 2007. Making food healthy and safe for children: How to meet the national health and safety performance standards – Guidelines for out of home child care programs. 2da ed. Chapel Hill, NC: National Training Institute for Child Care Health Consultants. http://nti.unc.edu/course_files/curriculum/nutrition/making_food_healthy_and_safe.pdf.
4. Pipes, P. L., C. M. Trahms, eds. 1997. *Nutrition in infancy and childhood*. 6ta ed. Nueva York: McGraw-Hill.
5. Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA). 2002. *Making nutrition count for children - Nutrition guidance for child care homes*. Washington, DC: USDA. <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/ERIC-ED482991/pdf/ERIC-ED482991.pdf>
6. Sigman-Grant, M., E. Christiansen, L. Branen, J. Fletcher, S. L. Johnson. 2008. About feeding children: Mealtimes in child-care centers in four western states. *J Am Diet Assoc* 108:340-46.
7. Branscomb, K. R., C. B. Goble 2008. Infants and toddlers in group care: Feeding practices that foster emotional health. *Young Children* 63:28-33.

Norma 4.5.0.5: Cantidad de niños alimentados simultáneamente por un solo adulto

Un adulto no debe alimentar a más de un bebé o tres niños que necesiten asistencia de un adulto con alimentación al mismo tiempo.

FUNDAMENTO

La contaminación cruzada entre niños a los que un adulto está alimentando simultáneamente representa un riesgo importante. Además, la hora de la comida debe ser una ocasión para socialización. Alimentar a más de tres niños al mismo tiempo necesariamente se asemeja a una línea de producción impersonal. Es difícil para el cuidador/maestro estar al tanto y responder a las señales de alimentación de bebés cuando se alimenta a más de un bebé a la vez. Un niño puede necesitar una alimentación individual en base a la edad y grado de habilidad. Alimentar a más de tres niños además representa un riesgo potencial de lesión y/o ahogo.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente](#)

[4.3.2.2 Porciones para bebés y niños en edad preescolar](#)

[4.3.2.3 Alentar que los bebés más grandes y niños pequeños: coman solos](#)

[4.5.0.4 Socialización durante las comidas](#)

[4.5.0.6 Supervisión de adultos de niños que están aprendiendo a alimentarse por sí mismos.](#)



Norma 4.5.0.6: Supervisión de adultos de niños que están aprendiendo a alimentarse por sí mismos

Los niños en mitad de la infancia que están aprendiendo a alimentarse a sí mismo deben ser supervisados por un adulto sentado dentro del alcance de su brazo en todo momento mientras se están alimentando. Los niños de más de doce meses de edad que pueden alimentarse por sí mismos deben ser supervisados por un adulto que está sentado en la misma mesa o dentro del alcance del brazo de la silla alta o mesa para comer del niño. Cuando comen, los niños deben estar dentro de la vista de los adultos en todo momento.

FUNDAMENTO

Un adulto que supervisa debe observar los varios problemas comunes que ocurren generalmente cuando los niños en mitad de la infancia comienzan a alimentarse por sí mismos. "Almacenar" varias porciones de comida en la boca aumenta la probabilidad de atragantamiento. Un niño que se atraganta no puede hacer ningún ruido, por eso, los adultos deben mantener sus ojos en el niño que está comiendo. La supervisión activa es imperativa. La alimentación supervisada también promueve la seguridad del niño desalentando actividades que puedan llevar a atragantamiento (1). Para la mejor práctica, los niños de todas las edades deben ser supervisados cuando comen. Los adultos pueden monitorear el consumo del tamaño de la porción apropiada para la edad.

COMENTARIOS

Los adultos pueden ayudar a los niños mientras están aprendiendo, haciendo de modelo en masticación activa (es decir, comer una pequeña porción de comida, mostrar cómo usar sus dientes para masticarla) y hacer comentarios positivos para alentar a los niños mientras están comiendo. Los adultos pueden demostrar cómo comer alimentos en el menú, cómo servir alimentos, y cómo pedir más comida como forma de ayudar a los niños a aprender los nombres de los alimentos (por ej., "por ej. Por favor, pásame el bowl de fideos").

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[4.3.2.3 Alentar que los bebés más grandes y niños pequeños: coman solos](#)

[4.5.0.4 Socialización durante las comidas](#)

[4.5.0.5 Cantidad de niños alimentados simultáneamente por un solo adulto](#)

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. 2010. Policy statement: Prevention of choking among children. *Pediatrics* 125:601-7.

Norma 4.5.0.7: Participación de niños más grande y personal en las actividades a la hora de la comida

Los niños más grandes y los miembros del personal se deben involucrar activamente para servir comida y otras actividades de la hora de la comida, como poner y limpiar la mesa. El personal debe supervisar y asistir a los niños con los procedimientos adecuados para lavarse las manos antes y después de las comidas y a desinfectar las superficies y los utensilios para comer para evitar la contaminación cruzada.

FUNDAMENTO

Los niños desarrollan habilidades sociales y nuevas habilidades motoras y aumentan su destreza a través de este tipo de participación. Los niños requieren una supervisión de cerca por parte del personal y otros adultos cuando usan cuchillos y tienen contacto con superficies de comida y la comida que otros niños usarán.

COMENTARIOS

El cumplimiento se mide mediante observación estructurada.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[4.5.0.4 Socialización durante las comidas](#)

Norma 4.5.0.8: Experiencia con alimentos familiares y nuevos alimentos

En consulta con la familia y con el nutricionista/dietista registrado, los cuidadores/maestros deben ofrecer a los niños alimentos familiares que sean normales para la cultura y preferencias religiosas del niño y además deben introducir varios alimentos saludables que quizás no sean familiares, pero que cumplan con las necesidades nutricionales del niño. Las experiencias con nuevos alimentos pueden incluir probar y tratar pero además incluyen participación de todos los sentidos (ver, oler, hablar, etc.) para facilitar la introducción de estos nuevos alimentos.

FUNDAMENTO

Al aprender sobre nuevos alimentos, los niños aumentan su conocimiento del mundo que los rodea, y la probabilidad de que elegirán una dieta más variada, mejor balanceada más adelante en la vida. Los hábitos de alimentación y las actitudes sobre alimentos formados en los primeros años a menudo duran para toda la vida. La nueva aceptación de alimentos puede tomar de ocho a quince veces de ofrecer un alimento antes de que se come (1).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[4.2.0.9 Menús escritos e introducción de nuevos alimentos](#)

[4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés](#)

REFERENCIAS

1. Sullivan, S. A., L. L. Birch. 1990. Pass the sugar, pass the salt: Experience dictates preference. *Developmental Psychology* 26:546-51.

Norma 4.5.0.3: Actividades que son incompatibles con la alimentación



Los niños deben estar sentados cuando comen. Los cuidadores/maestros deben garantizar que los niños no coman mientras están parados, caminando, corriendo, jugando, acostados, mirando televisión, jugando en la computadora, participando en proyectos de artes y artesanías que no incluyan alimentos o montando vehículos.

No se debe permitir que los niños continúen alimentándose solos o que se les ayude a alimentarse por sí mismos si comienzan a dormirse mientras comen. Los cuidadores/maestros deben controlar que no quede ningún alimento en la boca del niño antes de que se lo acueste para dormir.

FUNDAMENTO

Sentar a los niños, mientras está comiendo, reduce el riesgo de aspiración (1-5). Comer mientras hacen otras actividades (incluso jugar, caminar o sentarse en una computadora) limita las oportunidades de socialización durante las comidas y refrigerios. Comer mientras miran televisión se asocia con un aumento en el riesgo de obesidad (6-8). Continuar comiendo mientras se quedan dormidos pone al niño en un riesgo grande de arcadas o ahogo.

COMENTARIOS

El personal puede dar el ejemplo con comportamientos alimenticios apropiados sentándose cuando están comiendo y comiendo al "estilo familiar" con los niños cuando sea posible.

Para información adicional, consulte [Crear ambientes y relaciones a la hora de comer: Un inventario para alimentar niños pequeños en entornos grupales](#).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.5.0.4 Socialización durante las comidas

4.5.0.10 Alimentos que son peligros de asfixia

5.2.9.7 Uso apropiado de los materiales de arte y artesanías

2.2.0.3 Tiempo frente a pantallas/Usos de redes sociales

REFERENCIAS

1. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). Art and craft safety guide. Bethesda, MD: CPSC. <http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/5015.pdf>.
2. Art and Creative Materials Institute. 2010. Safety - what you need to know. <http://www.acminet.org/Safety.htm>.
3. AAP Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. 2010. Policy statement - Prevention of choking among children. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2010/02/22/peds.2009-2862>.
4. Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA). 2002. *Making nutrition count for children - Nutrition guidance for child care homes*. Washington, DC: USDA. <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/ERIC-ED482991/pdf/ERIC-ED482991.pdf>.
5. Lally, J. R., A. Griffin, E. Fenichel, M. Segal, E. Szanton, B. Weissbourd. 2003. *Caring for infants and toddlers in groups: Developmentally appropriate practice*. Arlington, VA: Zero to Three.
6. Benjamin, S. E., ed. 2007. *Making food healthy and safe for children: How to meet the national health and safety performance standards – Guidelines for out of home child care programs*. 2da ed. Chapel Hill, NC: National Training Institute for Child Care Health Consultants. http://nti.unc.edu/course_files/curriculum/nutrition/making_food_healthy_and_safe.pdf.
7. Endres, J. B., R. E. Rockwell. 2003. *Food, nutrition, and the young child*. 4ta ed. Nueva York: Macmillan.
8. Mendoza, J. A., F. J. Zimmerman, D. A. Christakis. 2007. Television viewing, computer use, obesity, and adiposity in US preschool children. *Int J Behav Nutr Physical Activity* 4, no. 44 (September 25). <http://ijbnpa.org/content/4/1/44/>.
9. Dennison, B. A., T. A. Erb, P. L. Jenkins. 2002. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics* 109:1028-35.
10. Briley, M., C. Roberts-Gray. 2005. Position of the American Dietetic Association: Benchmarks for nutrition programs in child care settings. *J Am Dietetic Association* 105:979-86.

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 8/25/2016.

Norma 4.5.0.11: Usos prohibidos de la comida

Los cuidadores/maestros no deben forzar o sobornar a los niños para comer ni usar alimentos como recompensa o castigo.

FUNDAMENTO

Los niños que son forzados a comer, o para quienes los adultos usan alimentos para modificar el comportamiento, llegan a ver la comida como un tira y afloja y es más probable que desarrollen aversiones a la comida más duraderas y comportamientos de alimentación no saludables. Ofrecer alimento como recompensa o castigo coloca una importancia indebida sobre los alimentos y puede tener efectos negativos sobre el niño promoviendo respuestas "limpiar el plato" que pueden llevar a obesidad o un comportamiento de alimentación malo (1-5).

