



**Nombre del alumno: Diana Laura Altuzar
Hernández**

Nombre del trabajo: Capítulo III

Materia: Seminario de tesis

Grado: 9° cuatrimestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de junio del 2020

INDICE

CAPITULO I

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Preguntas de investigación

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivos generales

1.2.2 Objetivos específicos

1.3 Justificación

1.4 Hipótesis

1.4.1 Variables

1.4.1 Independiente

1.4.2 Dependiente

1.5 Metodología

1.5.1 Ubicación

1.5.2 Diseño de técnicas de investigación

CAPITULO II

ORIGENES Y EVOLUCIÓN

2.0 Origen de la nutrición

2.1 Origen de la nutrición en la Antigua Grecia

2.1.1 Origen de la nutrición en la Antigua Maya

2.1.2 Origen de la nutrición en la actualidad

2.2 Definición de alimentación complementaria

2.3 Definición de alimentación

2.3.1 Definición aporte energético

2.3.2 Definición de Baby Led Weaning

2.3.3 Definición de proteína

2.3.4 Definición de Lactancia materna

2.3.5 Definición de salud

2.3.6 Definición de desnutrición

2.3.7 Definición deficiencia

2.3.8 Definición de necesidades nutricionales

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

3 Antecedentes

3.1 La nutrición en edad productiva

3.1.1 Preconcepción y fertilidad

3.2 Lactancia materna en México

3.3 Composición de la leche materna

3.1 Calostro

3.1.1 Composición

3.1.2 Concentraciones elevadas

3.1.3 Concentraciones menores

3.2 Transicional

3.3 Leche madura

3.4 Que alimentos introducir primero

3.4.1 tipos de alimentos

3.4.2 Cuantos días consecutivos

3.4.3 Porqué se recomienda a introducir los alimentos a esa edad

3.5 Riesgos de una alimentación inadecuada

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES

La existencia de un periodo crítico en la introducción de alimentos y de variación de texturas apoya la hipótesis de que el lactante acepte mejor el cambio a distintas texturas entre los seis y ocho meses, fuera de esto la aceptación más tardía y complicada, sin embargo, esta teoría no se ha llegado a confirmar.

Existe evidencia según la cual las prácticas adecuadas de alimentación complementaria han dado lugar a una marcada y rápida reducción del retraso del crecimiento, especialmente en poblaciones que son más vulnerables, especialmente se ha estimado que el tener prácticas inadecuadas de la alimentación complementaria, especialmente en un inicio muy temprana ha provocado el 1.4 millones en muertes y un 10% de enfermedades entre los niños menores de 5 años.

Los niños en el momento de nacer el primer alimento que ellos consumen es la leche materna recordando que esta está dividida en tres fases muy importantes que tienen funciones diferentes.

3.1 LA NUTRICIÓN EN EDAD REPRODUCTIVA

Lamentablemente una mala nutrición en la mujer en la etapa reproductiva es muy común y por ello rebasan las consecuencias que llegan afectar al feto, se conocen algunas deficiencias más comunes la prevalencia es mayor dentro de esas deficiencias está el hierro, ácido fólico, vitamina C y vitamina A. Una de las problemáticas que se presenta por deficiencias y afecta en gran medida a las mujeres es causada por el hierro, la anemia está asociado a la susceptibilidad a las infecciones o cansancio y dentro del embarazo se puede llegar a relacionar con desenlaces desfavorables sobre todo por una mayor probabilidad de un embarazo pretérmino.

Se puede considerar que la nutrición durante un embarazo es importante por lo que consiste en adecuar cantidades de vitaminas y minerales, macronutrientes que aportaran energía al organismo de la mujer, es importante saber que comienza antes de la concepción. La calidad y cantidad de una buena nutrición

favorecerán en el cigoto, después feto, luego neonato y posteriormente ayudaran a prevenir enfermedades en la vida adulta.

3.1.1 PRECONCEPCIÓN Y FERTILIDAD

La preconcepción es importante tanto para mujeres como hombres, uno de los problemas es la infertilidad y puede ser por varios factores, uno de esas causas puede ser por índice de masa corporal (IMC), las mujeres que tienen un IMC menor a 20 tienen mayor riesgo de anovulación, es decir, que los ovarios de la mujer no son capaces de liberar ningún ovulo en el ciclo menstrual y por lo tanto no se lleva a cabo la fecundación.

Cuando una mujer presenta sobrepeso u obesidad tienen una frecuencia elevada de subfertilidad, pérdida de peso e incremento de actividad física puede ser favorecedor para un mejoramiento de fertilidad, otro factor asociado puede ser por la falta de vitamina D en hombres y mujeres ya que puede estar involucrado a una resistencia de insulina o síndrome metabólico en el síndrome de ovario poliquístico (SOPQ), en los hombres se refleja por bajos niveles de testosterona y una menor calidad del esperma.

