



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY
CENTRO REGIONAL ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS AGRARIAS

Licenciatura en Nutrición

*“Conocimientos y prácticas de lactancia materna
y alimentación complementaria de madres con
niños menores de 2 años y relación con los
indicadores establecidos por la Organización
Mundial de la Salud”.*

Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios
de la Licenciatura en Nutrición

ALUMNA: MESSINA TROMBINI, MARÍA EUGENIA

DIRECTORA: LIC. EN NUTRICIÓN: BOUVIER, MARÍA JOSÉ

-Rosario, febrero 2018-

“Siempre hay un propósito detrás de cada manifestación de la naturaleza. La secreción de los pechos de una mujer sólo después de haber parido es el propósito de la naturaleza para que pueda alimentar a su hijo”

- Aristóteles-

“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representa necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
TÍTULO.....	5
RESÚMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
Introducción General.....	8
Justificación.....	9
ANTECEDENTES.....	10
PROBLEMA.....	12
HIPÓTESIS.....	13
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos Específicos.....	14
MARCO TEÓRICO.....	16
Introducción.....	16
Lactancia Materna.....	18
Alimentación complementaria.....	37
Indicadores OMS.....	51
DISEÑO METODOLÓGICO.....	55
RESULTADOS.....	61
DISCUSIÓN.....	80
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	84
BIBLIOGRAFÍA.....	85
ANEXOS.....	88
Anexo I: MENSAJES DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS ARGENTINAS PARA LA POBLACIÓN INFANTIL.....	89
Anexo II: ANATOMÍA MAMARIA.....	90
Anexo III: PAUTAS MADURATIVAS EN NIÑOS DE 0-24 MESES Y SUS IMPLICANCIAS EN LA ALIMENTACIÓN.....	90
Anexo IV: FORMA CORRECTA E INCORRECTA DE AMAMANTAR.....	92
Anexo V: POSICIONES DE AMAMANTAMIENTO.....	93
Anexo VI: 10 PRINCIPIOS DE LA OMS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	95
Anexo VII: ENCUESTA.....	96

Índice de gráficos

Gráfico 1: "Madres asistentes a la consulta"	63
Gráfico 2: "Edad de los niños"	64
Gráfico 3: "Lactancia materna exclusiva"	64
Gráfico 4: "Inicio temprano de la lactancia"	65
Gráfico 5: "Complementación de la lactancia"	66
Gráfico 6: "Edad hasta la que los niños recibieron sólo leche materna"	68
Gráfico 7: "Causas de abandono de la lactancia antes de los 6 meses"	69
Gráfico 8: "Incorporación de alimentos antes de los 6 meses"	69
Gráfico 9 " Respuestas sobre alimentación exclusiva con leche materna"	70
Gráfico 10 "Respuestas sobre beneficios de la lactancia"	71
Gráfico 11 " Respuestas sobre las formas adecuadas de amamantamiento"	72
Gráfico 12 "Respuestas sobre edad adecuada de incorporación de alimentos"	72
Gráfico 13 "Respuestas sobre la edad de continuación de la lactancia"	73
Gráfico 14 "Rango de edades de niños mayores de 6 meses"	73
Gráfico 15 "Niños que reciben leche materna en la actualidad"	74
Gráfico 16 "Niños que recibieron más de 4 grupos de alimentos"	77
Gráfico 17 "Niños que consumen alimentos ricos en hierro"	78
Gráfico 18 "Conocimientos sobre primeros alimentos"	79
Gráfico 19 "Información recibida"	80

TÍTULO

“Conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de madres con niños menores de 2 años y relación con los indicadores establecidos por la OMS”.

RESÚMEN

La alimentación durante los primeros 2 años de vida, juega un rol importante no solo en el crecimiento y desarrollo del bebé, sino también en la salud actual y también durante el resto de la vida. La manera en que se alimenta a los niños, también es el inicio de la formación de hábitos que van a regir en un futuro. Por tal motivo es importante mantener adecuadas prácticas tanto de lactancia materna como de alimentación complementaria, para forjar hábitos saludables y para un crecimiento y desarrollo óptimo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una serie de indicadores para evaluar las prácticas alimentarias en niños menores de 2 años. Estos indicadores (Inicio temprano de lactancia materna, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, lactancia continua al año, alimentación complementaria a partir de los 6 meses, diversidad alimentaria mínima, frecuencia mínima de comidas, dieta mínima aceptable, consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro) son utilizados en este estudio, a fin de evaluar y comparar los conocimientos y las prácticas maternas con dichos indicadores.

Objetivo: Evaluar las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de madres primerizas con niños menores de 2 años que asistieron a efectores de salud durante el mes de julio del 2017 de la ciudad de Firmat y establecer si existe relación con los indicadores propuestos por la OMS, y a su vez con la edad de la madre y asistencia a los distintos efectores (público o privado).

Población y método: Se realizó un estudio es de tipo descriptivo y transversal en dos instituciones, una pública y la otra privada de la ciudad de Firmat.

Se seleccionaron para el estudio un total de 54 madres primerizas con niños nacidos a término menores de 2 años, que asistieron a la consulta pediátrica durante el mes de Julio de 2017. Se utilizó para la evaluación una encuesta semiestructurada y recordatorio de 24 hs.

Se excluyeron de la muestra todas aquellas madres no primerizas, con niños mayores de 2 años, con niños pre-término o que tuvieran alguna patología y aquellas que no desean participar de la muestra.

Resultados: En cuanto al indicador inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, en el sector público la mayoría de las madres inició de manera temprana la

lactancia, en comparación de las madres del efector privado (81% vs 65%). Para el indicador de lactancia materna exclusiva, en términos generales, el cumplimiento fue bueno (84% vs. 69%). La proporción de niños que siguen recibiendo leche materna al año fue menor en el sector público (19% vs 27%).

La totalidad de los niños de entre 6 y 8 meses de ambos efectores incorporaron algún alimento el día anterior a la entrevista. En cuanto a la diversidad alimentaria, en el ámbito público se observó un porcentaje de menor diversidad (58% vs 43%).

Cuando se evaluó la frecuencia mínima de comidas, en el ámbito privado hubo un porcentaje menor de niños que cumplieron con este indicador con respecto al ámbito público. (31% vs 36%).

El indicador dieta mínima aceptable, fue cumplido en mayor medida por las madres del efector privado (47% vs 64%). El consumo de alimentos ricos en hierro, fortificados o suplementos, fue superior en el ámbito privado (63% vs 71%).

Respecto al conocimiento de las madres en relación a la lactancia materna y alimentación complementaria, al preguntar sobre la edad en que se debe alimentar al niño solo con leche materna, ambos sectores tuvieron un índice alto de respuestas correctas. Al contestar sobre los beneficios de la lactancia, en ambos sectores, la mitad de las madres no respondieron adecuadamente, lo mismo sucedió en relación a la forma correcta de amamantamiento. Sobre la edad de introducción de alimentos, ambos efectores, el porcentaje de respuestas correctas fue alto (71% vs 83%), pero se observó un porcentaje bajo de respuestas correctas en lo que respecta a la edad hasta la que el niño debería ser amamantado (23% vs 22%). El conocimiento de las madres acerca de la edad de introducción de alimentos sólidos en ambos grupos, fue bueno en ambos sectores (74% vs 71%). En cuanto a la mejor opción a incorporar en cuanto a consistencias, en el efector privado el porcentaje de madres que contestaron de manera adecuada, fue superior (37% vs 57%).

Por último, en cuanto a la edad materna, en los indicadores como lactancia materna exclusiva y lactancia continua al año, el porcentaje de cumplimiento por parte de las madres menores de 19 años fue alto, mientras que en el resto, un porcentaje muy elevado de las mismas, demostraron que no cumplían de manera adecuada con estos indicadores.

Palabras claves: Lactancia materna, alimentación complementaria, indicadores de la OMS, Alimentación en los primeros dos años.

INTRODUCCIÓN

Introducción General

Durante los primeros dos años de vida, la alimentación que se le ofrece al niño es muy importante para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo, así también como para crear hábitos alimentarios saludables. Es importante en este periodo instruir a las madres acerca de cómo alimentar a los niños, tarea a cargo de los profesionales de salud, que deberán ofrecer información necesaria, y recalcar aspectos básicos sobre la lactancia, alimentación complementaria y la importancia de realizarlo en forma adecuada.

El primer alimento que recibirá el niño será la leche materna, manteniendo esta forma de alimentación exclusiva hasta los 6 meses de edad. La leche materna, no solo es rica en energía y nutrientes, sino que tiene además, anticuerpos y factores de crecimiento que ni las fórmulas comerciales ni la leche de vaca contienen. Por este motivo, y además porque la lactancia siempre favorece la relación madre-hijo, la mejor opción para el niño en esta etapa es la leche materna.

Es muy importante explicar a las madres la forma correcta de amamantar, como prender al pecho al bebé y señales de que el niño se está alimentando en forma adecuada y que está recibiendo la cantidad adecuada de energía y nutrientes, ya que es muy común, y sobre todo con madres primerizas, que por inseguridad o por falta de conocimientos, deje de amamantar al bebé antes de tiempo, teniendo que recurrir en muchos casos a fórmulas infantiles, que si bien alimentan, no tienen los mismos beneficios que la leche materna.

Luego de los 6 meses, la lactancia continúa, solo que ya no es suficiente en energía y nutrientes, por lo que se deberá complementar con otros alimentos. Esta etapa que comienza a partir de los 6 meses, se conoce como “alimentación complementaria”.

Los alimentos complementarios, bien como su nombre lo indica, no reemplazan a la lactancia, sino que la complementan, para que el niño cubra sus requerimientos. Estos alimentos van a ser ofrecidos teniendo en cuenta la madurez del niño, avanzando a medida el niño va creciendo con las consistencias y los tipos de

alimentos, así también como con las cantidades ofrecidas.

En la actualidad existen múltiples investigaciones, que indican que en muchos casos las prácticas alimentarias en los primeros dos años, no cumplen con las recomendaciones al respecto de organismos internacionales (como la Organización Mundial de la Salud, UNICEF o la Organización Panamericana de la Salud). Es por eso que la OMS, proporciona una serie de indicadores utilizados para evaluar las prácticas maternas y obtener resultados que servirán de guía para encontrar la base del problema y ofrecer posibles soluciones al respecto.

Justificación

El significado de la realización de esta investigación, radica en la importancia que tiene la alimentación en los primeros años de vida, no solo porque es una etapa vulnerable en lo que respecta al crecimiento y desarrollo, sino también en la importancia que tiene proporcionar hábitos saludables desde el inicio de la alimentación para prevenir problemas de malnutrición y otras patologías, ya que la alimentación en los primeros años, puede marcar el tipo de alimentación de toda la vida.

En nuestro país, existe evidencia a partir de estudios realizados a nivel nacional como regional, que indican que existen puntos críticos con respecto a la alimentación en los primeros años, como ser: alta proporción de niños menores de 6 meses que no reciben leche materna, introducción temprana de alimentos complementarios, progresión inadecuada así también como alimentación monótona e insuficiente en hierro.

Es probable, que en la Ciudad de Firmat, se repitan estos puntos críticos determinados a nivel nacional, así como es probable que exista falta de información con respecto al tipo de prácticas correctas a realizar, por lo que resulta interesante no solo evaluar las prácticas utilizando como guía lo indicadores propuestos por la OMS, sino también evaluar la información recibida por las madres y el ámbito en que se obtiene esa información para proporcionar información a las instituciones, profundizar sobre la problemática así como brindar posibles soluciones al respecto y que el problema pueda ser resuelto en un futuro próximo.

ANTECEDENTES

1. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2007; "Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño"

Los indicadores descritos en este documento son el resultado de un esfuerzo de 5 años para desarrollar un grupo de indicadores fáciles de medir, válidos y fidedignos para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Se centran en una selección de aspectos relacionados con los alimentos que es posible medir a nivel de la población. Los indicadores de las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño que se miden a nivel de la población son usados principalmente para: *Evaluación*: para hacer comparaciones a nivel nacional y local así como para describir las tendencias en el tiempo; *Definición de grupos objetivo*: para identificar las poblaciones en riesgo y las intervenciones destinadas a ellas, así como tomar decisiones con relación a las políticas de asignación de recursos, y *Monitoreo y evaluación*: para monitorear el progreso en el logro de metas y para evaluar el impacto de las intervenciones. Los indicadores descritos en este documento deben considerarse en su conjunto.

2. Dra. Gatica, C; D, ara. Méndez De Feu , M.C(2009) "Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años"; Archivo argentino de pediatría;107 (6)

El objetivo de este estudio fue determinar la duración de la lactancia materna (LM) y edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado, en niños sanos menores de 2 años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Conocer los factores sociales y demográficos asociados.

Dentro de los resultados se observó que fueron prácticas frecuentes: LM, mayor a menor edad materna; incorporación de comidas al 6to mes, enriquecimiento de la comida inicial; amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne; incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida.

3. Abeldaño, RA; López de Neira,M; Burrone, MS; González, ML; Fernández, AR; 2015; “Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de 6 meses en Argentina”; Revista de salud Pública; 1:50-58.

En este estudio se realizó un análisis de base de datos secundaria para estimar indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de 6 meses en Argentina. Se realizaron análisis sobre 3.137 mujeres que respondieron el bloque de lactancia materna de la encuesta en relación al último hijo nacido vivo. Los resultados indican que el 65,9% de los lactantes fue amamantado hasta los seis meses de vida o más; el 43% recibió fórmula para lactantes antes de los 6 meses, el 58,5% recibió agua antes de los 6 meses, y el 33,5% recibió alimentos semisólidos antes de los 6 meses.

4. Lic.Zapata, ME; Lic. Fortino, Julieta; Lic, Palmuc.,C (2015).” Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas en Rosario, Argentina”. Dieta, 33 (150).

El objetivo de este estudio fue evaluar los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses con diferentes condiciones sociodemográficas en Rosario, Argentina.

El estudio se realizó en dos centros asistenciales (público y privado) de la Ciudad de Rosario, Santa Fe. Se seleccionaron para su evaluación 400 niños que asistieran a la consulta espontánea durante el mes de julio de 2012. Se aplicó un cuestionario general y un recordatorio de 24h.

Con respecto a los resultados de este estudio Se observan diferencias en las prácticas de cuidado temprano entre ambas poblaciones. En términos generales en el ámbito público se observa un mejor cumplimiento de la lactancia exclusiva y en el ámbito privado una mejor calidad y diversidad de la alimentación complementaria.

PROBLEMA

¿Existen diferencias entre las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de madres primerizas con niños menores de dos años que asisten a efectores de salud de la ciudad de Firmat durante el mes de julio de 2017 y los indicadores establecidos por la OMS?