COMENTARIOS

Todos los componentes de la comida se deben ofrecer al mismo tiempo, permitiendo a los niños elegir y disfrutar todos los alimentos del menú.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

REFERENCIAS

1. Birch, L. L., J. O. Fisher, K. K. Davison. 2003. Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr* 78:215-20.
2. Murph, J. R., S. D. Palmer, D. Glassy, ediciones de. 2005. *Health in child care: A manual for health professionals*. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
3. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Head Start. 2009. *Head Start program performance standards*. Rev. ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. [http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Head Start Program/Program Design and Management/Head Start Requirements/Head Start Requirements/45 CFR Chapter XIII/45 CFR Chap XIII_ENG.pdf](http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Head%20Start%20Program/Program%20Design%20and%20Management/Head%20Start%20Requirements/Head%20Start%20Requirements/45%20CFR%20Chapter%20XIII/45%20CFR%20Chap%20XIII_ENG.pdf).
4. Kleinman, R. E., ed. 2009. *Pediatric nutrition handbook*. 6ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
5. Benjamin, S. E., ed. 2007. *Making food healthy and safe for children: How to meet the national health and safety performance standards – Guidelines for out of home child care programs*. 2da ed. Chapel Hill, NC: National Training Institute for Child Care Health Consultants. http://nti.unc.edu/course_files/curriculum/nutrition/making_food_healthy_and_safe.pdf.

Norma 4.4.0.2: Uso del nutricionista/dietista registrado

Un nutricionista/dietista registrado local, que conozca las necesidades específicas de los bebés y niños, debe trabajar con el experto de servicio de comida en el sitio y el arquitecto o ingeniero en el diseño de las partes del centro involucradas en el servicio de comida. Además, el nutricionista/dietista registrado debe trabajar con el experto de servicio de comida y el personal de cuidado y educación en la primera infancia para desarrollar e implementar el plan de nutrición del centro y preparar el presupuesto de servicio de comida inicial. El plan de nutrición abarca:

- a. Diseño de la cocina;
- b. Presupuesto y servicio los alimentos;
- c. Adquisición de los alimentos y almacenamiento de los alimentos;
- d. Planificación del menú y las comidas (incluso revisión periódica de los menús);
- e. Preparación y servicio los alimentos;
- f. Prácticas y políticas para alimentar a los niños;
- g. Dotación de personal en la cocina y para la hora de la comida;
- h. La educación nutricional para niños, personal y padres/tutores (incluso la prevención de la obesidad infantil y otras enfermedades crónicas, experiencias de aprendizaje de comida y conocimiento de los peligros de asfixia);
- i. Planes de modificación de dieta.

FUNDAMENTO

El servicio de comida eficiente y rentable en un centro comienza con un plan y una evaluación de los componentes físicos del centro. La planificación para la unidad de servicio de comida incluye consideración de la ubicación e idoneidad del espacio para las áreas de recepción, almacenamiento, preparación y servicio; limpieza, lavado de platos; áreas para comer, más un espacio para escritorio, teléfono, registros e instalaciones para los empleados (como lavabos para lavarse las manos, baños y armarios). Se deben considerar todos los aspectos para los sitios nuevos o existentes, incluso la remodelación o renovación de la unidad (1-5).

COMENTARIOS

Los nutricionistas/dietistas registrados asisten al personal de servicio de comida/cuidadores/maestros para planificar los menús de comidas/refrigerios que consisten en alimentos saludables que cumplen con las pautas del CACFP; asegurar el uso de utensilios para comer apropiados para la edad y muebles idóneos (mesas, sillas) para niños que se sientan cómodamente cuando comen; abordar cualquier modificación de dieta necesaria; brindar capacitación para el personal y educación nutricional para niños y sus padres/tutores; consultar para cumplir con las regulaciones del departamento de salud local y cumplir con las regulaciones locales al usar un proveedor de alimentos fuera del sitio. Esta norma es principalmente para los Centros.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.2.0.1 Plan escrito de nutrición
- 3.1.2.1 Supervisión de salud de rutina y monitoreo del crecimiento
- 4.2.0.2 Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales

4.2.0.8 Planes de alimentación y modificaciones de dieta**9.2.3.11** Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición

Apéndice C: Calificaciones del especialista en nutrición, dietista registrado, nutricionista con licencia, consultor y personal de servicio de comida

REFERENCIAS

1. Kaphingst, K. M., M. Story. 2009. Child care as an untapped setting for obesity prevention: State child care licensing regulations related to nutrition, physical activity, and media use for preschool-aged children in the United States. *Prev Chronic Dis* 6(1).
2. Benjamin, S. E., K. A. Copeland, A. Craddock, E. Walker, M. M. Slining, B. Neelon, M. W. Gillman. 2009. Menus in child care: A comparison of state regulations to national standards. *J Am Diet Assoc* 109:109-15.
3. Pipes, P. L., C. M. Trahms, eds. 1997. Nutrition in infancy and childhood. 6ta ed. Nueva York: McGraw-Hill.
4. Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA). 2002. *Making nutrition count for children - Nutrition guidance for child care homes*. Washington, DC: USDA. <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/ERIC-ED482991/pdf/ERIC-ED482991.pdf>
5. Endres, J. B., R. E. Rockwell. 2003. Food, nutrition, and the young child. 4ta ed. Nueva York: Macmillan.

F. Alimentos que se traen del hogar**Norma 4.6.0.2: Calidad nutricional de la comida que viene de casa**

El centro debe brindar a los padres/tutores las pautas escritas que el centro ha establecido un plan integral para cumplir con los requisitos nutricionales de los niños en el cuidado del centro y las sugerencias para que los padres/tutores puedan ayudar al centro para cumplir con estas pautas. El centro debe desarrollar políticas para alimentos traídos del hogar, con la consulta de los padres/tutores, para que las expectativas sean las mismas para todas las familias (1, 2). El centro debe tener comida disponible para complementar la comida traída del hogar si la comida es deficiente para cumplir con los requisitos nutricionales del niño. Si la comida que el padre/tutor brinda no cumple consistentemente con los requisitos nutricionales o de seguridad de los alimentos, el centro deben brindar la comida y derivar al padre/tutor para una consulta con un nutricionista/dietista registrado, al proveedor de atención primaria del niño o a recursos de la comunidad con nutricionistas/dietistas registrados capacitados (como el Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños [WIC], servicios de extensión y departamentos de salud).

FUNDAMENTO

El cuidador/maestro/centro tiene la responsabilidad de seguir prácticas de alimentación que promuevan la nutrición óptima que apoye el crecimiento y el desarrollo de bebés, niños pequeños y niños). Los cuidadores/maestros que no siguen las buenas prácticas de alimentación, incluso cuando los padres/tutores desean que dichas prácticas no se sigan, niegan su responsabilidad básica de proteger la salud y el bienestar social y emocional del niño.

COMENTARIOS

Algunas jurisdicciones de licencia y salud local prohíben que se traigan alimentos del hogar.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS**4.2.0.1** Plan escrito de nutrición**4.6.0.1** Selección y preparación de la comida que viene de casa**9.2.3.11** Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición**REFERENCIAS**

1. Contra Costa Child Care Council, Child Health and Nutrition Program. 2006. CHOICE: Creating healthy opportunities in child care environments. Concord, CA: Contra Costa Child Care Council, Child Health and Nutrition Program. http://w2.cocokids.org/_cs/downloadables/cc-healthnutrition-choicetoolkit.pdf.
2. Sweitzer, S., M. E. Briley, C. Robert-Gray. 2009. Do sack lunches provided by parents meet the nutritional needs of young children who attend child care? *J Am Diet Assn* 109:141-44.

Norma 4.6.0.1: Selección y preparación de la comida que viene de casa

El padre/tutor puede brindar comidas para el niño mediante un acuerdo escrito entre el padre/tutor y el personal. Las comidas que se traen al centro deben tener una etiqueta clara que indique el nombre completo del niño, la fecha y el tipo de alimento. Los almuerzos y los refrigerios que el padre/tutor brinda para las comidas de un niño no se deben compartir con otros niños. Cuando se traen alimentos al centro del hogar o de otro lugar, estos alimentos se deben limitar a los enumerados en la política escrita del centro sobre la calidad nutricional de la comida que viene de casa. Los alimentos perecederos o potencialmente peligrosos se deben refrigerar y todos los alimentos deben estar protegidos contra la contaminación.

FUNDAMENTO

Las enfermedades transmitidas por los alimentos y la intoxicación por alimentos es algo común cuando los alimentos no se han refrigerado y tapado adecuadamente. Si bien muchas de estas enfermedades se limitan a vómitos y diarrea, a veces, pueden poner en peligro la vida. Restringir los alimentos que se llevan a los centros para que los consuma un niño individual reduce el riesgo de intoxicación alimentaria por procedimientos desconocidos utilizados en la preparación, el almacenamiento y el transporte en el hogar. La comida que se trae del hogar debe ser nutritiva, limpia y segura para un niño individual. De esta manera, otros niños no deben estar expuestos al riesgo desconocido. Compartir alimentos sin darse cuenta es algo común en el cuidado y la educación en la primera infancia. El centro tiene la obligación de asegurar que la comida que se ofrece a los niños en el centro o que se comparten con otros niños sea saludable y segura y que cumpla con las pautas de comida y nutrición para las comidas y refrigerios que el programa de cuidado y educación en la primera infancia debe cumplir.

COMENTARIOS

El centro, en colaboración con los padres/tutores y el personal de servicio de comida/nutricionista/dietista registrado, debe establecer una política sobre los alimentos que se traen del hogar para celebrar el cumpleaños de un niño o cualquier evento festivo similar. Los programas deben informar a los padres/tutores las alternativas de comida saludable como tazas con fruta fresca o ensalada de frutas para estas celebraciones. No se recomiendan las golosinas azucaradas, pero si el padre/tutor las proporciona, entonces el tamaño de la porción de la golosina debe ser pequeño.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[4.6.0.2](#) Calidad nutricional de los alimentos traídos del hogar

[9.2.3.11](#) Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición

G. Educación nutricional

Norma 4.7.0.1: Experiencias de aprendizaje de nutrición para los niños

El centro debe tener un plan de nutrición que integre la introducción de experiencias de alimentos y alimentación con las actividades del centro y la alimentación en el hogar. El plan debe incluir oportunidades para que los niños desarrollen conocimiento y habilidades necesarias para tomar decisiones alimentarias apropiadas.

Para los centros, este plan debe ser un plan escrito y debe ser responsabilidad compartido de todo el personal, incluso directores y personal de servicio de comida, junto con los padres/tutores. El plan de nutrición debe ser desarrollado con la guía y aprobación del nutricionista/dietista registrado o consultor de salud de cuidado infantil.

Los cuidadores/maestros deben enseñar a los niños sobre el sabor, olor, textura de los alimentos y vocabulario y habilidades del lenguaje en relación con los alimentos y la alimentación. Los niños deben tener la oportunidad de sentir las texturas y aprender los diferentes colores, tamaños y formas de los alimentos y los beneficios nutricionales de comer alimentos saludables. Los niños también deben aprender sobre las porciones apropiadas. La enseñanza debe ser evidente a la hora de la comida y durante las actividades curriculares, y hacer hincapié en el placer de comer. Los cuidadores/maestros deben saber que los niños entre los dos y cinco años suelen resistirse a probar nuevos alimentos y que la aceptación del alimento puede necesitar ocho a quince ofrecimientos antes de que se coma (14).

FUNDAMENTACIÓN

La comida nutritiva y atractiva es una base para experiencias de aprendizaje apropiadas para el desarrollo y contribuye a la salud y el bienestar (1-13, 15). Coordinar las experiencias de aprendizaje con el personal de servicio de comida maximiza la eficacia de la educación. Además del valor nutritivo de la comida, a los bebés y niños pequeños se les ayuda, a través del acto de alimentación, a establecer relaciones humanas cálidas. Comer debe ser una experiencia agradable para los niños y el personal en el centro y para los niños y padres/tutores en el hogar. Disfrutar y aprender sobre la comida en la infancia promueve buenos hábitos de nutrición para toda la vida (17,18).