Las recomendaciones para los hombres para ayudar en el mejoramiento de fertilidad es elevar la ingesta de fibra, disminuir alimentos con índice glucémico como lo son productos lácteos que son ricos en grasas, en ellos se sugiere una dieta baja en proteínas de origen animal, además del consumo diario de polivitamínicos y mantener una actividad física moderada.

Una orientación preconcepción se basa principalmente en las mujeres que inician un embarazo con un estado nutricional subóptimo, es decir, con obesidad y con un consumo bajo en proteínas, zinc, hierro, etc. El tener una ingesta óptima va asociado a tener un menor riesgo en el feto como un retraso de crecimiento o pequeños para la edad gestacional o incluso nacimiento pretérmino, es por eso que se recomienda suplementos multivitamínicos y los minerales principalmente para brindar beneficios a la mujer embarazada.

3.2 LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO

La lactancia materna se ha comprobado que favorece la salud del lactante y en su desarrollo. También mejora su salud a corto o largo plazo, además de potencializar el desarrollo cognoscitivo.

Recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe a que el bebé sea alimentado de forma exclusiva, un ejemplo de ello es solo recibir leche materna al menos los primeros seis meses de vida, la lactancia materna exclusiva (LME), se inicia desde la primera hora de nacimiento del bebé, cuando el lactante llega a los seis meses de vida es ahí donde inicia alimentación complementaria con líquidos extras a la leche y alimentos adecuados a su edad y culturalmente aceptables a su organismo, continuando a la lactancia hasta los 24 meses de edad o incluso mas tiempo eso dependerá de la madre y el niño.

La leche materna tiene cualidades para dotar a los recién nacidos (RN) hasta los seis meses constituido por los nutrimentos que el lactante necesita, aquellos que reciben LME reciben los nutrimentos, vitaminas y minerales necesarios para su desarrollo, según la oficina del país del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los bebés que reciben la lactancia tienen seis veces mas probabilidad de sobrevivir debido a los anticuerpos que contiene la leche materna y les ayuda para prevenir enfermedades como diarrea o neumonía los mas dos principales que se consideran causa de morbi-mortalidad en esa etapa.

Por otra parte, la OMS considera que aquellos que fueron amamantados son menos propensos de padecer sobrepeso y obesidad, Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII). Esta práctica también beneficia a las mujeres desde su inicio ayudando a que el útero pueda regresar a su lugar lo más pronto posible y regresando a su tamaño original, al igual previniendo hemorragias posparto, ayuda a perder peso que gano durante todo el embarazo, es un factor protector ante la osteoporosis, cáncer de seno y ovario, la UNICEF agrega diciendo que sirve como método anticonceptivo natural.

Es posible identificar los dos tipos de lactancia, la materna puede ser directa o indirecta (usando la ayuda de un extractor o bomba de leche y así extraer la leche del seno y el bebé lo puede tomar desde un biberón) y el otro seria la manera artificial es la que brinda por medio de sucedáneos o leches maternizadas.

3.3 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

3.1 CALOSTRO

constituido por anticuerpos maternos e inmunoglobulinas ayudado al recién nacido a protegerlo de las infecciones que pueda enfrentarse, en algunos países el calostro se puede llegar a considerar tabú haciendo referencia que es una práctica inadecuada para el bebé donde la percepción y las creencias tienen su punto importante. Aquellos países no solamente tienen esa percepción o idea sino en ocasiones separan al recién nacido el cual no es tan favorecedor a la lactancia.

Desde 1992 la Organización Mundial de la Salud introdujo una iniciativa en el Hospital Amigo del Niño con el propósito de apoyar a nivel nacional la lactancia materna y exclusiva.

Contiene altas concentraciones de inmunoglobulinas A que superan niveles de 300mg/mL estas van disminuyendo conforme va pasando la segunda y tercera semana. El calostro es un promotor de salud que interfiere en la enterotoxigenicidad de bacterias tanto como en su eficacia en algunos virus como es el rotavirus, contiene elevado contenido de lactoferrina.

Está de cinco a siete días después del parto, su consistencia es pegajosa y es de color amarillento esto se debe por la presencia de β - carotenos, el volumen del calostro podrá variar entre 2 a 20 mL/día durante los primeros tres días dependerá de la succión del lactante en el sexto día aumentará 580 mL/día es la cantidad ideal para cubrir perfectamente las necesidades del lactante y no es necesario complementarlo con fórmulas lácteas.