HIPÓTESIS

Existen diferencias entre las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria llevadas a cabo por madres primerizas con niños menores de 2 años que asisten a efectores de salud en relación con los indicadores propuestos por la OMS, y a su vez con la edad de la madre y asistencia a los distintos efectores (público o privado).

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de madres primerizas con niños menores de 2 años que asisten a los efectores de salud de la ciudad de Firmat durante el mes de julio de 2017, y establecer la relación existente entre el cumplimiento de indicadores propuestos por la OMS con la edad de la madre y asistencia a los distintos efectores (público o privado).

Objetivos Específicos

- Establecer la proporción de niños que iniciaron lactancia materna durante la primer hora de vida
- Identificar la cantidad de niños que realizaron lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida
- Conocer el número de niños que continúan con lactancia materna al año de vida.
- Determinar el porcentaje de niños que introdujeron alimentos sólidos y semisólidos a partir del sexto mes
- Evaluar la proporción de niños que cumplen con la diversidad alimentaria mínima
- Establecer si la frecuencia de comidas es acorde a la edad del niño.
- Determinar la cantidad de niños entre 6 y 24 meses que recibieron una dieta mínima aceptable durante el día anterior a la evaluación.
- Conocer porcentaje de niños que incluyen alimentos fortificados o ricos en hierro
- Determinar si existe relación entre el cumplimiento de los indicadores propuestos por la OMS sobre lactancia materna y alimentación complementaria y la edad de las madres.
- Establecer si existe relación entre el cumplimiento de los indicadores propuestos por la OMS sobre lactancia materna y alimentación complementaria y asistencia a efector público o privado.
- Determinar el conocimiento por parte de las madres acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y lactancia materna continua.
- Determinar el conocimiento por parte de las madres sobre alimentación complementaria.

→ Conocer el porcentaje de madres que recibieron información sobre lactancia materna y alimentación complementaria por parte de profesionales de la salud.

MARCO TEÓRICO

Introducción

Durante todo el ciclo vital de un individuo, sin dudas, la primera infancia (o infancia temprana) es la más importante en cuanto a crecimiento y desarrollo, por lo que resulta importante, tener en cuenta en este periodo, las condiciones necesarias para lograr la salud y bienestar óptimos, que acompañarán al individuo no solo en la infancia, sino también a lo largo de toda la vida.

De acuerdo a lo que establecen distintas organismos mundiales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y EL Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se puede definir la primera infancia como el periodo que abarca desde el desarrollo prenatal hasta los 8 años de edad.

Hoy en día existen múltiples evidencias, que demuestran que muchas de las enfermedades que aparecen durante la adultez, tienen su desarrollo durante la primera infancia, periodo el en cual cobra más relevancia los primeros 2 años, por ser uno de los periodos de mayor riesgo y vulnerabilidad sobre todo en lo que compete al crecimiento, ya que luego de esta etapa, el crecimiento inadecuado suele ser difícil de ser revertido, sobre todo cuando se trata de causas nutricionales.

Para los seres humanos alimentarse significa más que comer, por eso, alimentar a un niño significa mucho más que satisfacer la necesidad de comida. El entorno en que los niños se desarrollan, es de vital importancia sobre todo en lo que respecta al desarrollo del cerebro. Un bebé necesita de la estimulación a través de juegos, afecto y dedicación para lograr el desarrollo neuronal adecuado, además de mantener una alimentación adecuada, sobre todo durante los primeros dos años, que es donde se da el mayor crecimiento del cerebro, por lo tanto, si no logramos los estímulos y la nutrición adecuada en esta etapa, es posible que el niño no llegue a alcanzar el potencial de desarrollo correspondiente.

Durante esta etapa, además de ser un periodo de crecimiento y desarrollo, se van creando hábitos y estilos de vida que pueden influenciar la alimentación durante el resto de la vida, por eso, la importancia de enseñar hábitos saludables. Como durante la niñez, la alimentación está a cargo de los cuidadores, estos deben guiarse

a través de la información obtenida por autoridades de la salud, que en muchas ocasiones, ya sea por promoción de productos, por tener información ya obsoleta o simplemente por tener distintos criterios, pueden dar indicaciones erradas o simplemente, que difieran mucho las opiniones entre distintos profesionales, afectando la alimentación adecuada del niño.

Una nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y aumenta el riesgo de mortalidad antes de los 5 años. Durante los primeros dos años es causa de desnutrición crónica donde se va a ver afectada la talla (es decir, que el adulto no alcanzará su potencial para el crecimiento en estatura), también puede estar afectado el rendimiento físico e intelectual. Una nutrición inadecuada, también puede ser causante de obesidad, en la niñez o en la vida adulta.

Para evaluar las diferentes prácticas de alimentación durante los primeros 2 años de vida en forma conjunta y fácilmente de medir, la OMS ha creado una serie de indicadores sencillos, validados y confiables, para evaluar la alimentación durante esta etapa. Los indicadores incluyen:

- Inicio temprano de la lactancia materna
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- Lactancia materna continua al año de vida
- Introducción de alimentos complementarios (sólidos, semisólidos o suaves)
- Diversidad alimentaria mínima
- Frecuencia mínima de comidas
- Dieta mínima aceptable
- Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro

La utilización de todos estos indicadores en forma conjunta, permitirá evaluar las prácticas alimentarias que realizan los cuidadores y unificar criterios a seguir al momento de dar recomendaciones por parte de los profesionales de la salud, para mejorar la alimentación del niño pequeño y las conductas o criterios erróneos.

También existen, tanto para cuidadores como para profesionales de la salud, guías nacionales a cargo del Ministerio de Salud de la Nación (Guías alimentarias para la población infantil) como internacionales a cargo de la OMS (Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño), que ayudan a determinar

cuáles son los pasos a seguir con respecto a la alimentación del niño (ANEXO I)

En cuanto a la alimentación del niño menor de 2 años, se pueden distinguir varias etapas:

1. Lactancia Materna Exclusiva (desde el nacimiento hasta los 6 meses)
2. Alimentación complementaria Oportuna (a partir de los 6 meses)
3. Periodo de incorporación de pautas familiares

Lactancia Materna

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

En décadas anteriores, a las madres se les solía indicar que le ofrecieran el pecho al bebé, pero también les era indicado algún complemento, y en muchas ocasiones, sobre todo en el sector privado, se separaba a las madres de los hijos poniéndolos en salas cuna para ser observados, lo cual provocaba un impacto negativo en la producción de leche por parte de la mamá y la prendida al pecho por parte del bebé. Al mismo tiempo, se empieza a fomentar y promocionar el uso de fórmulas infantiles.

Todos aquellos niños que por decisión de los padres o por recomendación médica no reciban leche materna, deben consumir una fórmula láctea apropiada para cada caso, ya que de lo contrario, aumentará el riesgo de que el niño desarrolle anemia, de que ni consuma una cantidad adecuada de nutrientes o que su riñón se vea sobrecargado con excesiva carga de solutos.

Hoy en día, existen numerosos estudios, muchos de ellos avalados por organismos internacionales como la OMS, OPS Y UNICEF, que recomiendan, que siempre que sea posible, el bebé debe ser prendido al pecho durante las primeras horas de su nacimiento, para fomentar la bajada de leche de la mamá, y por los beneficios biológicos y psicoafectivos que esto genera. Además también se recomienda, en la medida que sea posible, alimentar al bebé únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses (Lactancia materna exclusiva) y continuarla hasta los 2 años, complementándola con otros alimentos (lactancia materna

continua). Esto es importante porque está demostrado que la lactancia materna y su continuación después de los 6 meses, disminuye la mortalidad infantil y es un factor preventivo de múltiples afecciones.

Datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), realizada por El Ministerio de Salud de la Nación en el año 2005, indican que en todo el país, el 95,4% de la población en estudio, recibió lactancia materna al nacimiento, aunque sólo un 28% continuó la lactancia materna hasta los 2 años y el 31% no recibió otro alimento y/o bebida que la leche materna antes de los 6 meses.

Durante los primeros 6 meses lo ideal es que el niño sea alimentado solo con leche materna, no solo por los beneficios que presenta para la madre y para el bebé, sino porque el niño ya es capaz de succionar y deglutir, pero no de soportar cargas osmolares de nutrientes a nivel renal ni de digerir ciertas proteínas o nutrientes aportados por otros alimentos, por lo tanto, la forma de alimentar al bebé y progresar con diferentes alimentos y consistencias, va a depender del desarrollo y madurez del bebé.

Definición de lactancia e importancia de la leche materna

La lactancia materna es el proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, no solo nutricionales sobre la diada madre-hijo en respuesta a las demandas nutricionales, sino también inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido.

La OMS, junto con UNICEF, define distintos tipos de lactancia:

- **Lactancia Materna Exclusiva (LME):** El lactante no recibe ningún otro alimento más que leche materna
- **Lactancia Materna Predominante (LMP):** El niño es amamantado y recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua.
- **Lactancia Materna Parcial:** El niño recibe leche materna y además otros alimentos.

La leche materna contiene nutrientes en calidad y cantidad adecuados, es de fácil digestión, protege al bebé contra innumerables infecciones y está siempre

disponible.

La composición de la leche materna presenta variaciones a lo largo de la lactancia y también a lo largo de cada mamada.

- **Calostro:** es un fluido viscoso rico en proteínas, minerales y anticuerpos en una proporción mayor a la leche madura, aportando unas 65 kcal cada 100 ml.

El calostro es secretado durante los primeros días de lactancia en pequeñas cantidades, y a medida que transcurren los días, va aumentando su volumen, adaptándose a la ingesta del bebé.

La ingestión del calostro tiene innumerables beneficios:

1. Favorece expulsión del meconio (restos que evacua el intestino del niño)
 2. Favorece la implantación precoz de la flora intestinal
 3. Provee una importante cantidad de IgA y lactoferrina que dificultan la instalación de gérmenes enteropatógenos
- **Leche de transición:** Leche secretada del día 7 al 14
 - **Leche madura:** Secretada después de las primeras 2 semanas y se produce en mayor cantidad.

Fisiología de la lactancia

El pecho materno está formado por el pezón, la areola, el tejido mamario, tejido conectivo de soporte y grasa, además de los nervios, vasos sanguíneos y linfáticos. (ANEXO II)

Tejido mamario: incluye los alvéolos que son pequeños sacos que contienen células que secretan leche y también posee conductos que transportan la leche al exterior. Entre cada mamada, la leche es almacenada en los alvéolos.

Cada célula alveolar constituye una unidad de secreción y produce leche completa extrayendo desde el plasma sanguíneo o sintetizando todos los nutrientes y sustancias necesarias para la formación de la misma.

Pezón y areola: el pezón cuenta con aproximadamente nueve conductos lactíferos hacia el exterior. El pezón está rodeado por la areola, que es circular y pigmentada, la cual secreta a través de las “glándulas de Montgomery” un líquido aceitoso que

protege el pezón y que produce un olor particular que atrae al lactante hacia el pecho.

Además, existen hormonas que regulan la producción láctea. Estas son la prolactina y la oxitocina, secretadas cuando el bebé succiona el pecho.

Prolactina: necesaria para la secreción de leche por parte de las células alveolares. El nivel de esta hormona se incrementa durante el embarazo para fomentar el crecimiento y desarrollo del tejido mamario como preparación para la producción láctea. También se incrementa cuando el lactante succiona. A su vez, durante la noche se produce una mayor cantidad de prolactina.

Los niveles de prolactina tienen su nivel máximo a los 30 minutos después del inicio de cada mamada, por lo que su principal función es producir leche para la siguiente mamada. Por este motivo, la importancia de prender el bebé al pecho lo antes posible, porque la mamada es lo que estimula la producción de leche.

Oxitocina: esta hormona provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan y produce que la leche almacenada fluya y llene los conductos. Esta hormona se produce más rápidamente que la prolactina, por tal motivo provoca que la leche que se encuentra en el pecho fluya durante la toma actual y favorece que el lactante obtenga la leche con mayor facilidad.

La oxitocina inicia su acción cuando la mamá tiene prevista una mamada y cuando el lactante está succionando. Este reflejo está condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre al bebé (tocar u oler al bebé, escuchar el llanto, etc.) Es importante conocer esto, porque de acá resulta la importancia de mantener al bebé y a la mamá siempre unidos y mantener también el contacto piel a piel.

Factor inhibidor de la lactancia por retroalimentación: este polipéptido se encarga, como bien lo indica el nombre, de inhibir la lactancia en ciertas situaciones, como sucede por ejemplo, cuando el lactante está succionando uno de los pechos, este factor se encarga de inhibir la salida de leche del otro. Además, en aquellos casos en que no se realice la extracción de leche cuando la mamá ya está llena, se libera este factor deteniendo la secreción, y cuando la leche se extrae también se extrae el factor inhibidor y se reinicia la secreción de leche.

La lactogénesis, presenta 3 etapas:

ETAPA I: INICIACIÓN DE LA CAPACIDAD SECRETORA GLANDULAR EN EL

PERIODO GESTACIONAL Y POST-PARTO INMEDIATO. Durante esta etapa se desarrollan y preparan las glándulas mamarias para la producción de leche. Este desarrollo comienza aproximadamente a los 3 meses de gestación.

ETAPA II: INICIACIÓN DE LA LACTANCIA. La iniciación de esta etapa en los días siguientes al parto, va a depender de 3 factores: de la mamogénesis, de los niveles adecuados de prolactina y de la caída de las hormonas sexuales (estrógenos).

ETAPA III: GALACTOPOYESIS O MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA. Es el proceso por el cual se mantiene la producción de leche una vez establecida la lactancia. Para que esto suceda es importante tener en cuenta dos aspectos como ser: la secreción de las hormonas como la oxitocina y la prolactina, así también como la extracción de la leche.

Para que la lactancia se produzca en forma adecuada, es necesario que el bebé presente 3 reflejos muy importantes que son: reflejo de búsqueda, reflejo de succión y reflejo de deglución.

Reflejo de búsqueda: presente en el bebé a partir de la semana 32 de gestación. Se produce cuando algo toca los labios o mejillas del lactante, éste abre la boca colocando la lengua hacia abajo y hacia adelante.

Reflejo de succión: cuando algo toca el paladar, el bebé empieza a succionar.

Reflejo de deglución: cuando la boca del lactante se llena de leche, este es capaz de deglutirlo. (Paso desde la boca a la faringe y luego al esófago)

Será importante conocer todos estos reflejos, ya que tanto la lactancia durante los primeros 6 meses y luego la introducción de alimentos complementarios a partir de esta edad, va a depender de las pautas madurativas del niño, que indican de qué forma se alimentará al bebé. (ANEXO III)

En cuanto al lactante, existen diferentes signos que van a indicar si este presenta un buen agarre al pecho. Es importante tener esto en cuenta, ya que la única forma de estimular la producción de leche, así también como la bajada de la misma, es que el bebé se prenda al pecho y succione de forma correcta. (ANEXO IV)

Los signos de un buen agarre son los siguientes:

- La mayor parte de la areola y tejido subyacente se encuentran en la boca del lactante. La mamá podrá observar más areola por encima del labio superior que por debajo del labio inferior.