COMENTARIOS

Los padres/tutores y cuidadores/maestros siempre deben ser alentados a sentarse en la mesa y comer la misma comida que se ofrece a los niños pequeños como una manera de fortalecer la alimentación familiar que apoya el servicio y la alimentación del niño (19). La alimentación familiar requiere capacitación especial para el personal de servicio de comida y cuidado y educación en la primera infancia ya que deben monitorear la comida que se sirve en un entorno grupal. Las porciones deben ser apropiadas para la edad de acuerdo a lo establecido en las pautas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés). Se debe alentar el uso de utensilios para servir para minimizar la manipulación con las manos de los niños. Los niños no deben comer directamente de los platos o contenedores de almacenamiento. La presencia de un adulto en la mesa con los niños mientras comen es una manera para alentar la interacción social y la conversación sobre la comida como su nombre, color, textura, sabor y conceptos como números, tamaño y forma, y para compartir los eventos del día. Estos son algunos ejemplos prácticos de información apropiada para la edad para que los niños pequeños aprendan sobre los alimentos que comen. El padre/tutor o adulto puede ayudar al niño que come lento, prevenir comportamiento que podrían aumentar el riesgo de peleas, comer la comida del otro y de llenarse la boca con comida de manera que pueda causar asfixia.

Varios recursos de nutrición basados en la comunidad pueden ayudar a los cuidadores/maestros con el componente de servicio de comida y nutrición de sus programas (16-18). La clave para identificar un profesional de nutrición calificado es buscar un registro de capacitación en nutrición pediátrica (nutrición normal, nutrición para niños con necesidades especiales de atención de la salud, modificaciones de dieta) y experiencia y competencia en sistemas de servicio de comida básicos.

Los recursos locales para educación nutricional incluyen:

- a. Nutricionistas/RD locales y estatales en departamentos de salud, en programas de salud maternal e infantil y divisiones de niños con necesidades especiales de atención de la salud;
- b. Nutricionistas/RD en hospitales;
- c. El Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) y nutricionistas/RD de extensión cooperativa;
- d. Personal de servicio de comida escolar;
- e. Administradores estatales del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos;
- f. Instituto Nacional de Manejo de Servicio de Comida Escolar;
- g. Sistema de Recursos de Alimentos Saludables del Sistema de Información sobre Alimentos y Nutrición (Biblioteca Nacional de Agricultura, Departamento de Agricultura de los EE. UU.);
- h. Consultores de nutrición con afiliados locales de las siguientes organizaciones:
 1. Asociación Estadounidense de Dietética;
 2. Asociación Estadounidense de Salud Pública;
 3. Sociedad de Educación Nutricional;
 4. Asociación Estadounidense de Ciencias para la Familia y el Consumidor;
 5. Consejo de Lácteos;
 6. Asociación Cardíaca Americana;
 7. Sociedad Americana del Cáncer;
 8. Asociación Estadounidense de Diabetes;
 9. Economistas domésticos profesionales como maestros y aquellos con organizaciones del consumidor;
 10. Departamentos de nutrición de universidades y facultades locales.

El cumplimiento se mide mediante observación estructurada.

A continuación se enumeran recursos seleccionados para cuidadores/maestros para brindar oportunidades continuas para que los niños y sus familias aprendan sobre alimentos y alimentación saludable:

- a. Brieger, K. M. 1993. *Cooking up the Pyramid: An early childhood nutrition curriculum* [Cocinar la pirámida: un plan de estudios de nutrición de la primera infancia] Pine Island, NY: Servicios Clínicos de Nutrición.
- b. Cunningham, M. 1995. *Cooking with children: 15 lessons for children, age 7 and up, who really want to learn to cook.* [Cocinar con los niños: 15 lecciones para niños de 7 años y más que realmente quieren aprender a cocinar.] New York: Alfred A. Knopf.
- c. Goodwin, M. T., G. Pollen. 1980. *Creative food experiences for children.* [Experiencias creativas de comida para los niños.] Rev. ed. Washington, DC: Center for Science in the Public Interest.
- d. King, M. 1993. *Healthy choices for kids: Nutrition and activity education program based on the US Dietary Guidelines.* [Elecciones saludables para los niños: nutrición y programa de educación de actividades basado en las pautas de dieta de los EE. UU.] Levels 1-3 and 4-5. Wenatchee, WA: The Growers of Washington State Apples.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.1 Plan escrito de nutrición

4.5.0.4 Socialización durante las comidas

4.5.0.7 Participación de niños más grande y personal en las actividades a la hora de la comida

4.5.0.8 Experiencia con alimentos familiares y nuevos alimentos

4.7.0.2 Educación nutricional para padres/tutores

9.2.3.11 Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición

2.1.1.2 Salud, nutrición, actividad física y conciencia de la seguridad

Apéndice C: Calificaciones del especialista en nutrición, dietista registrado, nutricionista con licencia, consultor y personal de servicio de comida

REFERENCIAS

- Hagan, Jr., J. F., J. S. Shaw, P. M. Duncan, eds. 2008. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3ra edición, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
- Tamborlane, W. V., J. Warshaw, eds. 1997. The Yale guide to children's nutrition. New Haven, CT: Yale University Press.
- Benjamin, S. E., D. F. Tate, S. I. Bangdiwala, B. H. Neelon, A. S. Ammerman, J. M. Dodds, D. S. Ward. 2008. Preparing child care health consultants to address childhood overweight: A randomized controlled trial comparing web to in-person training. *Maternal Child Health J* 12:662-69.
- Ammerman, A. S., D. S. Ward, S. E. Benjamin, et al. 2007. An intervention to promote healthy weight: Nutrition and physical activity self-assessment for child care theory and design. *Public Health Research, Practice, Policy* 4:1-12.
- Story, M., K. M. Kaphingst, S. French. 2006. The role of child care settings in the prevention of obesity. *The Future of Children* 16:143-68
- Dietz, W., L. Birch. 2008. Eating behaviors of young child: Prenatal and postnatal influences on healthy eating. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
- Murph, J. R., S. D. Palmer, D. Glassy, ediciones de. 2005. Health in child care: A manual for health professionals. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Head Start. 2009. Head Start program performance standards. Rev. ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/HeadStartProgram/ProgramDesignandManagement/HeadStartRequirements/45CFRChapterXIII/45CFRChapXIII_ENG.pdf.
- William, C. O., ed. 1998. Pediatric manual of clinical dietetics. Chicago: American Dietetic Association.
- Lally, J. R., A. Griffin, E. Fenichel, M. Segal, E. Szanton, B. Weissbourd. 2003. Caring for infants and toddlers in groups: Developmentally appropriate practice. Arlington, VA: Zero to Three.
- Pipes, P. L., C. M. Trahms, eds. 1997. Nutrition in infancy and childhood. 6ta ed. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sullivan, S. A., L. L. Birch. 1990. Pass the sugar, pass the salt: Experience dictates preference. *Devel Psych* 26:546-51.
- Endres, J. B., R. E. Rockwell. 2003. Food, nutrition, and the young child. 4ta ed. Nueva York: Macmillan.
- Wardle, F., N. Winegarner. 1992. Nutrition and Head Start. *Child Today* 21:57.
- Benjamin, S. E., ed. 2007. Making food healthy and safe for children: How to meet the national health and safety performance standards – Guidelines for out of home child care programs. 2da ed. Chapel Hill, NC: National Training Institute for Child Care Health Consultants. http://nti.unc.edu/course_files/curriculum/nutrition/making_food_healthy_and_safe.pdf.
- Dietz, W. H., L. Stern, eds. 1998. American Academy of Pediatrics guide to your child's nutrition. Nueva York: Villard.
- Holt K, Wooldridge N, Story M, Sofka D. Nutrition Education/ curriculum for, aspects of. In: Bright Futures: Nutrition. Chicago, IL: American Academy of Pediatrics; 2011: 10, 55
- Kleinman, R. E., ed. 2009. Pediatric nutrition handbook. 6ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
- Stang, J., C. T. Bayerl, M. M. Flatt. 2006. Position of the American Dietetic Association: Child and adolescent food and nutrition programs. *J American Dietetic Assoc* 106:1467-75.

Norma 2.1.1.2: Salud, nutrición, actividad física y conciencia de la seguridad

Los programas de cuidado y educación en la primera infancia deben crear e implementar planes escritos del programa que aborden la salud física, oral, mental y socioemocional, la actividad física y los aspectos de seguridad de cada actividad formalmente estructurada documentada en el plan de estudios escritos. Estos planes deben incluir oportunidades diarias para aprender hábitos de salud que eviten infecciones y lesiones significativas y hábitos saludables que apoyen la alimentación saludables, educación nutricional, actividad física y sueño. La consciencia de conductas saludables y seguras, incluso una buena nutrición, actividad física y hábitos para dormir, debe ser una parte integral del programa general.

FUNDAMENTO

Los niños aprenden mejor experimentando una actividad y observando el comportamiento en lugar de métodos didácticos (1). Puede haber una relación recíproca entre el aprendizaje y el juego para que las experiencias de juego se relacionen estrechamente con el aprendizaje (2). Los niños pueden aceptar y seguir normas, rutinas y pautas sobre la salud y seguridad cuando su experiencia personal los ayuda a entender por qué estas normas fueron creadas. Las pautas nacionales para los niños desde el nacimiento hasta los 5 años alientan su participación en actividad física diaria para promover el movimiento, habilidades motrices y las bases de la actividad física relacionada con la salud (3). La actividad física es importante para la salud en general y para la prevención del sobrepeso y la obesidad (4). Los hábitos saludables para dormir (por ej., una rutina para ir a dormir, una cantidad adecuada de tiempo para dormir) (5, 6) ayudan a los niños a obtener la cantidad de tiempo de sueño ininterrumpido que necesita su cerebro y su cuerpo, lo que se asocia con tasas más bajas de sobrepeso y obesidad en el futuro (7-11).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.5.0.4 Socialización durante las comidas
- 4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para niños
- 3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física
- 3.1.4.4 Períodos de descanso programados y arreglos para dormir
- 4.7.0.2 Educación nutricional para padres/tutores
- 4.9.0.8 Suministro de alimentos y agua ante desastres
- 2.1.1.3 Modelo coordinado del programa de salud de cuidado infantil
- Apéndice S: Actividad física: ¿Cuánto se necesita?