3.1.1 Composición del calostro es:

3.1.2 Concentraciones elevadas

- 97% proteínas de forma de inmunoglobulinas A-IgA
- Vitaminas liposolubles
- Lactoferrina
- Factor de crecimiento
- Lactobacilos Bifidus

- Sodio
- Zinc

3.1.3 Concentraciones menores

- Grasas
- Lactosa
- Vitaminas hidrosolubles

3.2 TRANSICIONAL

Está inicia después del calostro, su producción comienza entre el cuarto y décimo día y la duración es de cinco a diez días, de manera progresiva se van elevando las concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosolípidos, vitaminas hidrosolubles, disminuyéndose proteínas, inmunoglobulinas, vitaminas liposolubles es caso contrario del calostro, esto se debe al incremento de producción de leche que ya alcanza los 660mL/día.

Su color es de forma blanca debido a la emulsificación de las grasas y presencia de caseinato de calcio.

3.3 LECHE MADURA

La leche madura es la que permanece hasta el destete del lactante y su producción comienza desde el día 15 postparto, puede llegar a producir de 750mL/día hasta alcanzar 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple.

Los componentes de la leche madura son:

Agua: el 87% total de los componentes y es la que cubre de manera satisfactoria los requerimientos diarios del lactante por eso no es recomendable líquidos suplementarios.

Energía: aporta 670 a 700 Kcal/L la mayoría es a través de HC y grasas.

Hidratos de carbono: Aportadora de energía al sistema nervioso central.

La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene ayudando al desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos también ayuda a un mejoramiento de absorción del calcio y manteniendo estable la osmolaridad de la leche par conservar bajas las concentraciones del sodio y potasio.

Galactosa: Es fundamental para la formación de galactopéptidos y galactolípidos cerebrósidos en el sistema nervioso central.

Grasas: la leche materna aporta ácidos grasos indispensables estos dependerá de la dieta que lleve a cabo la madre del niño, se convierten en ácidos grasos poliinsaturados que es vital para el desarrollo estructural y funcional de los sistemas visuales y sensoriales, perceptual y cognitivo del lactante.

Existen variables que son modificables a las concentraciones de grasas en la leche, es decir, en el momento del día, durante la tarde se elevan las concentraciones, el momento de la tetada, después de 10 minutos de succión en cada pecho suelen incrementarse de manera paulatina de 1.5 a 2% y pueden alcanzar cifras óptimas de 5 a 6% y las variaciones individuales dependerá de la ingesta de grasa por parte de la madre garantizando los niveles óptimos.

Proteínas: se encuentra de 8.2 y 9g/litro el cual sus concentraciones se bajan con el progreso de la lactancia, dentro de las proteínas que se encuentra en la leche se encuentra dos diferentes tipos, uno es proteína de suero que α -lactoalbúmina es la más abundante por 37% y la lactoferrina que esta presente en un 27% del total de seroproteínas el cual se une al hierro ayudando a una mejora de transporte y absorción.

Caseína: contribuye al transporte de calcio, fosforo y los aminoácidos para fnies estructurales al sistema celular y se divide en subunidades las cuales son β -caseína se une a K-caseína.

Vitaminas: las vitaminas hidrosolubles tienen una concentración óptima, las más abundantes que se encuentran en la leche materna son niacina y vitamina C. Las vitaminas liposolubles las que contienen mayor concentración es β -caroteno y vitamina E. La vitamina D no contiene niveles óptimos en la leche, pero los bebés que son alimentados por leche materna no padecen de raquitismo.

La vitamina K nunca llega a ser óptima en la leche materna si se llega a comparar con los requerimientos diarios por lo que se recomienda aplicar 1mg intramuscular en dosis única.

Minerales: dentro de los minerales se puede encontrar que el hierro destaca en las concentraciones el cual se reduce a lo largo de la lactancia se llega a establecer hasta los seis meses, y su absorción es entre 45 y 75% en comparación de la leche de vaca que es únicamente el 10%, la leche materna tiene mayor absorción de hierro ya que está unido a las seroproteínas en 65 a 81%, la relación de calcio y fósforo es de 1.2 a 2 y útil porque dependerá de la formación del tejido óseo.

Oligoelementos: El zinc tiene una concentración en la leche materna de 2 a 4 mg/mL con una biodisponibilidad elevada de 45 a 58% de la fracción sérica de las proteínas.

El flúor tiene baja cantidad en la leche materna, pero es muy útil para evitar las caries.

Magnesio se mantiene en equilibrio junto con el calcio y ayuda a la prevención de hipocalcemia en el lactante.