- La lengua del lactante se encuentra hacia adelante sobre la encía inferior, por debajo de los conductos lactíferos.
- El lactante succiona el pecho y no el pezón
- La boca del bebé se encuentra muy abierta y el labio inferior está hacia afuera.
- Las mejillas se encuentran redondeadas durante la succión.

A medida que el lactante succiona un movimiento ondular recorre la lengua desde adelante hacia atrás, presionando la tetilla contra el paladar provocando que la leche fluya hacia la boca del bebé.

Cuando el lactante se prendió en forma adecuada al pecho, este es capaz de succionar y deglutir la leche. Las succiones del niño son lentas y profundas y por lo general son seguidas de una deglución que puede ser observada o audible por la mamá. A veces el bebé puede hacer una pausa de algunos segundos que permiten que los conductos se llenen nuevamente. Finalizando la mamada por lo general la succión es más lenta, disminuye el volumen de la leche, pero esta contiene mayor cantidad de grasas que permite saciar al niño. Por lo general el niño deja el pecho espontáneamente cuando se encuentra satisfecho.

En aquellos casos en que se produzca un mal agarre del niño al pecho, serán advertidos distintos signos, como por ejemplo que solamente el niño tiene el pezón en la boca y que la lengua se encuentra hacia atrás y no puede alcanzar los conductos para presionarlos. Además las mejillas se encuentran contraídas. En algunos casos, la madre suele sentir dolor pudiendo provocar incluso lesiones en los pezones.

Señales de una alimentación suficiente y errores a la hora amamantar

Existen diferentes signos y señales, que van a ser indicadores de una alimentación suficiente dentro de los cuales podemos nombrar los siguientes:

- El lactante cambia de succión durante la mamada (al principio son lentas y profundas, en algunas ocasiones pueden hacer una pausa y continuar en forma rápida)
- Es importante que la alimentación sea a libre demanda, es decir que el bebé

sea amamantado con la frecuencia y por el tiempo que él lo requiera. La frecuencia y cantidad secretada varía entre cada individuo (entre 400 y 1200 ml/día), pero se estima que durante los primeros 6 meses la cantidad de leche es en promedio 800 ml/día.

- Se puede observar u oír cómo el niño succiona y deglute la leche.
- El bebé mantiene un aumento constante de peso. Muestra un buen tono muscular y no presenta signos de adelgazamiento.

En ciertas ocasiones, pueden presentarse diferentes situaciones que provocan que disminuya la producción láctea, y que en muchos casos pueden acabar con la lactancia antes de tiempo. Dentro de los errores más comunes podemos nombrar:

- el bebé recibe otra leche, líquido o alimento, por lo que está menos tiempo prendido al pecho, el estímulo disminuye y por tal motivo disminuye la producción láctea.
- El niño no es colocado de una manera adecuada o bien, no se advierte que presenta un mal agarre al pecho, lo que significa que puede no estar alimentándose de manera adecuada.
- Muchos niños, y sobre todo los primeros días luego del nacimiento, suelen dormir por varias horas. En estos casos, será necesario despertar al niño (sobre todo si han pasado varias horas de la última toma) para ofrecerle el pecho.
- Suele suceder en ocasiones, que suponiendo que el niño ya tomó suficiente leche o por otras cuestiones, se lo retira al niño del pecho antes de que éste se vacíe por completo. Esto puede provocar que el niño no se llene por completo, ya que en el final de cada mamada se encuentra la leche con más cantidad de grasa que es la que termina de llenar al niño.
- En muchos casos, luego de la licencia por maternidad, las madres deben volver al trabajo, y si no presentan la posibilidad de amamantar a sus hijos en esas horas, será importante que puedan extraer la leche ellas mismas con anterioridad, no solo para que el niño pueda seguir alimentándose con la leche de la mamá y no tenga que recurrir a fórmulas o a leche de vaca, sino también para que no baje la producción de leche que puede provocar congestiones mamarias o que la lactancia culmine antes de lo recomendado.

Es importante para mantener la lactancia que las madres reciban información suficiente por parte de los profesionales de la salud, y para esto también se necesita que los mismos estén informados y actualizados acerca de la lactancia para poder transmitir esa información en forma adecuada, evaluando también cada caso y explicando de forma que todas las madres puedan entender cómo alimentar al bebé, las formas correctas de amamantamiento y la importancia que tiene que solo sea alimentado con leche materna. (ANEXO V)

En enero del 2015, el Poder Ejecutivo reglamentó y puso en vigencia la Ley Nacional N°26.873 de promoción y concientización pública sobre la lactancia materna, que además de establecer las normas sobre promoción de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuada hasta los 2 años, e incorporación de alimentos complementarios, adecuados y oportunos a partir de los 6 meses, también promueve la difusión y accesibilidad a la información. Para lograr estos objetivos, la Ley promueve la capacitación del personal de salud y diferentes iniciativas.

En nuestro país, en 1992, surge una estrategia impulsada por OMS y UNICEF, conocida como “Hospitales amigos de la madre y del niño”, que implementando una serie de acciones, se proteja y promueva adecuadamente la lactancia materna durante el proceso de embarazo, parto y cuidado del recién nacido. Esto, tiene como finalidad maximizar las oportunidades de que los niños que nacen en estos hospitales inicien la lactancia y sean dados de alta con la lactancia materna exclusiva, lo cual protegerá la salud del niño a corto y largo plazo.

Composición de la leche materna

Grasas: tiene aproximadamente 3,5g de grasa cada 100 ml. Contiene ácidos grasos polinsaturados muy importantes para el desarrollo neurológico del niño.

La grasa es secretada en pequeñas gotas, y su cantidad aumenta a lo largo de cada mamada, por lo que es importante no sacar rápidamente al bebé del pecho sino dejarlo hasta que esté saciado, ya que al final de la mamada, va a adquirir la mayor parte de la grasa y energía de la leche. También es mayor la cantidad de grasa presente por la mañana que por la noche.

Hidratos de carbono: Los principales hidratos que aporta la leche materna son la lactosa y los Oligosacáridos. Estos últimos brindan una importante protección contra infecciones.

Proteínas: La proteína de la leche materna contiene un equilibrio de aminoácidos que hace que sea mejor aceptada y digerida que las proteínas contenidas en cualquier leche animal. La leche materna, presenta 2 grupos de proteínas: la caseína y las proteínas del suero.

Los productos que se forman de la digestión de la caseína, estimulan el sistema inmune del bebé.

Las proteínas del suero, donde la lactoalbúmina es la que se encuentra en mayor proporción, aportan al lactante una proporción adecuada de aminoácidos (como el triptófano y cistina) que se encuentran en forma limitada en otras leches.

Vitaminas y minerales: La leche materna contiene suficiente vitaminas para el lactante, a excepción de la vitamina D, por lo que el bebé deberá ser expuesto a la luz solar para generar vitamina en forma endógena.

Con respecto a los minerales, el hierro y zinc se encuentran en bajas cantidades, pero la biodisponibilidad es más elevada que en otras leches, por tal motivo, aquellos niños que nacieron a término y tienen adecuadas reservas de hierro, no necesitarán suplemento.

Agua: la leche materna aporta todo el agua que el bebé necesita, por tal motivo se mantendrá bien hidratado, y no será necesario que ingiera líquidos aparte.

Factores antiinfecciosos: - Inmunoglobulinas: recubren la mucosa intestinal y evita que las bacterias ingresen a las células.

- ✓ Glóbulos blancos: destruyen microorganismos
- ✓ Lisozima y transferrinas (proteínas): destruyen bacterias, virus y hongos.
- ✓ Oligosacáridos: evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de la mucosa.

En casos donde el bebé no pueda tomar la leche directamente del pecho y esta se extraiga para alimentarlo, se puede realizar a través de mamaderas o cucharitas. Será importante tener en cuenta la conservación de la leche extraída, para evitar que esta se contamine con microorganismos que pueden resultar perjudiciales para el bebé. Por lo tanto tendremos en cuenta que la leche a temperatura ambiente (26°C) se conserva alrededor de 12 hs, en la heladera puede conservarse 3 días, en el congelador 3 meses, mientras que en el freezer puede mantenerse hasta 1 año.

Beneficios de la lactancia materna

Como ya se comentó con anterioridad, la lactancia materna ofrece innumerables beneficios no solo para la madre y el niño, sino también para toda la sociedad. Existen ventajas inmunológicas, nutricionales, económicas y beneficios en desarrollo psicosocial del niño

Alguna de las ventajas que presenta la lactancia materna en comparación son las siguientes.

Para la madre:

- Favorece el restablecimiento del vínculo madre-hijo
- Refuerza la autoestima
- Menor sangrado posparto
- Menor riesgo subsiguiente de padecer anemias
- Mayor espaciamiento entre embarazos porque posterga la primera ovulación postparto
- Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico
- Menor depresión postparto
- Mayor practicidad para la alimentación nocturna, viajes, fuera del hogar, etc.
- Involución uterina más rápida.
- Recuperación del peso previo a la gestación más rápida.

Para el bebé:

- La leche llega en forma estéril y a temperatura ideal.
- Mejor adaptación gastrointestinal.
- Favorece la instalación de una flora intestinal adecuada que impide la proliferación de bacterias patógenas.
- Menor incidencia de procesos infecciosos: gastrointestinales otitis media, respiratorios, infección urinaria, sepsis y meningitis bacteriana.
- Menor tasa de hospitalización por infecciones respiratorias de vías bajas.
- Reducción del riesgo de enfermedades crónicas: asma, dermatitis atópica, enfermedad celíaca, obesidad, diabetes, enfermedad de Crohn, leucemia.
- Menor incidencia de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial e hipercolesterolemia.
- Mejora el desarrollo psicomotor, emocional y social
- Desarrollo de una personalidad más segura e independiente
- Proporciona una nutrición óptima, importante para el crecimiento y desarrollo.
- Menor incidencia de desnutrición infantil
- Disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante
- Menor incidencia de problemas dentales

Para la familia:

- Mejor desarrollo de la familia como célula social.
- Menor gasto en medicamentos
- Menor ausentismo laboral por enfermedades de los hijos
- Mejor atención de los niños pequeños por mayor espaciamiento entre embarazos.

Para la sociedad:

- Perspectiva de una sociedad más sana en el futuro
- Mayor bienestar por sentimientos de competencia familiar para la crianza de los hijos
- Menor gasto de atención en patologías y posibilidad de reorientar fondos de Salud Pública hacia la prevención
- Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral de los padres
- Disminución de la morbimortalidad infantil
- Menor gasto por adquisición de leches artificiales, tetinas y mamaderas.

Diferencias entre la leche materna, fórmulas infantiles y leche de vaca.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el alimento por excelencia durante por lo menos los primeros 6 meses de vida, es la leche materna. Sin embargo, existen diversas situaciones, que hacen que el bebé no pueda ser amamantado, ya sea por decisión de los propios padres, por recomendaciones médicas, o por falta de información ofrecida a los padres sobre la lactancia, que hacen que esta no se realice en forma correcta. En todos estos casos, se suelen utilizar para alimentar al bebé fórmulas infantiles o leche (generalmente de vaca).

Cuando esto sucede, la primera opción a la que se suele recurrir, es al uso de fórmulas infantiles, ya que si bien no aportan la misma calidad o cantidad de nutrientes que la leche materna, está modificada y adicionada para que sea lo más parecida posible. Sin embargo, no va a aportar factores antiinfecciosos como ocurre con la leche materna, por lo que estos niños, pueden presentar mayor riesgo de infecciones y alergias. Estas leches suelen ser muy caras y no estar disponibles para toda la población.

En otras ocasiones, suele utilizarse leche de vaca, por lo general en polvo, diluida y adicionada con azúcar. En este caso, la leche contará con múltiples deficiencias y sus nutrientes se encuentran dispuestos de una manera menos digerible para el bebé.

Fórmulas infantiles: Un niño que no es alimentado con leche materna, deberá consumir leches modificadas apropiadas para su edad ya que en caso contrario aumenta el riesgo del niño de presentar anemia, que exista una deficiencia de nutrientes en cuanto a calidad o cantidad.

Según el código alimentario las fórmulas o sucedáneos de la leche materna, son especialmente fabricados para satisfacer por sí solos, las necesidades nutricionales del lactante durante los primeros meses de vida, hasta la introducción de una alimentación complementaria apropiada. Estas fórmulas pretenden asemejarse lo más posible a la leche materna, y generalmente están formuladas a partir de leche de vaca con múltiples modificaciones y adición de nutrientes. Para casos especiales, también existen leches formuladas a partir de derivados de la soja. La selección de

la fórmula dependerá de la edad del niño, el estado nutricional, los requerimientos nutricionales, funcionalidad del aparato digestivo, patologías asociadas y costo.

La utilización de Fórmulas debe estar prescrita por un médico, y será la primera opción a utilizar en caso que por alguna razón no se pueda amamantar al bebé, o la madre no pueda extraerse la leche.

Entre los distintos tipos de fórmulas ofrecidas podemos encontrar:

- ✓ **FÓRMULAS DE INICIO A BASE DE LECHE DE VACA:** son fórmulas poliméricas basadas en proteína de leche de vaca de base intacta. Indicada para aquellos niños menores de 6 meses que no sean o no puedan ser amamantados.
- ✓ **FÓRMULAS PARA LACTANTES DE BAJO PESO:** Son fórmulas específicas con mayor contenido calórico, proteico con fósforo y vitaminas A y D. Están indicadas en aquellos niños nacidos prematuros con edad corregida a los 6 meses que no sean amamantados; prematuros con menos de 1000 g al nacer; prematuro con ascenso de peso insuficiente.
- ✓ **FÓRMULAS SIN LACTOSA:** La lactosa es sustituida por otro carbohidrato, generalmente la maltodextrina. Indicada para aquellos niños diagnosticados con intolerancia a la lactosa.
- ✓ **FÓRMULAS A BASE DE SOJA:** Están formuladas con aislado de proteína de soja. No contienen lactosa y están indicadas para niños con galactosemia; lactantes o mayores de 6 meses que presenten diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca, o hijos de padres vegetarianos que no pueden ser amamantados y no desean ofrecer alimentos que tengan leche de vaca en su composición.

Como se puede observar, todas estas fórmulas están indicadas para situaciones específicas y sólo en casos que no pueda ser amamantado, aunque hoy en día, muchos son los casos en los que se indican este tipo de fórmulas ya sea con la causa de promocionar productos o laboratorios obteniendo beneficios personales, así también por falta de información de las madres que abandonan la lactancia antes de tiempo teniendo que recurrir a este tipo de fórmulas.