REFERENCIAS

1. Lumeng JC, Somashekar D, Appugliese D, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH. Shorter sleep duration is associated with increased risk for being overweight at ages 9 to 12 years. *Pediatrics*. 2007;120(5):1020-1029
2. Anderson SE, Andridge R, Whitaker RC. Bedtime in preschool-aged children and risk for adolescent obesity. *J Pediatr*. 2016;176:17-22
3. Li L, Zhang S, Huang Y, Chen K. Sleep duration and obesity in children: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Paediatr Child Health*. 2017;53(4):378-385
4. Fatima Y, Doi SA, Mamun AA. Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Obes Rev*. 2015;16(2):137-149
5. Kelly Y, Kelly J, Sacker A. Time for bed: associations with cognitive performance in 7-year-old children: a longitudinal population-based study. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(11):926-931
6. Sivertsen B, Harvey AG, Reichborn-Kjennerud T, Torgersen L, Ystrom E, Hysing M. Later emotional and behavioral problems associated with sleep problems in toddlers: a longitudinal study. *JAMA Pediatr*. 2015;169(6):575-582
7. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020. 8va ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2015. https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf. Publicado en diciembre de 2015. Fecha de acceso el 14 de noviembre de 2017
8. Roth K, Kriemler S, Lehmacher W, Ruf KC, Graf C, Hebestreit H. Effects of a physical activity intervention in preschool children. *Med Sci Sports Exerc*. 2015;47(12):2542-2551
9. Weisberg D, Hirsh-Pasek K, Golinkoff R, Kittredge A, Klahr D. Guided play: principles and practices. *Curr Dir Psychol Sci*. 2016;25(3):177-182
10. Stirrup J, Evans J, Davies B. Learning one's place and position through play: social class and educational opportunity in early years education. *Int J Early Years Educ*. 2017;1-18
11. Institute of Medicine. Early Childhood Obesity Prevention Policies: Goals, Recommendations, and Potential Actions. Washington, DC: Institute of Medicine; 2011. <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2011/Early-Childhood-Obesity-Prevention->

[Policies/Young%20Child%20Obesity%202011%20Recommendations.pdf](#). Publicado en junio de 2011. Fecha de acceso el 14 de noviembre de 2017

NOTAS

El contenido de la NORMA fue modificado el 5/30/2018

Norma 4.7.0.2: Educación nutricional para padres/tutores



Se debe informar a los padres/tutores el rango de actividades de aprendizaje de nutrición para los niños en cuidado provisto en el centro. Los programas formales de información y educación nutricional para padres/tutores deben llevarse a cabo al menos dos veces al año bajo la guía del nutricionista/dietista registrado, basándose en una evaluación de las necesidades de información y educación nutricional según la perciben las familias y el personal. Se debe incorporar la importancia de los hábitos saludables para dormir en el programa de prevención de la obesidad. Se deben implementar programas informales durante momentos de enseñanza a lo largo del año.

FUNDAMENTO

Una meta del centro es brindar un ambiente positivo para toda la familia. Informar a los padres/tutores sobre nutrición, alimentos y preparación de comida y la hora de la comida mejora la nutrición y las interacciones a la hora de la comida en el hogar, lo que ayuda a moldear los hábitos de alimentación y conducta para comer del niño (1-3). Debido a la epidemia actual de obesidad infantil, la prevención de la obesidad infantil a través de la nutrición y la actividad física es un tema apropiado para los padres/tutores. Proporcionar con regularidad a las familias registros de la comida provista y el progreso en las actividades físicas de los niños ayudará a las familias a coordinar la preparación de comida en el hogar, nutrición y actividad física con lo que se brinda en el centro de cuidado y educación en la primera infancia. La educación nutricional dirigida a padres/tutores complementa y mejora las experiencias de aprendizaje de nutrición que se brinda a los niños. De manera similar, las rutinas a la hora de dormir son un aspecto importante para la salud y el desarrollo físico, social y emocional del niño. Curiosamente, la hora de dormir tiene un mayor efecto en el peso de los niños que cuando están despiertos (4).

COMENTARIOS

Un método de educación nutricional para padres/tutores es proporcionar recetas saludables que son rápidas y económicas para preparar. Otro método es compartir información sobre el acceso a fuentes locales de alimentos saludables (por ej., mercados de agricultores, tiendas de comestibles, opciones de alimentos preparados y restaurantes más saludables). Además, los cuidadores/maestros pueden brindar a los padres/tutores ideas para refrigerios saludables y económicos, incluso comidas disponibles y que se sirven en las reuniones de padres/tutores. La educación debe ser útil y culturalmente relevantes e incorporar el uso de comida producida localmente. Eduque a los padres/tutores que la hora de dormir temprano se define como las 8:00 p. m. o antes y está asociada con menos incidentes informados por padres/tutores y maestros y problemas de deficiencia de atención (4, 5). La disminución de la duración del sueño con problemas relacionados con el sueño se asocia con una función cognitiva y socioemocional deficiente que puede aumentar el riesgo de obesidad infantil/adolescente (6). Los programas de educación nutricional se pueden complementar con una distribución periódica de boletines de noticias y compartir materiales o sitios web.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para niños

2.4.1.1 Temas de educación de salud y seguridad para los niños

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Pediatric Nutrition. Kleinman RE, Greer FR, eds. 7ma ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2014
2. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 4th ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2017
3. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Head Start Early Childhood Learning and Knowledge Center. Head Start policy & regulations. Subchapter B—the administration for children and families, Head Start program. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/policy/45-cfr-chap-xiii>. Fecha de acceso el 14 de noviembre de 2017

4. Anderson SE, Andridge R, Whitaker RC. Bedtime in preschool-aged children and risk for adolescent obesity. *J Pediatr.* 2016;176:17-22
5. Kobayashi K, Yorifuji T, Yamakawa M, et al. Poor toddler-age sleep schedules predict school-age behavioral disorders in a longitudinal survey. *Brain Dev.* 2015;37(6):572-578
6. Bonuck KA, Schwartz B, Schechter C. Sleep health literacy in Head Start families and staff: exploratory study of knowledge, motivation, and competencies to promote healthy sleep. *Sleep Health.* 2016;2(1):19-24

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/30/2018.

H. Políticas



Norma 9.2.3.11: Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición

Los programas de cuidado y educación en la primera infancia deben tener políticas y planes sobre manipulación de alimentos, alimentación y nutrición escritos bajo la dirección de la administración que trata los siguientes temas:

- a. Utensilios para comer y vajilla apropiados para la edad.
- b. Tamaños de porción apropiados para la edad para cumplir con las necesidades nutricionales
- c. Preparación para emergencias para agua y servicios de nutrición
- d. Alergias alimentarias y restricciones especiales de dieta, incluso preferencias alimentarias familiares/culturales
- e. Alimentos traídos del hogar, incluso traídos para celebraciones
- f. Presupuesto de alimentos
- g. Seguridad de los alimentos, desinfección, preparación y servicio
- h. Adquisición y almacenamiento de alimentos
- i. Personal para el servicio de cocina y comida
- j. Diseño de la cocina
- k. Planificación del menú y las comidas
- l. Educación nutricional para niños, personal y padres/tutores
- m. Promoción de lactancia y provisión de recursos de la comunidad para apoyar a las madres

Un nutricionista/dietista registrado y un experto en servicio de alimentos deben proporcionar aporte y facilitar el desarrollo e implementación de un plan de nutrición escrito para el programa de cuidado y educación en la primera infancia.¹

FUNDAMENTO

Los niños pasan gran cantidad de tiempo en cuidado fuera del hogar; esto requiere que se sirvan 1 o 2 durante el día.² Tener un plan que asigne claramente la responsabilidad y que abarque los elementos de nutrición pertinentes promoverá la salud óptima de todos los niños y personal en los entornos de cuidado y educación en la primera infancia. Los centros siguen los pasos seguros en manipulación de alimentos, cocina y protección de almacenamiento contra las enfermedades transmitidas por los alimentos.³

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.2.0.1 Plan escrito de nutrición
- 4.2.0.9 Menús escritos e introducción de nuevos alimentos
- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
- 4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente
- 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
- 4.3.2.2 Porciones para bebés y niños en edad preescolar
- 4.4.0.2 Uso del nutricionista/dietista registrado
- 4.6.0.2 Calidad nutricional de los alimentos traídos del hogar
- 4.6.0.1 Selección y preparación de la comida que viene de casa
- 4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para los niños
- 4.7.0.2 Educación nutricional para padres/tutores
- 4.9.0.8 Suministro de alimentos y agua ante desastres

5.2.6.5 Agua potable segura de emergencia y agua embotellada

Apéndice JJ: Nuestro centro de cuidado infantil apoya la lactancia

Apéndice C: Calificaciones del especialista en nutrición, dietista registrado, nutricionista con licencia, consultor y personal de servicio de comida

REFERENCIAS

1. Swindle T, Sigman-Grant M, Branen LJ, Fletcher J, Johnson SL. About feeding children: factor structure and internal reliability of a survey to assess mealtime strategies and beliefs of early childhood education teachers. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018;15(1):85
2. School Nutrition Association. School nutrition professionals: roles & responsibilities. <https://schoolnutrition.org/AboutSchoolMeals/SNPRolesResponsibilities>. Fecha de acceso el jueves, 20 de diciembre de 2018
3. US Department of Agriculture, Food Safety and Inspection Service. Basics for handling food safely. https://www.fsis.usda.gov/wps/portal/fsis/topics/food-safety-education/get-answers/food-safety-fact-sheets/safe-food-handling/basics-for-handling-food-safely/ct_index. Modificado el martes, 24 de marzo de 2015. Fecha de acceso el jueves, 20 de diciembre de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/21/2019.



Norma 9.2.3.12: Política de alimentación de bebés

Una política sobre bebés que alimentan se debe desarrollar con el aporte y aprobación del nutricionista/dietista registrado y debe incluir lo siguiente:

- a. El almacenamiento y manipulación de leche humana extraída;
- b. Determinación de la clase y cantidad de fórmula preparada comercialmente que se preparará para bebés cuando sea apropiado;
- c. Preparación, almacenamiento y manipulación de fórmula para bebés;
- d. Lavado de manos apropiado de los cuidadores/maestros y de los niños;
- e. Uso y desinfección apropiado de sillas de alimentación y de preparación de comida mecánica y dispositivos de alimentación, incluso licuadoras, biberones de alimentación y calentadores de comida;
- f. Ya sea leche humana extraída, fórmula o alimento del bebé debe ser traído del hogar, y si es así, cuánta preparación de comida y uso de dispositivos de alimentación, incluso licuadoras, biberones de alimentación y calentadores de comida, deben ser la responsabilidad del cuidador/maestro;
- g. Sostener a los bebés durante la alimentación con biberón o alimentarlos sentándolos;
- h. Prohibir apoyar el biberón durante la alimentación o la alimentación prolongada;
- i. Responder a la necesidad del bebé de alimentos de manera flexible para permitir señales de alimentación de manera que sean coherentes con las habilidades del desarrollo del niño (la política reconoce que alimentar bebés por señales y no por un horario puede ayudar a prevenir la obesidad) (1,2);
- j. Introducción y alimentación de alimentos sólidos apropiados para la edad (alimentos complementarios);
- k. Especificación de la cantidad de niños que se pueden alimentar por un adulto a la vez;
- l. Manipulación de intolerancia o alergia a los alimentos (por ej. leche de vaca, maníes, jugo de naranja, huevos, trigo).

Los planes de alimentación de bebés escritos individuales relacionados con las necesidades de alimentación y horarios de alimentación se deben desarrollar para cada bebé en consulta con el proveedor de atención primaria y con los padres/tutores del bebé.

FUNDAMENTO

El crecimiento y desarrollo durante la infancia requiere que se proporcionen nutrición, comida sana y alimentos apropiados de acuerdo al desarrollo usando enfoques seguros para la alimentación. Debido a que las necesidades individuales se deben acomodar y las prácticas inapropiadas pueden tener consecuencias directas con la salud del niño, la política para alimentación de bebés se debe desarrollar con nutricionistas profesionales/dietistas registrados. Los planes de alimentación de bebés se deben desarrollar con los padres/tutores de cada niño, cuando sea apropiado, en colaboración con el proveedor de atención primaria del niño.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
 - 4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente
 - 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
 - 4.3.1.4 Alimentar con leche humana al hijo de otra madre
 - 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés
 - 4.3.1.8 Técnicas para la alimentación con biberón
 - 4.3.1.9 Calentar biberones y comidas para bebés
 - 4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
 - 4.3.1.12 Alimentar alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
 - 4.8.0.8 Hornos microondas
- [Apéndice JJ](#): Nuestro centro de cuidado infantil apoya la lactancia

REFERENCIAS

1. Taveras, E. M., S. L. Rifas-Shiman, K. S. Scanlon, L. M. Grummer-Strawn, B. Sherry, M. W. Gillman. 2006. To what extent is the protective effect of breastfeeding on future overweight explained by decreased maternal feeding restriction? *Pediatrics* 118:2341-48.
2. Birch, L., W. Dietz. 2008. Eating behaviors of young child: Prenatal and postnatal influences on healthy eating, 59-93. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.

II. Normas sobre actividad física



Norma 3.1.3.1: Oportunidades activas para la actividad física

La instalación debe promover el juego activo, todos los días de todos los niños. Los niños deben tener varias oportunidades de hacer actividades moderadas a vigorosas como correr, trepar, bailar, saltar, brincar, hasta el máximo de sus capacidades.

Todos los niños, desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, deben participar diariamente en:

- a. Dos a 3 ocasiones de jugar al aire libre, si el clima lo permite (consulte la [Norma 3.1.3.2: Jugar al aire libre](#) para condiciones climáticas apropiadas)
- b. Dos o más actividades o juegos estructurados o guiados por cuidadores/maestros/adultos que promuevan el movimiento durante el transcurso del día, en interiores o exteriores.
- c. Las continuas oportunidades de desarrollar y practicar habilidades motrices gruesas y de movimiento apropiadas para la edad. El tiempo total asignado para juegos al aire libre y actividad física en interiores o exteriores de moderada a intensa se puede ajustar al grupo de edad y condiciones del clima.

Juegos al aire libre

- a. Los bebés (desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad) se deben sacar de 2 a 3 veces por día, según tolerancia. No hay una duración recomendada de los juegos al aire libre de los bebés.
- b. Se debe permitir a los niños pequeños (de 12 a 35 meses) y niños en edad preescolar (de 3 a 6 años) de 60 a 90 minutos totales de juegos al aire libre (1).

Estas horas al aire libre se pueden reducir de alguna manera durante condiciones de clima adverso en las que los niños todavía puedan jugar al aire libre en forma segura durante períodos más cortos, pero el tiempo de actividad en el interior debe aumentar para que la cantidad total de ejercicio siga siendo la misma.

Tiempo total asignado a actividades moderadas a vigorosas:

- a. Se debe permitir a los bebés de 60 a 90 minutos por día de 8 horas para actividades físicas moderadas a vigorosas, que incluyen correr.
- b. Se debe permitir a los niños en edad preescolar de 90 a 120 minutos por día de 8 horas para actividades físicas moderadas a vigorosas, que incluyen correr (1,2).

Los bebés deberían tener tiempo boca abajo supervisado todos los días cuando se despiertan. Comenzando el primer día en el programa de cuidado y educación en la primera infancia, los cuidadores/maestros deben interactuar con un bebé despierto boca abajo por períodos cortos (3 a 5 minutos), aumentando la cantidad de tiempo cuando el bebé muestra que está disfrutando la actividad (3).

Hay muchas maneras de promover tummy Time [Tiempo boca abajo] con bebés:

- a. Colóquese o coloque un juguete a la altura de los bebés durante el tiempo de juego para que pueda llegar a usted o al juguete.
- b. Coloque los juguetes alrededor del bebé. Alcanzar diferentes puntos en el círculo le permitirá desarrollar los músculos apropiados para darse vuelta, deslizarse boca abajo y gatear.
- c. Acuéstelo sobre su espalda y coloque al bebé sobre su pecho. El bebé levantará su cabeza y usará sus brazos para tratar de ver su cara (3,4).

Se han mostrado actividades estructuradas que producen niveles más altos de actividad física en niños pequeños, por lo tanto, se recomienda que los cuidadores/maestros incorporen 2 o más actividades o juegos cortos, estructurados que promuevan la actividad física (5).

Se deben incorporar oportunidades de disfrutar activamente de programas de medio tiempo prorrateando estas recomendaciones en consecuencia (por ej., 20 minutos de juegos al aire libre cada 3 horas en la instalación).

Nunca se debe sacar el juego activo de niños que se comportan mal (por ej. Se mantiene al niño en el interior para ayudar a otro cuidador/maestro mientras el resto de los niños sale al exterior) (6). Sin embargo, los niños con comportamiento fuera de control pueden necesitar 5 minutos o menos para calmarse o estabilizarse antes de volver al juego cooperativo o las actividades.

Los bebés no deben sentarse durante más de 15 minutos por vez, excepto durante comidas o siestas (5). Los equipos de bebés, como columpios, centros de actividades fijos, asientos de bebés (por ej. Gimnasios para bebés) y asientos para autos, solo se deben usar durante períodos cortos de tiempo, si apenas se usan. Se debe alentar a un ambiente menos restringido en todo momento (7).

Los niños deben tener espacio adecuado para juegos en interiores y exteriores.

FUNDAMENTO

Se ha descubierto que el tiempo que se pasa en exteriores, es un indicador consistente de la actividad física de los niños (8). Los niños pueden acumular oportunidades de actividades durante el transcurso de varios segmentos más cortos de al menos 10 minutos cada uno (9). El juego libre, juego activo y los juegos al aire libre son componentes esenciales del desarrollo de los niños pequeños (10). Los niños aprenden a través del juego, desarrollando las habilidades motrices gruesas, socioemocionales y cognitivas. Durante los juegos al aire libre, los niños aprenden sobre su entorno, ciencias y naturaleza (10).

La participación de los bebés y niños pequeños en actividad física es fundamental para su salud general, para el desarrollo de habilidades motrices, habilidades sociales, y el mantenimiento de un peso saludable (11). La actividad física diaria promueve el desarrollo motor grueso de los niños pequeños y proporciona varios beneficios de salud, que incluyen aptitud física mejorada y salud cardiovascular, desarrollo de huesos saludables, mejora en el sueño y mejora en el humor y el sentido de bienestar (12).

Los niños pequeños y niños en edad preescolar generalmente acumulan actividad física moderada a vigorosa durante el transcurso del día en períodos muy cortos (15 a 30 segundos) (5). Los niños pueden aprender mejor durante estos tipos de períodos cortos de actividad física o inmediatamente después de ellos, debido a la mejora en la atención y concentración (13).

El tummy Time [Tiempo boca abajo] prepara a los bebés para poder deslizarse sobre sus panzas y gatear. Cuando los bebés crezcan y se vuelvan más fuertes, necesitarán más tiempo sobre sus panzas para desarrollar su propia fuerza (3).

La prevalencia de obesidad infantil, para niños de 2 a 5 años, ha disminuido paulatinamente de 13.9 % en 2004 a 9.4 % en 2014 (14). La incorporación de programas de alimentos del gobierno, actividades físicas y educación para el bienestar en centro de cuidado infantil se ha asociado con estas disminuciones (15).

Establecer la comunicación entre los cuidadores/maestros y los padres/tutores ayuda a facilitar la integración de actividades físicas en el aula al hogar, haciendo que sea más probable que los niños permanezcan activos fuera de las horas de cuidado infantil (16). Los niños muy pequeños y aquellos que todavía no pueden caminar, dependen completamente de sus cuidadores/maestros para las oportunidades de ser activos (17).

Especialmente para niños en cuidado de tiempo completo y para niños que no tienen acceso a patios de juegos seguros, la instalación de cuidado y educación en la primera infancia puede proporcionar la única oportunidad diaria del niño del juego activo. Los hábitos de actividad física aprendidos temprano en la vida pueden seguir hasta la adolescencia y adultez, apoyando la importancia de que los niños aprendan hábitos de actividad física saludables mientras están en el programa de cuidado y educación en la primera infancia (18).

COMENTARIOS

Recursos adicionales

Choosy Kids (<https://choosykids.com>)

EatPlayGrow Early Childhood Health Curriculum, Children’s Museum of Manhattan (www.eatplaygrow.org)

Centro de Aprendizaje y Conocimiento de la Primera Infancia, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Administración para Niños y Familias (<https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/physical-health/article/little-voices-healthy-choices>)

Healthy Kids, Healthy Future; The Nemours Foundation (<https://healthykidshealthyfuture.org>)

Nutrition and Physical Activity Self-Assessment for Child Care, Center for Health Promotion and Disease Prevention, University of North Carolina (http://healthyapple.orewehealthy.com/documents/PhysicalActivityStaffHandouts_NAPSACC.pdf)

Online Physical Education Network (<http://openphysed.org>)

Spark (www.sparkpe.org)

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[2.1.1.2](#) Salud, nutrición, actividad física y conciencia de la seguridad

[3.1.3.2](#) Jugar al aire libre

[3.1.3.4](#) Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física

[5.3.1.10](#) Requisitos para equipos infantiles con restricción de movimiento

[9.2.3.1](#) Políticas y prácticas para promover la actividad física

[Apéndice S](#): Actividad física: ¿Cuánto se necesita?

REFERENCIAS

1. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17(2):95–107
2. Taverno Ross S, Dowda M, Saunders R, Pate R. Double dose: the cumulative effect of TV viewing at home and in preschool on children’s activity patterns and weight status. *Pediatr Exerc Sci.* 2013;25(2):262-272
3. Ogden CL, Carroll MD, Lawman HG, entre otros. Trends in obesity prevalence among children and adolescents in the United States, 1988-1994 through 2013-2014. *JAMA.* 2016;315(21):2292-2299
4. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Overweight & obesity. Childhood obesity facts. Prevalence of childhood obesity in the United States, 2011-2014 <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>. Actualizado el lunes, 10 de abril de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
5. Donnelly JE, Hillman CH, Castelli D, entre otros. Physical activity, fitness, cognitive function, and academic achievement in children: a systematic review. *Med Sci Sports Exerc.* 2016;48(6):1197-1222
6. Timmons BW, Leblanc AG, Carson V, et al. Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;37(4):773-792
7. Jayasuriya A, Williams M, Edwards T, Tandon P. Parents’ perceptions of preschool activities: exploring outdoor play. *Early Educ Dev.* 2016;27(7):1004-1017
8. Bento G, Dias G. The importance of outdoor play for young children’s healthy development. *Porto Biomed J.* 2017;2(5):157–160
9. Henderson KE, Grode GM, O’Connell ML, Schwartz MB. Environmental factors associated with physical activity in childcare centers. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12:43
10. Vanderloo LM, Martyniuk OJ, Tucker P. Physical and sedentary activity levels among preschoolers in home-based childcare: a systematic review. *J Phys Act Health.* 2015;12(6):879-889
11. Academia Americana de Pediatría. De espalda para dormir, boca abajo para jugar. Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/sleep/Pages/Back-to-Sleep-Tummy-to-Play.aspx>. Actualizado el viernes, 20 de enero de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
12. Zachry AH. Tummy time activities. American Academy of Pediatrics HealthyChildren.org Web site. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/sleep/Pages/The-Importance-of-Tummy-Time.aspx>. Actualizado

21 de noviembre de 2015. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

13. Departamento de Agricultura de los EE. UU., Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Provide opportunities for active play every day. Nutrition and wellness tips for young children: provider handbook for the Child and Adult Care Food Program. https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/opportunities_play.pdf. Publicado en junio de 2013. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
14. Centros para Control y Prevención de Enfermedades y Sociedad de Educadores Físicos y de Salud de SHAPE America. Physical activity during school: Providing recess to all students. 2017. https://www.cdc.gov/healthyschools/physicalactivity/pdf/Recess_All_Students.pdf. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
15. Vanderloo LM, Martyniuk OJ, Tucker P. Physical and sedentary activity levels among preschoolers in home-based childcare: a systematic review. *J Phys Act Health*. 2015;12(6):879-889
16. Society of Health and Physical Educators. Active Start: A Statement of Physical Activity Guidelines for Children From Birth to Age 5. 2da ed. Reston, VA: SHAPE America; 2009. <https://www.shapeamerica.org/standards/guidelines/activestart.aspx>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
17. Hnatiuk JA, Salmon J, Hinkley T, Okely AD, Trost S. A review of preschool children's physical activity and sedentary time using objective measures. *Am J Prev Med*. 2014;47(4):487-497
18. Moir C, Meredith-Jones K, Taylor BJ, et al. Early intervention to encourage physical activity in infants and toddlers: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc*. 2016;48(12):2446-2453

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/29/2018.