Leche de vaca: Este alimento tiene múltiples deficiencias con respecto a la leche

materna, por lo cual, solo se recomienda su uso en aquellos casos en que la opciones anteriores por algún motivo no puedan utilizarse.

La leche de vaca, además de no contener factores antiinfecciosos muy importantes para el bebé, posee mayor cantidad de proteínas, siendo éstas difíciles de digerir, además presenta deficiencia de otros nutrientes importantes como son ciertas vitaminas (A y C), ácidos grasos esenciales importantes para el desarrollo neurológico del niño y además, si bien el hierro se encuentra en proporciones similares a la leche materna, este se encuentra menos biodisponible, por lo que estos niños serán más propensos a presentar una deficiencia de hierro e incluso llegar a una anemia.

En aquellos casos en los que se utilice esta leche, se deberá ofrecer diluida, con azúcar y en algunos casos también puede agregarse aceite. Tanto el porcentaje de dilución como el agregado de azúcar y aceite, dependerá de la edad del niño:

<p><u>Niños de 0 a 6 meses:</u></p> <p>Leche de vaca entera diluida al 50% con 7% de azúcar. Leche de vaca entera diluida al 50% con 5% de azúcar y 2% de aceite.</p>
<p><u>Niños de 6 meses a 1 año:</u></p> <p>Leche de vaca entera diluida $\frac{2}{3}$ con 5% de azúcar.</p>
<p><u>Niños mayores de 1 año.</u></p> <p>Leche de vaca entera sin diluir.</p>

Resumen de las diferencias entre las distintas leches.

	LECHE HUMANA	LECHE DE VACA	LECHE ARTIFICIAL
Contaminante bacteriano	Ninguno	Probable	Probable al mezclarla
Factores antiinfecciosos	Presentes	No presentes	No presentes
Factores de crecimiento	Presentes	No presentes	No presentes

Proteínas	Cantidad adecuada y fáciles de digerir	Demasiada. Difíciles de digerir	Parcialmente corregidas
Grasas	Cantidades adecuadas de ácidos grasos esenciales y lipasa para su absorción	Faltan ácidos grasos esenciales y no tiene lipasa.	Faltan ácidos grasos esenciales y no tiene lipasa.
Hierro	Pequeña cantidad de biodisponibilidad alta	Pequeña cantidad, menor absorción	Cantidad extra añadida. No se absorbe bien.
Vitaminas	Suficientes	Insuficiente vitamina A y C	Se añaden vitaminas
Agua	Suficiente	Se necesita agua extra	Puede necesitar agua extra.

*OMS-OPS-UNICEF. Consejería sobre lactancia materna.

Causas de abandono de la leche materna

Como se mencionó con anterioridad, la leche materna es el alimento por excelencia en los niños pequeños, ya que contiene los nutrientes y sustancias inmunológicas necesarias en los primeros años de vida, además de los múltiples beneficios, no solo nutricionales, sino también psicoafectivos que provoca el acto de mamar.

Muchos organismos, tanto nacionales como internacionales, coinciden en que la lactancia debe ser exclusiva hasta los 6 meses y luego podrá seguir hasta los 2 años, complementándola con otros alimentos. Sin embargo, en muchas ocasiones la lactancia suele ser abandonada en forma precoz, pudiendo tener su abandono diferentes causas que pueden estar relacionadas con la falta de información de los profesionales hacia las madres, por voluntad propia de las madres que deciden no lactar muchas veces basadas en mitos y creencias erróneas acerca de la lactancia,

o bien, por la promoción y comercialización de leches comerciales, que hacen que muchos profesionales recomiendan el uso de las mismas.

Suele ocurrir, que cualquier llanto del niño se interpreta como que “pasa hambre”, “no se tiene suficiente leche”, y se le añaden fórmulas para complementar la leche materna, que a larga traen como consecuencia la disminución del número de veces que lacta el niño, y así disminuye la producción de leche. La administración de bebidas azucaradas, infusiones u otros líquidos en la mamadera, así también como la introducción temprana (antes de los 6 meses) de otros alimentos distintos a la leche materna, puede ser una de las causas de abandono de la lactancia.

En Argentina, los resultados del Estudio Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) realizado durante los años 2004-2005, indican que dentro de las causas por las cuales las madres no iniciaron la lactancia fueron las siguientes: “me quedé sin leche” 38%, “me enfermé” 18%, “problemas de pezón” 14%, “el bebé no se prendió” 9%, “el bebé se enfermó” 6%, “me lo indicó el médico” 4%.

Además, en el estudio antes mencionado, se evaluaron las razones y la edad de abandono de lactancia materna encontrando como las razones más comunes: “me quede sin leche” siendo esta la razón de abandono más común entre los 0-3 meses, “el niño dejó solo” es el motivo mayormente encontrado entre los 7 y los 9 meses y “tuve que salir a trabajar” razón encontrada prioritariamente entre los 4-6 meses. Entre otras respuestas que dieron las madres, se puede mencionar: “recomendación médica” principalmente en niños de entre 19-24 meses, al igual que “el bebé no aumentaba de peso”, y “por decisión materna”, entre otras.

Está claro que en mucho de estos casos, la lactancia es posible, sólo que por falta de información de cómo ofrecer el pecho al bebé o de cómo lograr que este se prenda al pecho, así también como intereses comerciales por parte de los profesionales para promocionar fórmulas infantiles, esta no se realiza o se realiza en forma incorrecta.

Como se explicó anteriormente, la única manera de estimular y mantener la bajada de la leche para que el bebé pueda alimentarse, es prendiendo al bebé al pecho y, en los casos en que por alguna cuestión deba interrumpirse la lactancia, extraer la leche para evitar que disminuya la producción de la misma, y luego el bebé pueda volver a lactar.

Según OMS/UNICEF, existen 10 pasos a seguir para lograr una lactancia exitosa:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud, de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Contraindicaciones para amamantar

Existen diversas situaciones, tanto las que respecta a la madre como al niño, en las cuales no está recomendado amamantar. Dentro de estas contraindicaciones, podemos mencionar aquellas en las que la situación debe ser en forma completa y permanente, como aquellos casos en que la lactancia será contraindicada hasta que se resuelva el problema, y luego se podrá continuar con la misma, siendo estos casos, una contraindicación parcial. Así podemos mencionar:

Situaciones del niño:

- ✓ **Galactosemia:** El niño presenta una deficiencia de la enzima que metaboliza galactosa, por tal motivo la contraindicación será total y permanente.

- ✓ Fenilcetonuria: la contraindicación es parcial, ya que la leche materna contiene niveles muy bajos de fenilalanina. En estos casos se puede ofrecer leche materna pero complementándola con fórmulas especiales libres de este aminoácido.
- ✓ Lesiones orales del niño por herpes: en este caso la contraindicación es transitoria, ya que mientras el niño presente las lesiones, no se podrá ofrecer el pecho por riesgo de contagio a la madre. Igualmente, la mamá podrá extraer la leche y dársela al niño con mamadera o cucharita.

Situaciones maternas:

- ✓ VIH +: el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede pasar a través de la leche y contagiar al niño.
- ✓ Cáncer: la lactancia dependerá del estado general y del tipo de tratamiento que esté recibiendo la madre, ya que las drogas del tratamiento quimioterápico pasan por la leche y pueden perjudicar al niño.
- ✓ Lesión mamaria por herpes: suele ser una contraindicación transitoria para evitar el contagio del niño.
- ✓ Tuberculosis: puede ser una contraindicación transitoria, pero no a la leche materna, sino al contacto de la madre con el bebé. Se deberá mantener al niño alejado de las vías respiratorias de la mamá.
- ✓ Enfermedad neurológica grave: es una contraindicación relativa, ya que va a depender del estado de la madre por riesgos de caídas, o imposibilidad física de la madre.

Mitos sobre lactancia

Durante toda la vida, han existido mitos y creencias acerca de la lactancia que, en muchos casos, son los causantes del abandono temprano de la lactancia. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

MITOS	REALIDAD
Las mujeres con pechos pequeños producen menos leche o no pueden	El tamaño de los pechos no influye en la lactancia.

<p>amamantar</p> <p>No todas las mujeres producen leche de buena calidad</p> <p>No todas las mujeres producen suficiente cantidad de leche para satisfacer al bebé.</p> <p>La madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia</p> <p>Si la madre está asustada o enojada no debe dar de lactar.</p> <p>Si las madres están embarazadas, deben dejar de lactar</p> <p>Si la madre está enferma o tomando medicación no podrá dar de lactar.</p> <p>Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver a amamantar. El calostro deberá ser desechado</p> <p>Se debe dejar de amamantar cuando el niño comienza a caminar.</p>	<p>Todas las mujeres producen leche en cantidad y calidad suficiente, ya que la lactancia está regida por la ley de la oferta y la demanda.</p> <p>Si bien en todo el proceso de gestación y lactancia la mamá debe tener una dieta balanceada, no hay alimentos que aumenten o disminuyan la producción de leche. A mayor succión corresponde una mayor producción de leche.</p> <p>Si bien el estrés o miedo extremo puede aletargar el flujo de leche, esto es una respuesta temporal del organismo ante la ansiedad.</p> <p>Aun estando embarazada la mamá puede dar de lactar, la calidad y cantidad de la leche no cambia.</p> <p>En casos que sean enfermedades leves como resfríos, gripe o tos la madre podrá seguir amamantando evitando acercarse demasiado y manteniendo las manos limpias para evitar contagio.</p> <p>Con apoyo y técnicas adecuadas se puede volver a amamantar</p> <p>Es muy importante que los niños reciban el calostro porque contiene nutrientes y anticuerpos que fortalecen el sistema inmune del bebé.</p> <p>Se recomienda que la lactancia materna sea exclusiva hasta los 6 meses y a partir</p>
--	--

<p>Los bebés necesitan consumir otras bebidas diferentes a la leche materna para saciar la sed.</p>	<p>de esta edad complementarla con otros alimentos.</p> <p>La leche materna está compuesta por n 90% de agua, por tal motivo, los primeros 6 meses, la hidratación será suficiente a través de la leche materna. A partir de que se incorporan otros alimentos, se pueden incorporar líquidos.</p>
<p>Siempre hay que dar ambos pechos al niño en cada toma</p>	<p>Es más importante dejar que el niño termine de tomar toda la leche de un pecho y luego recién ofrecer el otro aunque este lo rechace. De esta manera, el niño recibirá la leche del final que es la que contiene más grasa y quedará satisfecho. En caso de ofrecer el otro pecho y es rechazado, en la próxima toma se ofrecerá el pecho del lado que no mamó.</p>
<p>Hay que espaciar al menos 3 hs entre cada toma para esperar que se llenen los pechos.</p>	<p>El cuerpo de una madre lactante siempre está produciendo leche. Cuanto más vacío esté el pecho, más rápido trabajará el organismo para reabastecerlo.</p>

Estos son solo algunos de los mitos que existen con respecto a la lactancia, por lo que será necesario brindar la información a las madres, en lo posible antes de que nazca el bebé para fomentar la lactancia en forma adecuada desde el nacimiento.

Alimentación complementaria

Una vez transcurridos los primeros 6 meses de vida del bebé donde la alimentación se basa única y exclusivamente en la leche materna, se deberá

empezar a incorporar otros alimentos para complementarla, porque es en esta edad donde aumentan los requerimientos del niño y la leche materna por sí sola resulta insuficiente para cubrirlos. Cuando no se incorporan energía y nutrientes en las cantidades adecuadas puede verse afectado el crecimiento y desarrollo del niño.

La incorporación de nuevos alimentos debe hacerse siguiendo una progresión, tanto en consistencia como en grupo de alimentos.

Incorporar alimentos nuevos no resulta una tarea fácil para la madre o cuidador, ya que los niños tienen que adaptarse a los nuevos alimentos y muchas veces son rechazados, por lo que será importante en estos casos explicar esta situación para que las madres sigan ofreciendo ese alimento al niño en otras ocasiones, aunque la primera fuera rechazada.

Si bien los alimentos empiezan a incorporarse a partir de los 6 meses, será importante que estos sean un complemento de la lactancia y no que la reemplacen. La leche materna aporta el 50% de la energía y nutrientes que necesitan los niños a partir de los 6 meses y un tercio durante el segundo año de vida, además de aportar nutrientes de mayor calidad que cualquier alimento, así como factores infecciosos.

Los principales problemas alimentarios que existen en los niños, se inician a los 6 meses, no solo por la incorporación de alimentos, sino también por la formación de hábitos que en muchos casos seguirán el patrón de sus adultos. Por tal motivo será necesario indicar hábitos saludables y las formas correctas de alimentar al bebé para no cometer errores que pueden ser perjudiciales para el crecimiento y desarrollo del bebé como para su salud en la vida adulta.

Definición

La alimentación complementaria puede definirse como el periodo durante el cual otros alimentos o líquidos son incorporados junto con leche materna.

De acuerdo a la edad de introducción de alimentos, se puede considerar a la alimentación complementaria como:

- ✓ **OPORTUNA:** Se inicia la introducción de alimentos sólidos o líquidos a partir de los 6 meses con el fin de complementar la lactancia.
- ✓ **TEMPRANA:** La introducción de alimentos o líquidos se inicia entre los 4 y 6 meses

- ✓ **MUY TEMPRANA:** Introducción de alimentos complementarios realizada antes del 4to mes de vida.
- ✓ **TARDÍA:** Proporción de niños de entre 6 y 10 meses que no recibieron ningún alimento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece 10 principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, los cuales establecen estándares para el desarrollo de recomendaciones locales sobre la alimentación complementaria, donde guían sobre los comportamientos deseables, recomendaciones sobre la calidad, cantidad, frecuencia, densidad energética y contenido de nutrientes. (ANEXOS VI)

El inicio de la alimentación complementaria responde a una variedad de factores funcionales, nutricionales, educacionales y socioeconómicos.

Desde el punto de vista nutricional, a partir de los 6 meses, la lactancia materna por si sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades de energía y nutrientes que necesita el niño para crecer y desarrollarse, por lo cual es fundamental la incorporación de alimentos complementarios.

Dentro de los factores funcionales de interés a la hora de incorporar los alimentos, podemos mencionar que a partir de los 4 meses, ya se encuentran desarrollados suficientemente la función gastrointestinal como la renal, por lo que el niño ya es capaz de metabolizar alimentos diferentes a la leche materna, y con distinta carga osmolar, a partir de los 6 meses, el niño adquiere actividades motoras que le permiten sentarse, recibir los alimentos con cuchara, logrando la masticación y deglución a partir de los 7-8 meses.

Entre los factores educacionales, podemos mencionar, que a través del ofrecimiento al lactante de nuevos alimentos, se enseña al niño la masticación y la deglución así como a conocer y descubrir nuevas texturas, consistencias y sabores. Se estimula la capacidad de autorregulación de la ingesta.