Norma 3.1.3.2: Jugar al aire libre

Los niños deben jugar al aire libre cuando las condiciones no presentan inquietudes de salud o seguridad como un riesgo significativo de quemadura por congelación o enfermedades relacionadas con el calor. Los cuidadores/maestros deben proteger a los niños del daño a causa del mal clima, asegurando que los niños usen ropa adecuada o un refugio apropiado para las condiciones climáticas. El clima que presenta un riesgo significativo para la salud incluye el factor de enfriamiento por viento por debajo de -15°F (-26°C) y un índice de calor igual o por arriba de 90°F (32°C), de acuerdo a lo identificado por el Servicio Meteorológico nacional (NWS) (1). Los Directores del centro de cuidado infantil y los directores cuidadores/maestros deben monitorear las condiciones relacionadas con el clima a través de muchos medios de comunicación, incluso alertas del clima por correo electrónico o mensaje de texto.

Los cuidadores/maestros también deben monitorear la calidad del aire por cuestiones de seguridad. Por favor, consulte la [Norma 3.1.3.3](#) para más información.

Clima soleado

- a. Los niños deben estar protegidos del sol entre las 10:00 a. m. y las 4:00 p. m. Las medidas de protección incluyen usar la sombra; ropa protectora del sol como sombreros y anteojos de sol; y pantalla solar con factor de protección solar de rayos UV-B y UV-A 15 o superior. Se requiere permiso de los padres/tutores para el uso de pantalla solar.

Clima cálido

- a. Los niños deben tener acceso a agua limpia y sanitaria en todo momento, incluso durante períodos prolongados de actividad física, y se los debe alentar a beber agua durante los períodos de actividad física prolongada (2).
- b. Los cuidadores/maestros deben alentar a los padres/tutores a que los niños se vistan con ropa de colores claros, liviana y limitar a una capa de material absorbente que maximice la evaporación del sudor.
- c. Los días calurosos, a los bebés que reciben leche humana en un biberón se les puede dar leche humana adicional en un biberón, pero no se les debe dar agua, especialmente en los primeros 6 meses de vida. A los bebés que reciben fórmula y agua se les puede dar fórmula adicional en un biberón.

Clima frío

- a. Los niños deben usar capas de ropa holgada y liviana. Las prendas exteriores, como los abrigos, deben ser de tejido tupido y ser, al menos, repelentes al agua en caso de lluvia o nieve.
- b. Los niños deben usar un sombrero, abrigo y guantes/mitones ajustados en la muñeca. No deben usar cordones en capuchas y cuellos.
- c. Los cuidadores/maestros deben verificar que las extremidades de los niños tengan un color y calor normal, al menos, cada 15 minutos.

Los cuidadores/maestros deben conocer los peligros ambientales, como beber agua insegura, ruidos fuertes y plomo en el suelo cuando seleccionan un área para el juego al aire libre. Se debe observar a los niños de cerca cuando juegan en la tierra/suelo para asegurar que no ingieran tierra. Las áreas de juego deben estar cercadas completamente y alejadas de las áreas de mucho tránsito. Además, el juego al aire libre para los bebés puede incluir subirse a un carro o cochecito. A los bebés se les debe ofrecer oportunidades para el juego con motricidad gruesa al aire libre.

FUNDAMENTO

El juego al aire libre no solo es una oportunidad para aprender en un entorno diferente; también brinda muchos beneficios para la salud. El juego al aire libre permite actividad física que apoya el mantenimiento de un peso saludable (3) y un mejor sueño durante la noche (4). La exposición corta de la piel a la luz solar promueve la producción de vitamina D que los niños en crecimiento requieren.

Los espacios abiertos en áreas al aire libre, incluso aquellos ubicados en techos con mosquiteros en espacios de juego urbanos, alientan a los niños a desarrollar habilidades motrices gruesas y juego con motricidad fina de una manera que es difícil de imitar en interiores. Sin embargo, algunas condiciones climáticas hacen que el juego al aire libre sea peligroso.

Los niños necesitan protección del clima adverso y sus efectos. Las enfermedades debido al calor y la lesión por frío son prevenibles. Los servicios de alerta del clima son beneficios para los centros de cuidado infantil porque envían advertencias y alertas del clima, e información sobre huracanes. Se envían alertas a los inscriptos en las áreas de alerta mediante mensajes de texto y correo electrónico. Es buena práctica utilizar estos servicios, pero no confiar únicamente en este sistema. También se debe verificar la radio meteorológica o las filiales de noticias locales para avisos y advertencias climáticas. El calor y la humedad pueden representar un riesgo significativo de enfermedades relacionadas con el calor, como lo define el NWS (5). Los niños tienen una mayor proporción de superficie a masa corporal que los adultos. Por lo tanto, los niños no se adaptan a temperaturas extremas de manera tan efectiva como los adultos cuando se exponen a un alto estrés por calor climático o al frío. Los niños producen más calor metabólico por unidad de masa que los adultos cuando caminan o corren. También tienen una capacidad de sudoración más baja y no pueden disipar el calor corporal por evaporación con la misma eficacia (6).

Las condiciones de enfriamiento por viento pueden presentar un riesgo de quemadura por congelación. La quemadura por congelación es una lesión al cuerpo causada por tejido corporal que se congela. Las partes del cuerpo más susceptibles son las extremidades, como los dedos de las manos, los dedos de los pies, lóbulos de las orejas y la punta de la nariz. Los síntomas incluyen una pérdida de sensibilidad en la extremidad y una apariencia blanca o pálida. En caso de quemadura por congelación, se necesita atención médica de inmediato. El área afectada debe recalentarse lentamente sumergiendo las áreas congeladas en agua tibia (aproximadamente 104°F [40°C]) o aplicando compresas tibias durante 30 minutos. Si no hay agua tibia disponible, envuelva suavemente en mantas tibias (7). La hipotermia es una emergencia médica que ocurre cuando el cuerpo pierde calor más rápido de lo que puede producir calor, y causa una temperatura corporal peligrosamente baja. Un bebé con hipotermia puede presentar piel roja brillante, fría y muy poca energía. Los síntomas de un niño pueden incluir temblores, torpeza, dificultad para hablar, confusión, malas decisiones, somnolencia o energía baja, apatía, pulso débil o respiración superficial (7, 8). Llame al 911 o a su número de emergencia local si un niño presenta estos síntomas. Tanto la hipotermia como la quemadura por congelación se pueden evitar si el niño está vestido adecuadamente. Vestirse con varias capas atraparé aire entre las capas y proporcionará un mejor aislamiento que una sola capa gruesa de ropa.

En general, los organismos de enfermedades infecciosas están menos concentrados en el aire en exteriores que en el aire en interiores. Se suele decir que los niños tienen más posibilidades de enfermarse si se los expone al aire frío; sin embargo, las infecciones de las vías respiratorias superiores y la gripe son causadas por virus, y no por la exposición al aire frío. Estos virus se transmiten fácilmente durante el invierno cuando los niños se quedan en interiores y próximos entre sí. La mejor protección contra la transmisión de enfermedades es la higiene regular y adecuada de manos de los niños y cuidadores/maestros, y procedimientos de saneamiento adecuada durante la hora de la comida y cuando hay contacto con fluidos corporales.

COMENTARIOS

Recursos adicionales

- El Servicio Meteorológico Nacional (NWS) brinda información actualizada sobre el clima para todas las alertas y advertencias. También brinda consejos de seguridad para que los cuidadores/maestros usen como herramienta para determinar cuándo las condiciones climáticas son adecuadas para el juego al aire libre (www.nws.noaa.gov/om/heat/index.shtml).
- Weather Radio All Hazards (NWR) de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA) transmite información continua sobre el clima las 24 horas del día, los 7 días de la semana, directamente desde la oficina de NWR más cercana. Como una red de radio de todo tipo de peligro, es una sola fuente para información integral sobre el clima y emergencia. Junto con los administradores de emergencia federales, estatales y locales y otros funcionarios públicos, NWR también transmite advertencias e información posterior al evento para todo tipos de peligros, incluso naturales (por ej., terremotos, avalanchas), ambientales (por ej., liberaciones químicas, derrames de aceite) y seguridad pública (por ej., alertas ÁMBAR, cortes de la línea 911). Se requiere un receptor de radio especial o escáner capaz de captar la señal para recibir NWR. Estas radios/receptores generalmente se pueden encontrar en la mayoría de las cadenas de tiendas electrónicas en todo el país; también puede comprar radios del clima NOAA en línea en www.noaweatherradios.com.
- Para acceder a la información del clima local y las advertencias más recientes, visite NWS en www.weather.gov; para condiciones de calidad del aire local, visite <https://www.airnow.gov>.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física
 - 3.1.3.3 Protección contra la contaminación del aire mientras los niños están afuera
 - 3.1.3.4 Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física
 - 3.4.5.1 Seguridad con respecto al sol, incluso pantalla solar
 - 8.2.0.1 Inclusión en todas las actividades
- Apéndice S: Actividad física: ¿Cuánto se necesita?

REFERENCIAS

1. Servicio Meteorológico Nacional, Administración Nacional Oceánica y Atmosférica. Wind chill safety. <https://www.weather.gov/bou/windchill>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
2. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Increasing Access to Drinking Water and Other Healthier Beverages in Early Care and Education Settings. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2014 <https://www.cdc.gov/obesity/downloads/early-childhood-drinking-water-toolkit-final-508reduced.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
3. Söderström M, Boldemann C, Sahlin U, Mårtensson F, Raustorp A, Blennow M. The quality of the outdoor environment influences children's health—a cross-sectional study of preschoolers. *Acta Paediatr.* 2013;102(1):83-91
4. KidsHealth from Nemours. Heat illness. <http://kidshealth.org/en/parents/heat.html>. Revisado en febrero de 2014. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
5. Academia Americana de Pediatría. Children & disasters. Extreme temperatures: heat and cold. <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Children-and-Disasters/Pages/Extreme-Temperatures-Heat-and-Cold.aspx>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
6. Cleland V, Crawford D, Baur LA, Hume C, Timperio A, Salmon J. A prospective examination of children's time spent outdoors, objectively measured physical activity and overweight. *Int J Obes (Lond).* 2008;32(11):1685-1693
7. Academia Americana de Pediatría. Winter safety tips from the American Academy of Pediatrics. <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/news-features-and-safety-tips/Pages/AAP-Winter-Safety-Tips.aspx>. Publicado en enero de 2018 Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
8. Academia Americana de Pediatría. Extreme temperature exposure. Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/injuries-emergencies/Pages/Extreme-Temperature-Exposure.aspx>. Actualizado el sábado, 21 de noviembre de 2015. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 8/8/2013 y el 05/29/2018.

Norma 3.1.3.3: Protección contra la contaminación del aire mientras los niños están afuera



Los adultos que supervisan deben verificar el índice de calidad del aire (AQI, por sus siglas en inglés) todos los días y usar la información para determinar si es seguro que los niños jueguen al aire libre.

FUNDAMENTO

Los niños necesitan protección contra la contaminación del aire. La contaminación del aire puede contribuir a ataques de asma agudos en niños sensibles y, con muchos años de exposición, puede contribuir a la disminución permanente del tamaño y la función pulmonar (1, 2).

COMENTARIOS

La Ley Federal de Aire Limpio requiere que la Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés) establezca estándares con respecto a la salida de la calidad del aire en el ambiente. La mayoría de los departamentos de salud local monitorean el clima y la calidad del aire en su jurisdicción y realizan los anuncios apropiados. En general, el AQI se informa con los informes del clima local en los medios de comunicación o las personas pueden registrarse para recibir alertas por correo electrónico o mensaje de texto en <http://www.enviroflash.info>.

El AQI (disponible en <http://www.airnow.gov>) es un indicador acumulativo de los posibles peligros para la salud relacionados con la contaminación del aire local o regional.

El AQI se divide en seis categorías; cada categoría corresponde a un nivel diferente de tema de salud. Los seis niveles de temas de salud y lo que significan son:

- a. El AQI "bueno" es 0 - 50. La calidad del aire se considera satisfactoria, y la contaminación del aire presenta poco o ningún riesgo.
- b. El AQI "moderado" es 51 - 100. La calidad del aire es aceptable; sin embargo, para algunos contaminantes puede haber un problema de salud moderado para una cantidad muy pequeña de personas. Por ejemplo, las personas que generalmente son sensibles al ozono pueden experimentar síntomas respiratorios.
- c. El AQI "insalubre para grupos sensibles" es 101 - 150. Si bien el público en general probablemente no se vea afectado en este rango de AQI, las personas con enfermedades cardíacas y pulmonares, los adultos mayores y los niños tienen mayor riesgo por la exposición al ozono y la presencia de partículas en el aire.
- d. El AQI "insalubre" es 151 - 200. Todos pueden comenzar a experimentar algunos efectos adversos para la salud, y los miembros de los grupos sensibles pueden experimentar efectos más graves.
- e. El AQI "muy insalubre" es 201 - 300. Esto sería un disparador de una alerta para la salud que significa que todos pueden experimentar efectos más graves para la salud.
- f. El AQI "peligroso" mayor de 300. Esto sería un disparador de una advertencia de salud de condiciones de emergencia. Es más probable que toda la población se vea afectada.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[3.1.3.2](#) Jugar al aire libre

[5.2.1.1](#) Garantizar el acceso a aire fresco en interiores

REFERENCIAS

1. Lerodiakou, D. (2016). Ambient air pollution, lung function, and airway responsiveness in asthmatic children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 137(2), 390.
2. Gehring, U., Gruzieva, O., Agius, R., Beelen, R., Custovic, A., Cyrys, J., Von Berg, (2013) Air pollution exposure and lung function in children: The ESCAPE project. *Environmental Health Perspectives: EHP*. 121(11-12), 1357-1364.

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 8/25/2016.



Norma 3.1.3.4: Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física

Los cuidadores/maestros deben promover el juego activo de los niños y participar en los juegos activos de los niños cuando puedan hacerlo de manera segura. Los cuidadores/maestros deben

- a. Dirigir actividades estructuradas para promover las actividades de los niños 2 o más veces por día.
- b. Usar ropa y calzado que permita movimiento fácil y seguro (1).
- c. Brindar indicaciones para que los niños sean activos (2, 3). (Por ej., "¡Buen tiro!").
- d. Promover las actividades físicas de los niños apropiadas y seguras en el entorno (por ej., no prohibir correr en el patio de juego cuando es seguro correr).
- e. Tener capacitación y oportunidades de capacitación anual para aprender las actividades de la motricidad gruesa apropiadas para la edad y juegos que promuevan la actividad física de los niños (2, 4).
- f. No sentarse durante el juego activo.
- g. Limitar el tiempo frente a las pantallas y otros medios digitales como se describe en la [Norma 2.2.0.3](#).

Los cuidadores/maestros deben considerar incorporar actividades estructuradas en el plan de estudios en interiores o después de que los niños han estado en el patio de juegos por 10 a 15 minutos. Los cuidadores/maestros deben comunicarse con los padres/tutores sobre su uso del tiempo frente a pantallas/medios digitales en el hogar.

FUNDAMENTACIÓN

Los niños aprenden a partir del ejemplo de los adultos de un comportamiento seguro y saludable. Los cuidadores/maestros pueden no sentirse cómodos al promover el juego activo, tal vez debido a inhibiciones sobre sus propias habilidades de actividad física o falta de entrenamiento. Los cuidadores/maestros también pueden asumir que su única función en el patio de juegos es supervisar y mantener a los niños seguros, en lugar de promover la actividad física. Las actividades de educación continua son útiles para diseminar conocimiento sobre los juegos eficaces para promover la actividad física en la primera infancia y educación y a la vez mantener a los niños seguros (4).

Los niños expuestos a menos tiempo frente a pantallas/medios digitales en los entornos de cuidado y educación en la primera infancia participar en actividad física más moderada a vigorosa en comparación con los niños que están expuestos a más tiempo frente a pantallas (5). Esto brinda a los cuidadores/maestros la oportunidad de dar el ejemplo de una limitación del tiempo frente a pantallas/uso de medios digitales y educar a los padres/tutores sobre actividades alternativas que las familias pueden hacer con sus niños (2).

Recurso adicional:

American Academy of Pediatrics Council on Communications and Media. Media and young minds. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20162591

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física](#)

[3.1.3.2 Jugar al aire libre](#)

[9.2.3.1 Políticas y prácticas para promover la actividad física](#)

[2.2.0.3 Tiempo frente a pantallas/Usos de redes sociales](#)

[Apéndice S: Actividad física: ¿Cuánto se necesita?](#)

REFERENCIAS

1. Henderson KE, Grode GM, O'Connell ML, Schwartz MB. Environmental factors associated with physical activity in childcare centers. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12:43
2. Tandon PS, Saelens BE, Copeland KA. A comparison of parent and childcare provider's attitudes and perceptions about preschoolers' physical activity and outdoor time. *Child Care Health Dev*. 2017;43(5):679-686
3. Tandon PS, Walters KM, Igoe BM, Payne EC, Johnson DB. Physical activity practices, policies and environments in Washington state child care settings: results of a statewide survey. *Matern Child Health J*. 2017;21(3):571-582
4. Copeland KA, Khoury JC, Kalkwarf HJ. Child care center characteristics associated with preschoolers' physical activity. *Am J Prev Med*. 2016;50(4):470-479
5. Taverno Ross S, Dowda M, Saunders R, Pate R. Double dose: the cumulative effect of TV viewing at home and in preschool on children's activity patterns and weight status. *Pediatr Exerc Sci*. 2013;25(2):262-272

NOTAS

El contenido de la NORMA fue modificado el 5/29/2018.

Norma 9.2.3.1: Políticas y prácticas para promover la actividad física



La instalación debe tener políticas escritas para la promoción de actividad física en interiores y exteriores y la eliminación de posibles barreras para la participación en actividad física. Las políticas deben abordar las siguientes áreas:

a. Beneficios: beneficios de actividad física y juegos al aire libre.

b. Duración: Los niños pasarán de 60 a 120 minutos por día dependiendo de su edad, si el clima lo permite. Las políticas describirán lo que se realizará para garantizar la actividad física y las disposiciones para actividades motrices gruesas en días con condiciones más extremas (es decir, muy húmedas, muy calurosas o muy frías).

- c. Tipo: Estructurada (iniciada por el cuidador/maestro) comparado con la actividad no estructurada.
- d. Entorno: disposición de áreas cubiertas para sombra y refugio en el patio de juegos, si es posible (1).
- e. Vestimenta: La vestimenta debe proteger a los niños de la exposición al sol y permitir un movimiento fácil (no demasiado suelta y no demasiado ajustada) que permita la participación completa en juego activo; el calzado debe proporcionar apoyo para correr y trepar. Los sombreros y anteojos de sol se deben usar para proteger a los niños de la exposición al sol.

Ejemplos de vestimenta/calzado apropiado incluyen:

- a. Zapatos deportivos o zapatos deportivos resistentes similares.
- b. La vestimenta para el clima, incluso abrigo, sombrero y mitones en invierno/nieve; piloto y botas para la lluvia; y vestimenta en capas para climas en los que las temperaturas pueden variar considerablemente a diario. Se debe usar vestimenta liviana, transpirable, sin capucha y cordón en el cuello cuando las temperaturas son calurosas para proteger a los niños de la exposición al sol.

Ejemplos de vestimenta/calzado inapropiado incluyen:

- a. Calzado que se puede salir mientras corren o que no proporcione suficiente apoyo para trepar (2)
- b. Vestimenta que se pueda enganchar en los equipos del patio de juegos (por ej. aquellos con cordones o tiras).

Si los niños usan “vestidos” o ropas especiales que no se pueden blanquear fácilmente, los cuidadores/maestros deben hablar con los padres/tutores de los niños sobre los objetivos del programa para brindar actividad física durante el día del programa y alentarlos a que envíen un conjunto de ropas que se puedan usar durante las actividades físicas.

Las instalaciones deben tratar sobre la importancia de esta política con padres/tutores en el momento de inscripción y de allí en adelante.

FUNDAMENTO

Si se visten apropiadamente, los niños pueden jugar al aire libre en forma segura en la mayoría de las condiciones climáticas. Los niños pueden aprender matemática y ciencias y conceptos del idioma a través de juegos que incluyen movimiento (3,4).

Tener una política sobre la actividad física al aire libre que tendrá lugar en los días en los que haya condiciones climáticas adversas informa a todos los cuidadores/maestros y familias sobre las expectativas de la instalación. La política puede dejar en claro que la actividad al aire libre puede requerir vestimenta especial en clima más frío o arreglos para refrescarse cuando está caluroso. Al tener una política como ésta, la instalación alienta a los cuidadores/maestros y a las familias a prever y prepararse para la actividad al aire libre cuando prevalece el frío, calor o condiciones húmedas.

La vestimenta inapropiada de un niño a menudo es una barrera para alcanzar las cantidades recomendadas de actividad física en centros de cuidado infantil. A veces, los niños no pueden participar en actividad física debido a sus vestimentas inapropiadas. Los cuidadores/maestros pueden ser útiles teniendo a mano ropa limpia extra (5). Los niños pueden jugar en la lluvia y en la nieve y en temperaturas bajas cuando usan vestimenta que los mantiene secos y calentitos. Cuando está muy caluroso, los niños pueden jugar al aire libre, si juegan en áreas con sombra, y usan protector solar, vestimenta con protección solar y repelente para insectos, si es necesario (6). Los cuidadores/maestros deben tener agua disponible para que los niños se rocíen, se tiren y beban en clima más cálido.