La incorporación al trabajo de las madres, el nivel adquisitivo de los padres, son algunos de los factores socioeconómicos que influyen tanto en la composición como en el inicio de la alimentación.

Para lograr una alimentación complementaria adecuada, será importante tener en cuenta 3 aspectos básicos: Cuando incorporar los alimentos, que deben aportar y cómo se implementa.

Con respecto a **cuándo incorporar los alimentos**, se tendrá en cuenta que a partir de los 6 meses, el lactante suele duplicar su peso y además se torna más activo, por lo que los nutrientes y energía de la leche materna no serán suficientes para cubrir con los requerimientos. En esta etapa, el niño ya se mantiene erguido, aparecen los primeros dientes, empiezan los movimientos masticatorios verticales y deglución de alimentos de consistencia semisólida. Es en ese entonces donde se hace necesario incorporar nuevos alimentos que la complementen. A su vez, sus órganos y sistemas ya han alcanzado el grado de desarrollo suficiente, para tolerar la incorporación de ciertos nutrientes y alimentos.

Al ofrecer alimentos al bebé, será importante mantener buenas prácticas de higiene y manejo de los mismos, para evitar contaminación con microorganismos que pueden ser perjudiciales para el bebé.

Tanto la alimentación complementaria temprana, como la tardía, pueden tener consecuencias para el bebé, que se resumen en el siguiente cuadro:

INICIO PRECOZ	INICIO TARDÍO
Disminución del consumo de leche materna por el consumo de alimentos menos nutritivos.	Fallo del crecimiento y desnutrición por insuficiente aporte para la edad de la leche materna en cuanto energía y nutrientes
Incapacidad del niño para digerir algunos alimentos	Anemias carenciales por deficiencias de hierro y zinc.
Exposición precoz a patógenos potencialmente contaminantes en algunos alimentos	Retraso en el desarrollo de habilidades orales, como la masticación y capacidad de aceptar nuevos sabores y texturas.
Exposición temprana a alimentos alérgenos para algunos niños.	

Teniendo en cuenta **que es lo que deben aportar los alimentos**, en cuanto a la energía, deberá aportarse según los requerimientos determinados para la edad.

REQUERIMIENTO MENORES DE 2 AÑOS

Edad del niño (meses)	Requerimiento energético (Kcal)
6-8	615
9-11	686
12-23	894

*Requerimiento diario de energía según la OMS/OPS para niños sanos amamantados.

Así podemos indicar que en niños de 6-8 meses se necesitan 200 kcal adicionales a la de la leche materna para cubrir los requerimientos, entre los 9-11 meses 300 kcal adicionales y entre los 12-23 meses, 550 kcal adicionales.

Para que la alimentación complementaria sea exitosa, es necesario no solo tener en cuenta cuales son los nutrientes y alimentos adecuados, sino también tener en cuenta la disponibilidad de alimentos, situación económica y pautas culturales de la familia, para saber cuáles son aquellos alimentos que podrán ser incorporados.

Algunas de las características a tener en cuenta a la hora de incorporar los alimentos es la densidad calórica, es decir, la cantidad de energía (Kcal) que se aporta por gramo de alimento y la frecuencia con la que se alimenta al niño. Así, a menor número de comidas, se deberá aumentar la energía que aporta (mayor densidad calórica) o a menor densidad energética, se deberá aumentar la frecuencia de consumo para lograr que se aporten tanto los requerimientos energéticos como de nutrientes.

Al comienzo de la alimentación complementaria, suele ser dificultoso lograr cubrir los requerimientos, principalmente porque los alimentos ofrecidos como sopas, caldos, jugos o purés presentan baja densidad de nutrientes y escaso valor nutricional.

Con respecto al aporte de **proteínas**, del total de kcal, el 9% deberán ser proteínas en niños 6 meses a 1 año y luego de esta edad el porcentaje deberá ser de un 5-6% de las kcal totales. Se tendrá en cuenta que las proteínas vegetales son deficientes en varios aminoácidos esenciales (como lisina, treonina y metionina) por lo que deberán representar el 45% del total.

La cantidad de **grasa** a aportar corresponde a un 40% de las kcal totales. El aporte de grasa en los niños es importante para el desarrollo neurológico, y para lograr una adecuada composición corporal. Si bien se conoce la mayor calidad de nutrientes que aportan los aceites vegetales con respecto a las grasas animales, no es recomendable durante los primeros 2 años la restricción de ningún tipo de grasa, ya que puede tener consecuencias en el crecimiento en desarrollo y crecimiento del niño.

Los **hidratos de carbono** a aportar serán aquellos complejos, contenidos en frutas, hortalizas, tubérculos, cereales y legumbres, evitando el consumo excesivo de azúcares y dulces para no generar hábitos inadecuados y aumento excesivo de peso.

Además deberá tenerse en cuenta, que durante estos dos años no deberá incrementarse el aporte de **fibra**, ya que puede interferir en la absorción de ciertos nutrientes. Además la fibra aumenta el volumen de la dieta, disminuyendo la densidad energética.

Uno de los nutrientes más deficitario en los niños es el hierro, por tal motivo se deberá asegurar un correcto aporte para evitar déficit que pueden concluir en anemia. Para prevenir esta situación será importante la administración a partir de los alimentos de una cantidad adecuada de hierro (tanto el HEMÍNICO presente principalmente en alimentos de origen animal, como NO HEMÍNICO, presente en alimentos de origen vegetal) así como también incorporar aquellos factores que facilitan aumentan su biodisponibilidad, como por ejemplo la vitamina C, y evitando aquellas sustancias que limitan la absorción como el té, el mate o el café. Se recomienda continuar con la lactancia materna, implementar alimentos fortificados, así como suplementación medicamentosa a partir del 4to mes.

En lo que respecta a **cómo incorporar los alimentos**, se tendrá en cuenta una progresión en cuanto a texturas, cantidades y grupos de alimentos, teniendo en

cuenta las pautas madurativas del bebé y la adaptación a la incorporación de nuevos alimentos.

En el siguiente cuadro desarrollado por la OMS junto con la OPS y UNICEF en las Guías para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño, se indica en forma sintética la calidad, cantidad y frecuencia de alimentos para niños de 6 a 23 meses.

Edad	Energía aportada/día además de la leche materna	Textura	Frecuencia	Cantidad de alimento que consumiría un niño “promedio” en cada comida
6-8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas o alimentos bien pisados. Continuar con los alimentos de la familia bien aplastados.	2-3 comidas por día (dependiendo del apetito se pueden incorporar 1-2 meriendas)	Comenzar con 2 o 3 cucharadas por comida e incrementar gradualmente a ½ taza (de 250ml)
9-11 meses	300 kcal / día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano.	3-4 comidas por día (dependiendo del apetito se pueden incorporar 1-2 meriendas)	½ taza o plato de 250ml
12 – 23 meses	550 Kcal / día	Alimentos de la familia aplastados o si es necesario picados	3-4 comidas por día (dependiendo del apetito se pueden incorporar 1-2 meriendas)*	¾ a 1 taza o plato de 250 ml.

*Las meriendas se definen según la OMS como aquellos alimentos que son consumidos entre las comidas

principales y frecuentemente el niño emplea sus manos para comerlas.

Si bien esta es una guía rápida que indica cantidades aproximadas de alimentos a ofrecer por día, se deberá tener en cuenta cada caso en particular, ya que también dependerá de las señales de hambre y apetito que presente el niño y de su capacidad gástrica (generalmente es de 30 ml/ kg de peso).

Alimentos y consistencias a incorporar entre los 6-7 meses:

Las texturas a ofrecer serán suaves, sin grumos de consistencia líquida o puré. Para comenzar se pueden ofrecer una vez al día, algunas cucharadas de papillas. Dentro de los alimentos a incorporar (siempre en forma de papilla) podemos encontrar:

- **Cereales:** Arroz (bien cocido y pisado), fécula de maíz, harina de maíz, sémola. Los alimentos como fideos finos o avena, podrán incorporarse en esta etapa, siempre y cuando el bebé esté siendo amamantado y no tenga antecedentes de celiaquía.

Los cereales aportan principalmente carbohidratos como almidón y polisacáridos, además de vitaminas y minerales y en algunos casos son suplementados con hierro.

- **Hortalizas** (cocidas y pisadas): Se comenzará con papa, batata, calabaza, zapallo, zanahoria. A partir de los 7 meses se podrá ofrecer acelga y espinaca (sin pencas).

Se deberá ofrecer las hortalizas sin cáscara para evitar un aporte de fibra excesivo que puede acarrear la disminución de absorción de nutrientes.

Será importante preparar las papillas con leche materna o con fórmulas infantiles de continuación, y también se podrá adicionar una cucharadita de aceite o manteca para aumentar así el valor energético de la papilla.

Una semana después de iniciar la alimentación complementaria, se podrá ofrecer:

- **Carnes de vaca, pollo (sin piel), cerdo, conejo:** Siempre bien picadas o trituradas y magras. Una vez por semana se podrá reemplazar por hígado molido o morcilla picada sin la piel.

- **Salsas blancas, ricota o queso blandos:** Pueden utilizarse para enriquecer papillas.
- **Frutas:** En primer lugar se incorporan manzana o banana. A partir del séptimo mes, ya se podrán incorporar pera, durazno, damasco, ciruela, higo o melón. Se ofrecerán rayadas, licuadas, en forma de puré o jugos frescos (en pequeñas cantidades para evitar que se reemplace el consumo de estos jugos por la leche materna o por otros alimentos más nutritivos).
- Será importante, al comienzo de la alimentación complementaria, aumentar la ingesta hídrica, ya que la leche materna no será suficiente. Lo ideal es utilizar agua hervida, mineral, jugos de frutas naturales colados y diluidos con agua. No está recomendado el agregado de azúcares.

Si bien se puede realizar infinidad de preparaciones y combinaciones, lo ideal es ofrecer al niño un alimento por vez para que vaya conociendo los sabores individuales y para poder reconocer posibles alergias o intolerancias.

Al comenzar con la alimentación, es conveniente ofrecer el alimento por varios días para que el niño se habitúe a su sabor. Éste, es un proceso de aprendizaje tanto para el bebé como para la mamá, por lo que se deberá informar a la madre para evitar frustraciones, que cada niño tiene su tiempo y tiene que ser respetado.

Alimentos y consistencias a incorporar entre los 7-8 meses:

Además de todos los alimentos incorporados con anterioridad se van a incorporar:

- **Cereales:** Papillas con harinas, sémolas, fideos finos, avena arrollada, cebada.
- **Vegetales:** Zapallito (sin semillas y sin piel) chauchas (sin hilos ni porotos).
- **Huevo:** Solo la yema (cocida y bien pisada)
- **Legumbres:** Bien cocidas, pisadas y sin piel (arvejas, lentejas, garbanzos, habas, etc.)
- **Yogurt entero**
- **Quesos:** blandos frescos
- **Pan, galletitas simples, vainillas.**
- **Postres con leche (materna o fórmula de continuación):** flanes, cremas de maicena, arroz con leche, sémola con leche.

La cantidad aproximada que debería consumir un niño de esta edad, es ½ plato tipo postre. Esto dependerá principalmente de cada niño y de su apetito. No se deberá forzar al niño, ya que ellos regulan de manera natural la cantidad que necesitan.

Es importante dejar que el niño use sus manos para alimentarse para que conozca las diferentes texturas y consistencias

Alimentos y consistencias a incorporar desde los 9 meses hasta el año:

Además de todo lo anterior se incorporarán:

- **Frutas:** Cítricos (mandarina, naranja, pomelo) frutilla y frambuesa (Siempre y cuando no haya antecedentes de alergia). Siempre se ofrecerán bien lavadas y peladas. Procesada o en trozos.
- **Vegetales:** Tomate (sin piel ni semillas), choclo (rallado o triturado), remolacha, brócoli, coliflor, cebolla, lechuga, pepino, puerro, repollo. Pueden ofrecerse en preparaciones como budines, ensaladas o en trozos.

- **Pescados:** Sin espinas
- **Huevo:** Entero, bien cocido, picado, en preparaciones como budines, tortillas o rellenos.
- **Pastas rellenas**
- **Dulces:** Jaleas, mermeladas y dulces compactos (batata o membrillo)
- **Quesos:** tipo postre y de rallar.

Se recomienda ofrecer en el mismo plato carne con hortalizas, pastas o arroz y acompañarlo con fruta o postre de leche.

El azúcar es fuente de energía pero carece de otros nutrientes, puede dañar los dientes y su abuso conducir al sobrepeso u obesidad. Por tal motivo su consumo deberá ser evitado, o utilizarlo en pequeñas cantidades, tanto para no acostumbrar al niño a los sabores dulces, así como para evitar que el niño se llene y no consuma otros alimentos nutritivos.

No es necesario adicionar con sal las comidas, ya que los alimentos naturales contienen suficiente sodio para cubrir los requerimientos y no es conveniente acostumbrar a los pequeños a los sabores salados. Además existen alimentos con alto contenido de sodio (como caldos, productos de copetín, enlatados, fiambres,

encurtidos, salchichas, hamburguesas, etc.) que no serán recomendados consumir en esta edad, para evitar instalar hábitos no saludables que pueden tener consecuencias en la vida adulta.

Se van a evitar (hasta después de año) todos aquellos alimentos que al consumirlos pueden bloquear la tráquea y producir asfixia, como por ejemplo trozos grandes de alimento, espinas, huesos, semillas, cuerpos esféricos (arvejas, garbanzos, porotos, uvas, choclo, maní, etc.), como así también las nueces y caramelos duros, entre otros.

No solo es importante conocer de qué manera realizar la alimentación complementaria en cuanto a progresión, cantidad y calidad de nutrientes a incorporar, sino que se debe tener muy en cuenta los aspectos psicológicos y perceptivos que se tornan con respecto a la alimentación.

Por tal motivo, también cobra importancia: quién alimenta al niño, cuando y donde lo alimenta. El niño deberá tener su propio plato y utilizar utensilios que se adecuen a su edad. Si bien al principio el niño suele necesitar ayuda para alimentarse, existen diferentes métodos (como la BWL o alimentación guiada por el bebé) que se basan en dejar que el niño agarre los alimentos y decida llevárselos a la boca. Según diversos estudios, este método presenta múltiples beneficios para el bebé, respeta su propio ritmo y permite que desarrolle una buena relación con los alimentos e incorporación de hábitos saludables.

Con respecto a la forma de alimentar al niño, se deberá realizar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer pero sin obligarlos, así como se deberán minimizar las distracciones a la hora de comer, sobre todo evitando el televisor o los juguetes, para que el niño se concentre en el alimento y no pierda interés rápidamente.

Higiene de los alimentos

Cuando se empiezan a introducir alimentos los niños presentan mayor riesgo de exposición a agentes patógenos transmitidos por los alimentos, causantes

principalmente de diarrea infantil, por tal motivo es muy importante mantener un adecuado orden y limpieza a la hora de ofrecer los alimentos a fin de evitar tal afección.

→ **HIGIENE PERSONAL**: Se debe tener en cuenta tanto la higiene del niño como de la persona encargada de preparar los alimentos. Se destaca la importancia del lavado de manos con agua y jabón, tanto a la hora de preparar los alimentos como a la hora de darle de comer al bebé, así también en casos de ir al baño, cambiar pañales, toser o estornudar. Así mismo también deberán mantenerse limpias las manos del niño, sobre todo en aquellos casos que se ofrezcan alimentos que pueden comer utilizando sus manos.

→ **HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS**: Se deberá evitar tocarse el pelo, la boca, la nariz mientras se cocina y taparse la boca al toser o estornudar. Lavar frutas y verduras con agua potable y mantener limpios los utensilios y equipos a utilizar.

Las carnes deben cocinarse hasta que no desprendan jugos rosados, sobre todo la carne picada o alimentos realizados con ella (como las hamburguesas).

Evitar el contacto de alimentos crudos con otros alimentos.

La mayoría de los microorganismos se reproducen rápidamente en ambientes cálidos por lo que se recomienda refrigerar los alimentos o consumirlos rápido para evitar la proliferación de microorganismos.

→ **HIGIENE EN LA CONSERVACIÓN**: Se deberán conservar los alimentos en lugares frescos y secos, dependiendo del alimento, se deberán guardar en la heladera a la temperatura adecuada para su conservación.

Evitar el contacto de alimentos, equipos y utensilios con insectos o animales que pueden contaminarlos, y en el caso de utilizar insecticidas o venenos, no rociarlos cerca de los alimentos.

Alimentación después del año de vida.

Luego de la introducción de diferentes alimentos y texturas que se realiza durante el primer año, será el momento oportuno de establecer y reforzar hábitos

alimentarios saludables que probablemente persistan durante toda la vida. Este periodo comienza luego del año, y aproximadamente se mantiene hasta las 6 u 8 años.

A partir del año, también el niño ya puede comer en la mesa con la familia (si es que no lo hacía).

La alimentación deberá ser variada, no solo incorporando alimentos de todos los grupos, sino también variando las consistencias, las preparaciones y alimentos que se eligen de cada grupo, para evitar el acostumbramiento del niño.

Existen ciertos alimentos, que pueden ser consumidos sólo en ocasiones especiales, por su alto contenido en grasas, sodio y/o azúcares refinados, como ser:

- Fiambres
- Hamburguesas
- Salchichas
- Gaseosas y jugos artificiales
- Productos de copetín
- Frituras
- Golosinas

Situación actual en Argentina con respecto a la alimentación complementaria

Según algunos de los datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) se puede observar lo siguiente:

- ✓ El 70% de los niños incorporan algún alimento antes de los 6 meses de vida, y el 25% lo incorporó antes del 4to mes.
- ✓ Sólo el 0,8% no incorporó ningún alimento entre los 6 y 10 meses de edad.
- ✓ Con respecto al consumo de bebidas como jugos (sintéticos o artificiales), gaseosas, entre otras (a excepción del agua), el 46% de niños reportaron en el recordatorio de 24 hs haber consumido alguna bebida, siendo un promedio de 150 CC.
- ✓ El 86% de los niños consumieron alguna hortaliza el día anterior a la encuesta. La papa fue el vegetal más consumido (56%).
- ✓ El 20% de los niños que consumieron hortalizas, consumieron más de 50 g y

40% consumieron más de 100g.

- ✓ Los datos con respecto al consumo de frutas indican que sólo un 43% consumieron alguna fruta el día anterior.
- ✓ El 17% de los niños consumió alguna golosina el día anterior (considerando en la encuesta el consumo de: alfajores, caramelos duros, blandos y rellenos, chupetines, helados y chocolates)
- ✓ El consumo de copetín fue de un 10% (considerando el consumo de: chizitos, palitos salados, maníes, papas fritas.)
- ✓ El 18% de los niños consumió algún tipo de grasa el día anterior (crema de leche, manteca, grasa vacuna, margarina y grasa de cerdo), mientras que la proporción de niños que consumió algún tipo de aceite vegetal fue del 69%.

En conclusión, se puede decir que a nivel país, la alimentación de los niños se inicia con frecuencia a edades más tempranas que las recomendadas, presentando con respecto a los alimentos ofrecidos, muchas deficiencias en cuanto a cantidad y calidad de nutrientes y variedad de alimentos, pudiendo tener consecuencias en el crecimiento y desarrollo del niño y en su salud en la vida adulta, generando malos hábitos que pueden acarrear diversas enfermedades

Durante el vigente año, el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), publicó un estudio realizado en varias localidades de nuestro país (CABA, Gran Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Mendoza) que indica que 4 de cada 10 niños menores de 3 años, tienen una alimentación poco saludable.

El estudio realizado en 498 niños, indica que entre los 6 meses y el año de vida el 24 por ciento de los niños presenta un patrón alimentario en el que regularmente incorporan opciones poco saludables, valor que aumenta al 42% entre los niños de 1 a 2 años y a un 45% entre los de 2 y 3 años de edad. Entre los alimentos consumidos mayoritariamente se encuentran en primer lugar los panificados ricos en azúcares y grasas (35%), jugos y gaseosas (18%), pizza, empanadas y sándwiches (10%).

Otro dato destacado salido de la investigación, fue que casi la mitad de los niños de entre 6 y 11 meses consumen leche de vaca y una cuarta parte de los niños menores de 3 meses ya habían incorporado de manera precoz alimentos, bebidas y/o infusiones.

Este análisis muestra que la calidad nutricional de la dieta de los niños va disminuyendo progresivamente a medida que el niño crece, socializa y comienza a alimentarse con el resto de su familia y que la incorporación precoz de alimentos ricos en azúcares, sodio y grasas no solo disminuye la calidad global de la dieta, sino que puede interferir con los complejos fenómenos hipotalámicos que determinan nuestras preferencias alimentarias a lo largo de la vida.

Indicadores OMS

Durante el año 1991, la OMS proporcionó en el documento “Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna” que fueron utilizados para evaluar y comparar dichas prácticas entre diferentes regiones y evaluar el progreso de la promoción de lactancia materna.

En 2001, con el avance de los estudios científicos sobre alimentación complementaria y lactancia, surge la necesidad de revisar y expandir estos indicadores, ya que en los indicadores anteriores solo se tomaba como la tasa de alimentación complementaria oportuna, es decir que solo indicaba si había o no consumo de alimentos pero no determinaba la cantidad y calidad en que se realizaba. Es así como en 2002, la OMS inicia una revisión de los indicadores anteriores, evaluando los posibles indicadores a incluir para la evaluación de la alimentación del niño pequeño y se desarrollan los “Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado” en donde se muestran la multidimensionalidad de las prácticas de alimentación.

El grupo de Trabajo sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y niño Pequeño, durante el 2004, desarrolló una serie de definiciones y validación de indicadores que reflejan la calidad y cantidad de la dieta utilizando datos de 10 lugares de diferentes países en desarrollo, publicando sus resultados durante 2006, y en 2007, estos indicadores fueron evaluados y revisados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El informe, obtiene 8 indicadores básicos y 7 indicadores opcionales para evaluar a nivel poblacional la alimentación en los primeros dos años de vida.

En el documento publicado por la OMS en 2009, proponen indicadores fidedignos, fáciles de medir y válidos para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño, ya que indicadores anteriores, se basaban principalmente en las prácticas de lactancia. Estos indicadores fueron propuestos y elaborados a partir de las recomendaciones y objetivos de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, validando un modelo de encuesta que permitiese describir con un set único y sencillo las prácticas alimentarias tempranas. Así es necesario, que estos 8 indicadores se utilicen en forma conjunta y no aislada, con el fin de obtener datos precisos y evaluar la multidimensionalidad de las prácticas alimentarias.

Los 8 indicadores propuestos se describen a continuación:

1. INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA: Es la proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que han sido amamantados dentro del plazo de una hora desde su nacimiento
2. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES: Es la proporción de niños de entre 0-5 meses que son alimentados exclusivamente con leche materna (Incluye aquellos niños que fueron alimentados con leche materna extraída o por una nodriza)
3. LACTANCIA MATERNA CONTINUA AL AÑO DE VIDA. Proporción de niños de 12 a 15 meses que son amamantados
4. INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SUAVES, SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS: Proporción de lactantes que incluyen alimentos suaves, semisólidos o sólidos, entre los 6-8 meses.
5. DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA: Proporción de niños de 6 a 23 meses que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios. Los grupos alimentarios utilizados para este indicador son:
 - ✓ Cereales, raíces y tubérculos
 - ✓ Legumbres y nueces
 - ✓ Lácteos (leche, yogurt, queso)
 - ✓ Carnes (carne, pescado, aves, hígado o vísceras)
 - ✓ Huevos
 - ✓ Frutas y verduras ricas en vitamina A

✓ Otras frutas y verduras

Con respecto a este indicador, cabe destacar que fue determinado el consumo de 4 o más grupos alimentarios de los 7 que se proponen, ya que se relaciona con dietas de mejor calidad tanto en niños amamantados como no amamantados. El consumo de cualquier cantidad de esos alimentos, ya es considerado para tener en cuenta el consumo de ese grupo.

6. FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (y leche en niños no amamantados) el número mínimo de veces o más, considerando como mínimo:
 - ✓ 2 veces para niños amamantados de 6-8 meses
 - ✓ 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses
 - ✓ 4 veces para niños no amamantados de 6-23 meses
7. DIETA MÍNIMA ACEPTABLE: Proporción de niños de entre 6 y 23 meses que recibe una dieta mínima aceptable, entendiéndose como, aquellos niños que contaron con una diversidad alimentaria mínima, así como también una frecuencia mínima de comidas durante el día anterior.
8. CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO O FORTIFICADOS CON HIERRO: Proporción de niños de 6 a 23 meses que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos exclusivamente formulados para lactantes y niños pequeños, fortificados con hierro o que sean fortificados en el hogar. (Carnes, alimentos industrialmente fortificados, o fortificados en el hogar con polvos de micronutrientes o suplemento que contenga hierro.)

Como se mencionó anteriormente, también fueron incluidos una serie de indicadores opcionales, los cuales son descritos a continuación:

1. NIÑOS QUE FUERON AMAMANTADOS ALGUNA VEZ: Proporción de niños que en los últimos 24 meses fueron amamantados alguna vez.
2. LACTANCIA MATERNA CONTINUA A LOS 2 AÑOS: Proporción de niños de 20 a 24 meses de edad que fueron amamantados.
3. LACTANCIA MATERNA ADECUADA SEGÚN LA EDAD: Proporción de niños de 0-23 meses que fueron alimentados adecuadamente
4. LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE ANTES DE LOS 6 MESES:

Proporción de niños de 0-5 meses que son predominantemente amamantados
La función de este indicador, va a ser determinar aquellos niños que reciben leche materna, pero que además están recibiendo otros líquidos

5. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: Duración mediana de la lactancia entre niños menores de 36 meses.

6. ALIMENTACIÓN INFANTIL CON BIBERÓN: Proporción de niños de 0-23 meses que fueron alimentados con biberón

7. FRECUENCIA DE TOMAS DE LECHE PARA NIÑOS NO AMAMANTADOS: Proporción de niños de 0-23 meses no amamantados que recibieron al menos 2 tomas por día.

La evaluación de todos estos indicadores en conjunto, que deberán ser expresados en encuestas realizadas a los adultos que se encargan de alimentar al niño, tendrá como objetivo principal, no solo obtener información de las prácticas alimentarias, sino también que servirá como guía para conocer cuáles son las modificaciones que deberán realizarse a la hora de proporcionar información tanto a las familias, como a los propios profesionales, para evitar que se sigan cometiendo errores y se puedan fomentar hábitos saludables, no solo para la alimentación del bebé sino para toda la familia.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación y diseño

El tipo de estudio realizado, fue **Descriptivo**, ya que intentó determinar si las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de madres primerizas con niños menores de 2 años que asistieron a efectores de salud de la ciudad de Firmat son adecuadas según los indicadores establecidos por la OMS, así como también determinar si existió relación entre el cumplimiento de dichos indicadores y la edad de la madre y asistencia a efectores de salud público o privado.

Con respecto al número de mediciones, el estudio fue **transversal**, porque se evaluó la muestra en un momento dado (no se hizo un seguimiento), y es **retrospectivo**, porque se indaga sobre hechos pasados.

También podemos describir al estudio, como de tipo **cuali-cuantitativo**, ya que la recolección de datos se hizo a través de encuestas para obtener datos que requieren de un análisis estadístico y a su vez se obtuvieron respuestas de lo que el grupo en estudio piensa o siente, siendo importante para lograr cambios y mejorar la calidad de vida de las propias madres y de sus hijos.

Resumiendo lo dicho anteriormente, el estudio fue de tipo **descriptivo, cuali-cuantitativo con diseño transversal y retrospectivo**.

Población y muestra

La población en estudio corresponde a madres primerizas con niños sanos de entre 0 y 2 años pertenecientes a la ciudad de Firmat.

La muestra quedó conformada por un total de 54 madres primerizas, con niños sanos nacidos a término, que tenían al momento de la encuesta entre 0 y 2 años, que asistieron al control pediátrico del “Hospital General José de San Martín” y a la “Clínica del Pilar” de la ciudad de Firmat, Santa Fe, durante el mes de Julio de 2017. (31 madres pertenecientes al efector público y 23 al efector privado)

Se **excluyeron** todas aquellas madres que no primerizas, con niños mayores a 2 años, que tuvieran una patología, nacidos pre-termino o aquellas que no desearon formar parte de la investigación.

Variables en estudio e indicadores

- ✓ Lactancia materna
- ✓ Alimentación complementaria
- ✓ Ámbito de atención (público o privado)
- ✓ Edad materna (menor o mayor de 19 años)
- ✓ Conocimiento de las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

Todas estas variables en estudio, presentan indicadores que traducen los conceptos de las variables a unidades de medición o acciones. Así, a forma de resumen, se indican las variables y sus indicadores en el siguiente cuadro.

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORÍAS
Lactancia materna	Inicio temprano de lactancia materna	→Inicio de la lactancia durante la primer hora de vida. →Inicio de la lactancia después de la primer hora de vida
	Lactancia materna exclusiva	→Niños alimentados con leche materna en forma exclusiva durante los primeros 6 meses →Niños NO alimentados con leche materna en forma exclusiva durante los primeros 6 meses
	Lactancia materna continua	→Niños de entre 12 y 15 meses que son amamantados. →Niños de entre 12 y 15 meses que no son amamantados.