COMENTARIOS

Para asistencia en la creación y redacción de las políticas de actividad física Nemours brinda varios recursos y el mejor consejo práctico sobre la implementación del programa. La información está disponible en <https://www.nemours.org/service/health/growuphealthy/activity/educators.html>.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física
- 3.1.3.2 Jugar al aire libre
- 3.1.3.4 Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física
- 3.4.5.1 Seguridad con respecto al sol, incluso pantalla solar
- 3.4.5.2 Repelentes de insectos y protección contra enfermedades transmitidas por vectores

3.4.6.1 Peligros de estrangulación

5.3.1.1 Seguridad de los equipos, materiales y muebles

6.1.0.2 Tamaño y requisitos del área de juegos en interiores

9.2.6.1 Política sobre el uso y mantenimiento de las áreas de juego

Apéndice S: Actividad física: ¿Cuánto se necesita?

REFERENCIAS

1. Weinberger N, Butler, AG, Schumacher P. Looking inside and out: perceptions of physical activity in childcare spaces. *Early Child Development and Care*. 2014;184(2):194-210
2. Tandon PS, Walters KM, Igoe BM, Payne EC, Johnson DB. Physical activity practices, policies and environments in Washington state child care settings: results of a statewide survey. *Matern Child Health J*. 2017;21(3):571-582
3. Bento G, Dias G. The importance of outdoor play for young children's healthy development. *Porto Biomed J*. 2017;2(5):157-160 <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2017.03.003>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
4. Jayasuriya A, Williams M, Edwards T, Tandon P. Parents' perceptions of preschool activities: exploring outdoor play. *Early Educ Dev*. 2016;27(7):1004-1017
5. Henderson KE, Grode GM, O'Connell ML, Schwartz MB. Environmental factors associated with physical activity in childcare centers. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12:43
6. Academia Americana de Pediatría. Choosing an insect repellent for your child. Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-play/Pages/Insect-Repellents.aspx>. Actualizado el miércoles, 1 de marzo de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 08/25/2016 y el 05/30/2018.

III. Norma sobre el tiempo frente a pantallas



Norma 2.2.0.3: Tiempo frente a pantallas/Usos de redes sociales

Por favor, tenga en cuenta: A los fines de esta norma, "tiempo frente a pantallas/redes sociales" hace referencia al contenido de medios visualizados en teléfono celular/móvil, tableta, computadora, televisión (TV), video, película, y DVD. Esto no incluye llamadas con video con la familia.

El tiempo frente a pantallas/redes sociales no se deben usar con niños de 2 años y menos en entornos de cuidado y educación en la primera infancia. Para niños de 2 a 5 años, la exposición total (en cuidado y educación en la primera infancia y en el hogar combinados) a redes sociales debe estar limitado a 1 por día de programación de alta calidad^[1], y debe ser visto con un adulto que pueda ayudarlos a aplicar lo que están aprendiendo al mundo que los rodea (1).

Los niños de 5 años o más pueden necesitar usar redes sociales en cuidado y educación en la primera infancia para completar la tarea. Sin embargo, los cuidadores/maestros deben garantizar que el tiempo de medios de entretenimiento no desplace las actividades saludables como ejercicio, sueño reparador y tiempo en familia, que incluye comidas.

Para niños de todas las edades, las redes sociales y dispositivos no se deben usar durante el tiempo de comidas o de la merienda, o durante las horas de siesta/descanso y en la cama. Los dispositivos se deben apagar por lo menos una hora antes de la hora de ir a dormir. Cuando se ofrecen, las redes sociales no deben tener avisos publicitarios o posicionamiento de marcas, violencia y sonidos que tienten a los niños a usar el producto excesivamente.

Los cuidadores/maestros deben comunicar a los padres/tutores sobre sus pautas para uso de medios en el hogar. Los cuidadores/maestros deben tener en cuenta esta información cuando planifican la cantidad de uso de medios en el programa de cuidado infantil para ayudar a cumplir con las recomendaciones diarias (1).

Los programas deben priorizar la actividad física y el aumento de interacción social personal y participación durante el día del programa. Es importante que los niños pequeños tengan interacción social con adultos y niños. El uso de medios puede distraer a los niños (y adultos), limitar las conversaciones y el juego, y reducir la actividad física saludable, aumentando el riesgo de sobrepeso y obesidad.

Los medios deben apagarse cuando no están en uso ya que los medios de fondo pueden distraer y reducir la participación social y el aprendizaje. El uso excesivo de medios además puede estar asociado con problemas con el comportamiento, establecimiento de límites, y autorregulación emocional y de conducta; por lo tanto, los cuidadores/maestros deben evitar usar los medios para calmar a un niño (1).

Nota: La guía antes mencionada no debe limitar el uso de redes sociales para niños con necesidades de atención de la salud especiales que requieren y usan constantemente tecnología de computadoras asistida y adaptativa (2). Sin embargo, las mismas pautas se aplican para el uso de medios de *entretenimiento*. Puede ser necesario consultar con un experto en comunicación asistida.

[1] diseñado con psicólogos infantiles y educadores para cumplir con las metas educativas específicas

FUNDAMENTO

Los primeros dos años de vida son períodos importantes de crecimiento y desarrollo para los cerebros y cuerpos de los niños y el rápido desarrollo del cerebro continúa a través de los años de primera infancia. Para desarrollar mejor sus habilidades cognitivas, del lenguaje, motrices y socio-emocionales, los bebés y niños pequeños necesitan exploración práctica e interacción social con cuidadores confiables (1). La visualización de medios digitales no promueve dicho desarrollo de habilidades, así como también la "vida real".

El uso excesivo de medios se ha asociado con desfases en el logro de conocimiento y habilidades, así como también impactos negativos en el sueño, peso y salud socio-emocional. (1). Por ejemplo, entre los niños de 2 años, la investigación ha demostrado que el índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) aumenta con el mayor consumo de medios semanalmente (3).

COMENTARIOS

Las redes sociales no carecen de beneficios, incluido el aprendizaje de contenido de alta calidad, compromiso creativo e interacciones sociales. Sin embargo, especialmente en niños pequeños, las interacciones sociales de la vida real promueven un mayor aprendizaje y retención de conocimientos y habilidades. Cuando se utilizan redes sociales limitadas, la visualización conjunta y la enseñanza conjunta con un adulto comprometido promueve un aprendizaje y desarrollo más efectivo.

Debido a que los niños pueden usar las redes sociales antes y después de asistir a entornos de cuidado y educación en la primera infancia, limitar el uso de redes sociales en entornos de cuidado y educación en la primera infancia y sustituir el juego apropiado de acuerdo al desarrollo y las actividades prácticas puede promover mejor el aprendizaje y el desarrollo de las habilidades. Una actividad es la lectura. Los cuidadores/maestros deben comenzar a leer a los niños en la infancia (4) y las instalaciones deben tener disponibles libros apropiados para la edad para cada etapa cognitiva de desarrollo que se pueda leer en conjunto y debatir con un adulto. Consulte el "Kit de herramientas de Conexiones para crear libros" de la Academia Americana de Pediatría en <https://littoolkit.aap.org/forprofessionals/Pages/home.aspx> para más información.

La Academia Americana de Pediatría ha desarrollado una herramienta del Plan de uso de medios familiares, disponible en <https://www.healthychildren.org/English/media/Pages/default.aspx>, que puede ayudar a los padres/tutores, cuidadores y familias a identificar actividades saludables para cada niño, y priorizarlos por sobre el uso de redes sociales limitado (5).

Los cuidadores/maestros sirven como modelos de ejemplo para los niños en entornos de cuidado y educación en la primera infancia por no usar o no distraerse con las redes sociales durante las horas de cuidado. Además, si los adultos ven medios como noticias en presencia de niños, los niños pueden estar expuestos a un lenguaje inapropiado o imágenes violentas o aterradoras que pueden causar malestar emocional o aumentar los pensamientos y el comportamiento agresivos. Se debe desalentar a los cuidadores/maestros a usar las redes sociales para uso personal mientras se participan y supervisan activamente a los niños bajo su cuidado. En su lugar, se prefieren oportunidades de actividades colaborativas.

Es importante proteger la privacidad de los niños en internet y en las redes sociales. Nunca se deben publicar fotos y videos de los niños en redes sociales sin consentimiento del padre/tutor. Los cuidadores/maestros deben conocer y seguir la política de tomar, compartir o publicar imágenes y videos.

RECURSOS ADICIONALES

American Academy of Pediatrics Council on Communications and Media. Children and adolescents and digital media [Los niños y adolescentes y las redes sociales]. *Pediatrics*. 2016;138(5): e20162593.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/10/19/peds.2016-2593.full.pdf>.

Academia Americana de Pediatría. Kit de herramientas para la comunicación de niños y los medios. Sitio web de Aap.org. <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/pages/media-and-children.aspx>. Fecha de acceso: 12 de octubre de 2017.

Campaña para una infancia libre de comerciales. Sitio web de Screenfree.org. <http://www.screenfree.org/>. Fecha de acceso: 12 de octubre de 2017.

Common Sense Education [Educación de Common Sense]. Sitio web de Commonsense.org. <https://www.commonsense.org/education/toolkit/audience/device-free-dinner-educator-resources>. Fecha de acceso: 12 de octubre de 2017.

Centro Fred Rogers para Aprendizaje temprano y medios de los niños en Saint Vincent College. How am I doing? [¿Cómo lo estoy haciendo?] A checklist for identifying exemplary uses of technology and interactive media for early learning [Una lista de verificación para identificar usos ejemplares de la tecnología y medios interactivos para aprendizaje temprano]. Sitio web de Fredrogerscenter.org <http://www.fredrogerscenter.org/2014/02/25/how-am-i-doing-checklist-exemplary-uses-of-technology-early-learning/>. Actualizado el martes, 25 de febrero de 2014. Fecha de acceso: 12 de octubre de 2017.

Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños. Tecnología y medios interactivos como herramientas en los programas de primera infancia que atienden a niños desde el nacimiento hasta los 8 años. Declaración de posición. Sitio web de NAEYC.org http://www.naeyc.org/files/naeyc/PS_technology_WEB.pdf. Enero de 2012. Fecha de acceso: 12 de octubre de 2017

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física

2.1.2.1 Relaciones personales de cuidadores/maestros para bebés y niños pequeños:

2.1.3.1 Relaciones personales de cuidadores/maestros para niños de tres a cinco años

2.1.4.3 Desarrollar relaciones para niños en edad escolar

2.2.0.1 Método de supervisión infantil

Apéndice S: Actividad física: ¿Cuánto se necesita?

REFERENCIAS

1. Consejo sobre Comunicaciones y Medios de la Academia Americana de Pediatría. Medios y mentes jóvenes. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20162591. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/5/e20162591.full.pdf>
2. Reid CY, Radesky J, Christakis D, entre otros, Consejo sobre Comunicaciones y Medios de la Academia Americana de Pediatría. Children and adolescents and digital media. *Pediatrics*. 2016;138(5):e2016593. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/10/19/peds.2016-2593>.
3. Wen LM, Baur LA, Rissel C, Xu H, Simpson, JM. Correlates of body mass index and overweight and obesity of children aged 2 years: finding from the healthy beginnings trial. *Obesidad*. 2014;22(7):1723-1730.
4. Academia Americana de Pediatría. Consejo sobre Primera Infancia. Literacy promotion: an essential component of primary care pediatric practice. *Pediatrics*. 2014;134(2):1-6. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/06/19/peds.2014-1384>.
5. American Academy of Pediatrics Council on Communications and Media. Media use in school-aged children and adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20162592. <http://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162592>.

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 10/12/2017.