Alimentación complementaria	Introducción de alimentos complementarios	<p>→Introducción antes de los 6 meses (introducción temprana)</p> <p>→Introducción a partir de los 6 meses</p> <p>→Introducción después de los 6 meses (introducción tardía)</p>
	Diversidad alimentaria mínima	<p>→Niños que incorporan 4 grupos de alimentos o más.</p> <p>→Niños que incorporan menos de 4 grupos de alimentos</p>
	Frecuencia mínimas de comidas	<p>→Niños amamantados de 6 a 8 meses que reciben alimentos un mínimo de 2 veces por día</p> <p>→Niños amamantados de 9 a 24 meses que reciben alimentos un mínimo de 3 veces por día.</p> <p>→Niños no amamantados de 6 a 24 meses que reciben alimentos un mínimo de 4 veces por día.</p>
	Dieta mínima aceptable	<p>→Niños que presentan una frecuencia mínima de comidas según la edad y también incorporan 4 o más grupos de alimentos.</p> <p>→niños que no cumplen con una frecuencia mínima de comidas y/o no incorporan 4 o más grupos de alimentos</p>
	Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados	<p>→Niños que consumen algún alimento rico en hierro, fortificado o suplemento.</p> <p>→ Niños que no consumen alimentos ricos en hierro, fortificado o suplemento.</p>

Edad materna	Años	→ menor de 19 años → mayor a 20 años
	Ámbito de atención	→ público → privado
Conocimiento sobre lactancia materna y alimentación complementaria	Importancia de la lactancia materna	→ Madres que poseen conocimiento (marcaron todas las respuestas correctas) → madres que no poseen conocimiento (no marcaron todas las respuestas correctas)
	Edad de lactancia materna exclusiva	→ Madres que tienen conocimiento sobre el tema (marcaron la respuesta adecuada) → Madres que no tienen conocimiento sobre el tema (no marcaron la respuesta de manera adecuada.)
	Formas correctas de amamantar	→ Madres que tienen conocimiento sobre el tema (marcaron la respuesta adecuada) → Madres que no tienen conocimiento sobre el tema (no marcaron la respuesta de manera adecuada.)
	Edad de incorporación de alimentos distintos a la leche materna	→ Madres que tienen conocimiento sobre el tema (marcaron la respuesta adecuada) → Madres que no tienen conocimiento sobre el tema (no marcaron la respuesta de manera adecuada.)

	<p>Primeros alimentos a incorporar y formas de incorporación.</p>	<p>→ Madres que tienen conocimiento sobre el tema (marcaron la respuesta adecuada)</p> <p>→ Madres que no tienen conocimiento sobre el tema (no marcaron la respuesta de manera adecuada.)</p>
--	---	--

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó una encuesta anónima de preguntas cerradas, relacionadas con la alimentación del bebé, así también como datos sobre la información recibida por las madres y forma de obtención de esa información. (ANEXO VII)

Se asistió en forma regular a los distintos efectores, por la mañana y por la tarde, en el horario de atención. Se presentaron dos encuestas, una realizada a madres con niños menores de 6 meses, y otra, a madres con niños de 6 a 24 meses. Además, a modo de recolectar datos más específicos y complementar los datos de la encuesta, se realizó un recordatorio de 24 hs. La encuesta fue elaborada teniendo en cuenta indicadores de la OMS, así también como datos obtenidos de la metodología para recolección de datos utilizada por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS).

Procedimientos

Durante el mes de julio de 2017 se asistió en horario de atención al público a los consultorios pediátricos del Hospital General San Martín y de la Clínica del Pilar, ambos pertenecientes a la ciudad de Firmat.

Previo a la encuesta, se explicó a las madres la finalidad de la encuesta y se preguntó si era madre primeriza, si su hijo tenía menos de 2 años y si deseaba participar de la encuesta. Aquellas que accedieron, en primera instancia se les hizo firmar el consentimiento y se procedió a repartir la encuesta.

Se explicó a cada madre la forma de completar la encuesta, se aseguró la confidencialidad de los datos y se dio el tiempo necesario para que puedan

responder con tranquilidad, quedando a disposición para que pudieran consultar ante cualquier duda o inconveniente.

En la encuesta realizada a madres con niños mayores de 6 meses, se indagó sobre la alimentación brindada a su hijo/a siguiendo el orden de la planilla de frecuencia de consumo, teniendo en cuenta la cantidad de los alimentos que consume por día, así también como las veces por semana que ese alimento es consumido.

Una vez recolectados los datos, se analizaron y fueron procesados utilizando como herramienta el programa informático Microsoft Excel 2010 ®. Estos datos fueron presentados en forma de porcentaje y se compararon las distintas respuestas entre los distintos efectores (público y privado), y edades de las madres. Para facilitar la lectura de los resultados, los porcentajes fueron redondeados a números enteros.

Con respecto a la evaluación del conocimiento, se tuvieron en cuenta la cantidad de respuestas correctas (En caso de que la pregunta tenga como respuesta más de una opción, se consideró como correcta cuando todas las opciones correspondientes fueran marcadas). Luego se realizaron distintos gráficos utilizando para los mismos el programa Microsoft Word 2010 ® con el fin de presentar la información de manera clara y sencilla.

Referente empírico

La ciudad de Firmat está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe (a 110 km de Rosario y a 50 km de Venado Tuerto) y pertenece al departamento General López. Cuenta con alrededor de 20 mil habitantes (según el último censo realizado en 2010).

Refiriéndonos al área de la salud, cuenta con varias instituciones (tanto públicas como privadas) a las que asisten diariamente personas tanto de la misma ciudad como de pueblos vecinos. Dentro de estas instituciones encontramos el hospital "General San Martín" (público) que se encuentra en una de las avenidas principales, siendo de fácil acceso y contando con muchos médicos especialistas, nutricionista, dentistas y otros profesionales de la salud. Además cuenta con un servicio de ambulancia propio, salas de internación y un geriátrico. Este hospital, está

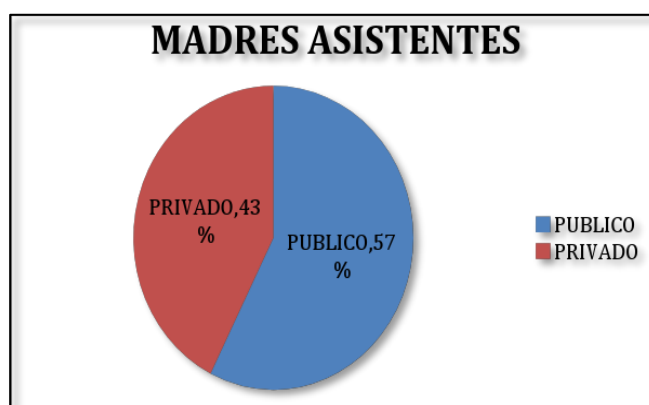
acreditado por el Ministerio de la Salud de la Nación, como uno de los 65 “hospitales amigos de la madre y del niño”, iniciativa propuesta por la OMS que persigue que durante el embarazo, parto y cuidado del recién nacido se proteja y promueva adecuadamente la lactancia materna.

La Clínica del Pilar, es una institución privada que también se encuentra ubicada en el centro de la ciudad. Es una clínica pequeña, que cuenta con todas las especialidades (entre ellas pediatría), Quirófano y salas de internación.

RESULTADOS

De la totalidad de madres que asistieron a la consulta y cumplieron con los requisitos, el 57% asistieron al ámbito público, mientras que 43% asistieron al efector privado

Gráfico n°1: Madres asistentes a la consulta



De las madres que asistieron a los diferentes efectores, el 19% son menores de 19 años.

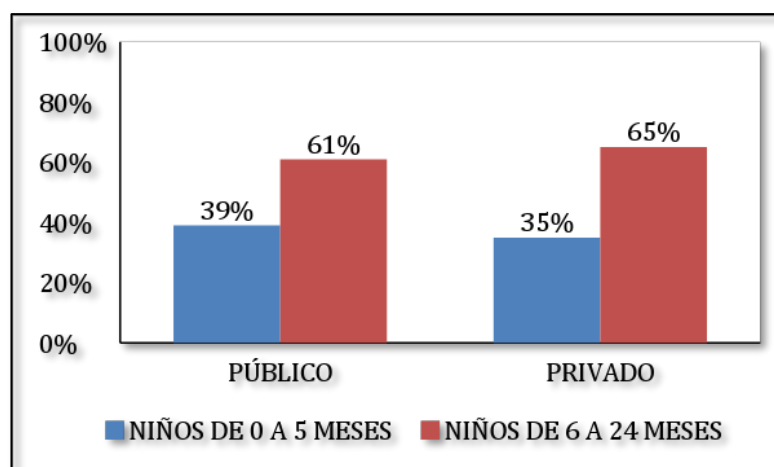
De la totalidad de madres menores de 19 años, el 70% asistió al efector público, y el 30% al efector privado.

Con respecto a la edad de los niños, en el ámbito público el 39% tienen entre 0 y 5 meses y el 61%, son mayores a 6 meses. En el efector privado, el 35% de los niños que acudieron son menores de 6 meses de edad y el 65% son mayores a 6 meses.

Tabla I: Porcentaje de niños mayores y menores de 6 meses

EFFECTORES	Niños menores de 6 meses	Niños mayores de 6 meses
PÚBLICO	39 %	61%
PRIVADO	35 %	65 %

Gráfico 2: Edad de los niños



DATOS OBTENIDOS CON RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

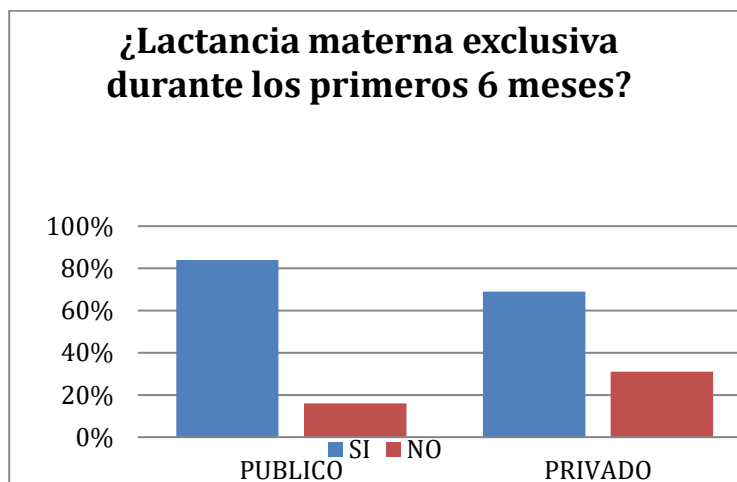
Indicador: Lactancia materna exclusiva:

De la totalidad de las madres con niños mayores de 6 meses que asistieron al efector público, el 84% alimentó a su bebé con leche materna durante los primeros 6 meses, mientras que en el ámbito privado, lo hizo el 69%.

Tabla II: Porcentaje de lactancia materna exclusiva

EFFECTOR	SI	NO
PÚBLICO	84%	16%
PRIVADO	69%	31%

Gráfico 3: Porcentaje de niños que recibieron lactancia materna exclusiva



De la totalidad de las madres menores de 19 años, el 30% no ofreció leche materna a sus niños durante los primeros 6 meses.

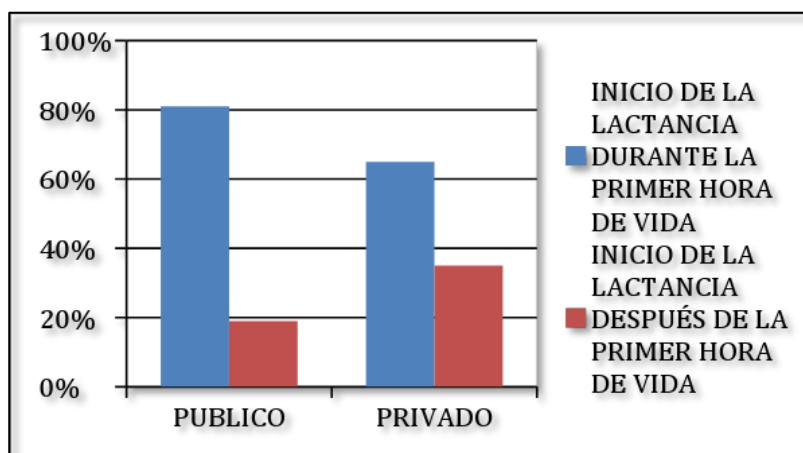
Indicador: Inicio temprano de la lactancia materna.

De la totalidad de madres que asistieron al efector público, el 81% iniciaron la lactancia en la primera hora de vida. En el caso de las madres asistentes al efector privado, el 65% inició la lactancia de forma temprana.

Tabla III: Inicio temprano de la lactancia materna

EFECTOR	SI	NO
PÚBLICO	81%	19 %
PRIVADO	65%	35 %

Gráfico 4: Inicio temprano de la lactancia materna



De la totalidad de madres menores de 19 años, el 40% de ellas, no inició la lactancia en la primer hora de vida.

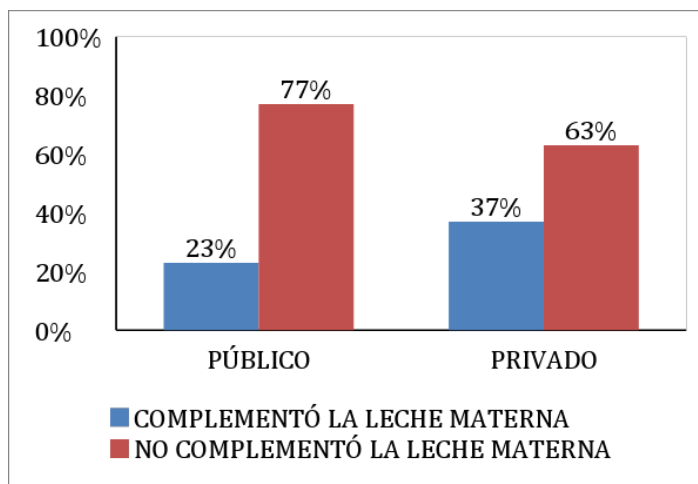
¿Complementa o complementó durante los primeros 6 meses la lactancia materna con otras leches?

Tanto en el efector público como en el privado, de la totalidad de madres que amamantaron, el 23% y el 37% de madres del ámbito público y privado respectivamente, complementaron la lactancia materna con otras leches durante los primeros 6 meses.

Tabla IV: Porcentaje de madres que complementaron la lactancia en los primeros 6 meses

¿Complementa o complementó durante los primeros 6 meses la lactancia materna con otras leches?		
EFECTOR	SI	NO
PÚBLICO	23 %	77%
PRIVADO	37%	63%

Gráfico 5: Complementación de la lactancia materna.



Del total de madres menores de 19 años, el 10% complemento la lactancia con otras leches)

En el caso de las madres que complementaron la leche materna con otras leches durante los primeros 6 meses, 83 % de las madres asistentes al efector público refirieron utilizar formulas infantiles, mientras que solo el 17% refiere utilizar leche de vaca en polvo. En cambio, en el ámbito privado, todas las madres refirieron hacerlo con fórmulas infantiles de inicio.

Tabla V: Tipos de leche con la que fue complementada la leche materna

EFECTOR	Formulas infantiles	Leche de vaca
PÚBLICO	83%	17%
PRIVADO	100%	0%

En relación a las madres que complementaron la leche materna con otras leches antes de los 6 meses, los datos obtenidos sobre la edad hasta la que el niño se alimentó solo con leche materna, son los siguientes:

ÁMBITO PÚBLICO

- 17% de las madres que complementaron la leche materna con otras leches durante los primeros 6 meses, alimentaron a sus hijos solo con leche materna hasta el mes de vida.

- EL 50 % de los niños recibieron solo leche materna hasta los 3 meses, y luego complementaron con otras leches.
- El resto de las madres que complementaron la lactancia, 33%, lo hicieron a partir del 5º mes.

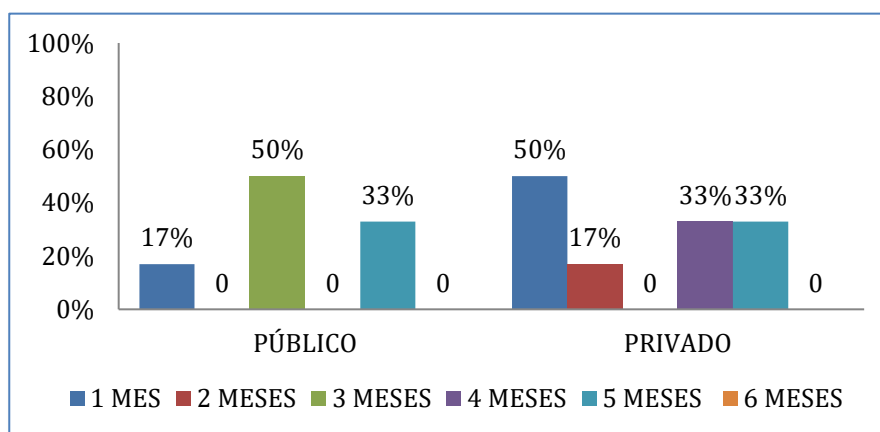
ÁMBITO PRIVADO

- La mitad de las madres que complementaron la lactancia con otras leches, lo hicieron a partir del primer mes de vida del niño.
- El 17 % de los niños que fueron alimentados con otras leches en conjunto con la lactancia, recibieron solo leche materna hasta los 2 meses.
- 33 % de las madres, complementaron la lactancia a partir de los 4 meses.

Tabla VI: Edad hasta que los niños que complementaron la lactancia recibieron solo leche materna

EFECTOR	Hasta el 1º mes	Hasta el 2º mes	Hasta el 3º mes	Hasta el 4º mes	Hasta el 5º mes	Hasta el 6º mes
PUBLICO	17%	-	50%		33%	-
PRIVADO	50%	17%	-	33%	-	-

Gráfico 6: Edad hasta que los niños que complementaron la lactancia recibieron solo leche materna

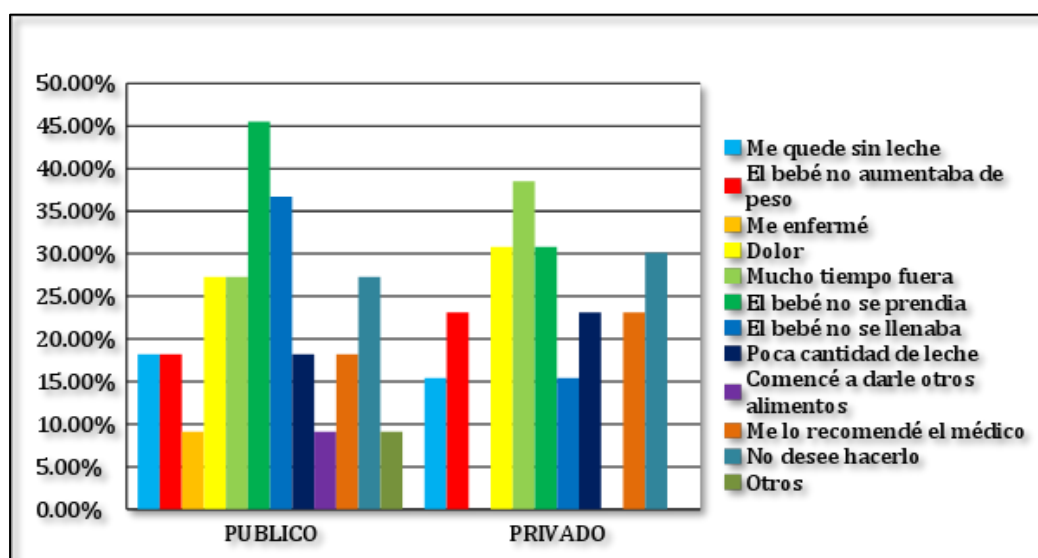


Respecto a las causas de no amamantamiento o causas de complementación de la lactancia antes de los 6 meses, las respuestas que se obtuvieron más frecuentemente entre las madres fueron las siguientes:

Tabla VII: Causas de abandono de la lactancia o complementación con otras leches antes de los 6 meses.

	PÚBLICO	PRIVADO
Me quedé sin leche	18%	15%
El bebé no aumentaba de peso	18%	23%
Dejó solo	-	-
Me enfermé	9%	-
El bebé se enfermó	-	-
Dolor u otros problemas al dar de mamar	27%	31%
Mucho tiempo fuera del hogar	27%	38%
El bebé no se prendía	45%	31%
El bebé no se llenaba con la leche	37%	15%
Poca cantidad de leche	18%	23%
Comencé a darle otros alimentos	9%	-
Me lo recomendó el médico	18%	23%
No desee hacerlo	27%	30%
Otros	9%	-

Gráfico 7: Causas de abandono o complementación antes de los 6 meses.

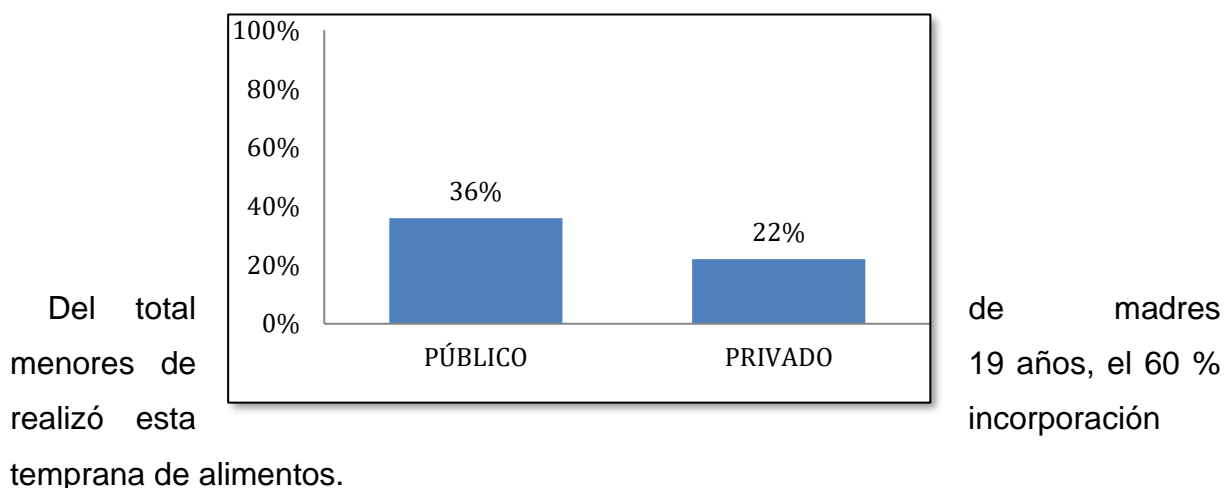


En cuanto a la incorporación de algún alimento y/o bebida antes de los 6 meses,

de la totalidad de las madres que asistieron al efector público, el 36% incorporaron alimentos o bebidas antes de los 6 meses, principalmente refirieron haber incorporado yogures, postres lácteos, agua, puré y jugos de fruta, pan y galletitas. En lo que respecta a la edad de incorporación de esos alimentos, el 55% ofreció alimentos a partir de los 5 meses, el 36% a partir de los 4 meses y el 9% lo hicieron a los 3 meses.

En el caso de las madres asistentes al efector privado, el 22 % incorporó algún alimento o bebida antes de los 6 meses, principalmente, postres, yogures y jugo de frutas. De acuerdo a la edad en que se incorporaron estos alimentos, el 80% lo hizo a los 5 meses y el 20% restante lo hizo a los 4 meses.

Gráfico 8: Porcentaje de niños que incorporaron algún alimento antes de los 6 meses



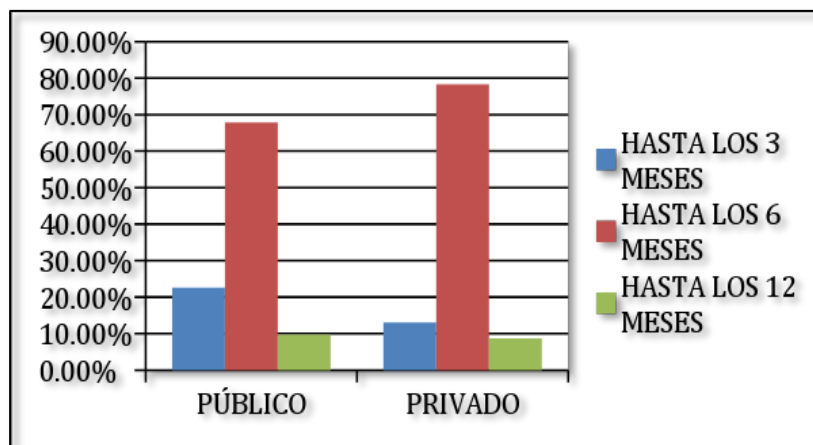
EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

De acuerdo a la pregunta realizada sobre la edad hasta la que se debe alimentar al niño solo con leche materna, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla VIII: Porcentaje de respuestas acerca de la edad hasta que el niño debe ser alimentado sólo con leche materna.

EFECTOR	Hasta los 3 meses	Hasta los 6 meses	Hasta los 12 meses
PÚBLICO	22%	68%	10%
PRIVADO	13%	78%	9 %

Gráfico 9: Porcentaje de respuestas acerca de la edad hasta que el niño debe ser alimentado sólo con leche materna.

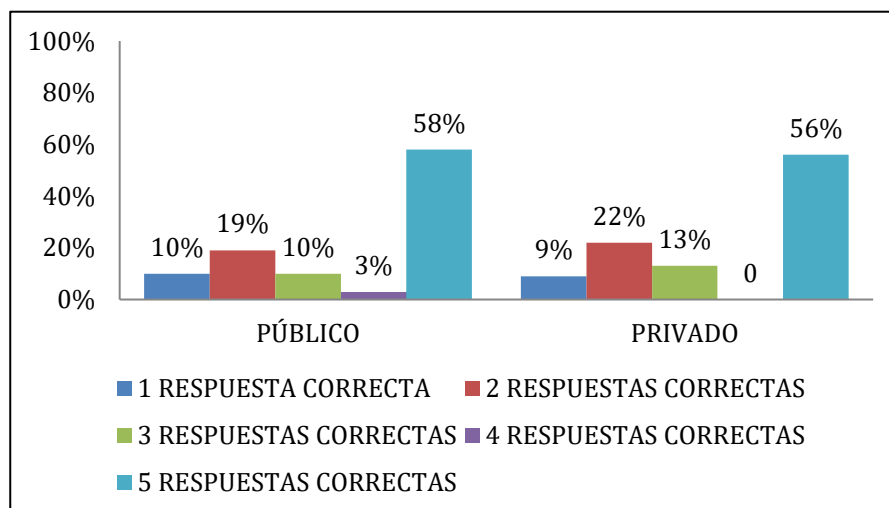


De la totalidad de madres menores de 19 años, la mitad (50%) respondió de manera incorrecta

Cuando se consultó a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna, en el efector público el 58% de las madres respondieron la pregunta en forma adecuada, es decir, que marcaron todas las opciones correctas (protege contra infecciones y enfermedades, ayuda al crecimiento y desarrollo, fomenta el vínculo madre/hijo, le proporciona al niño la mejor nutrición, es más higiénica). El 42%, respondió en forma inadecuada, ya que marcaron solo algunas de las respuestas correctas.

En el efector privado, el 57% de las madres supo cuáles eran los beneficios de la lactancia, mientras que el 43% no respondió marcando la totalidad de las respuestas correctas, por lo que se consideró como respuesta incorrecta (no conocen los beneficios de la lactancia).

Grafico 10: Porcentaje de respuestas sobre beneficios de la lactancia materna.

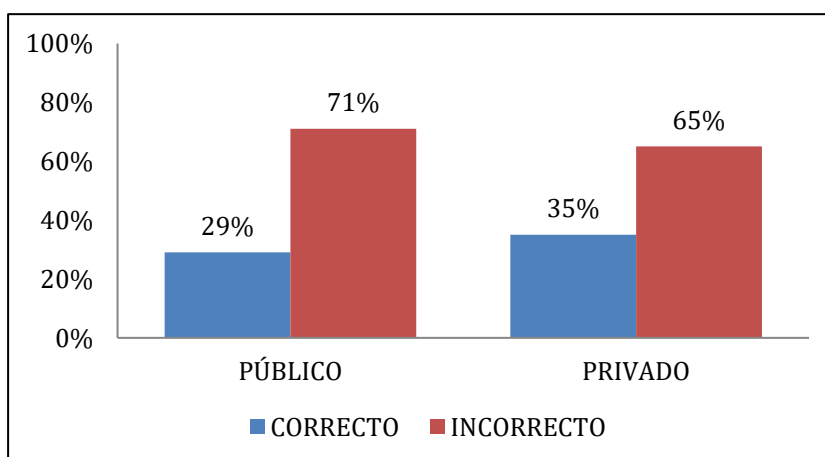


En cuanto a la edad materna, de la totalidad de las madres menores de 19 años, la mitad, respondió de manera incorrecta (tanto en el ámbito público como privado).

Otra de las preguntas realizadas fue acerca del conocimiento que tenían las madres sobre cómo darse cuenta si el bebé estaba bien prendido al pecho. De todas las respuestas posibles, sólo dos eran las correctas (las mejillas del bebé se encuentran redondeadas mientras toma la teta / la boca del bebé se encuentra abierta y cubriendo toda la areola). El criterio para considerar como correcta la respuesta, fue que ambas opciones fueran marcadas. Así, en el efector público, sólo el 29% de las madres respondieron de manera adecuada y en el efector privado, el 35%.

De la totalidad de madres menores de 19 años, el 50% respondió de manera inadecuada.

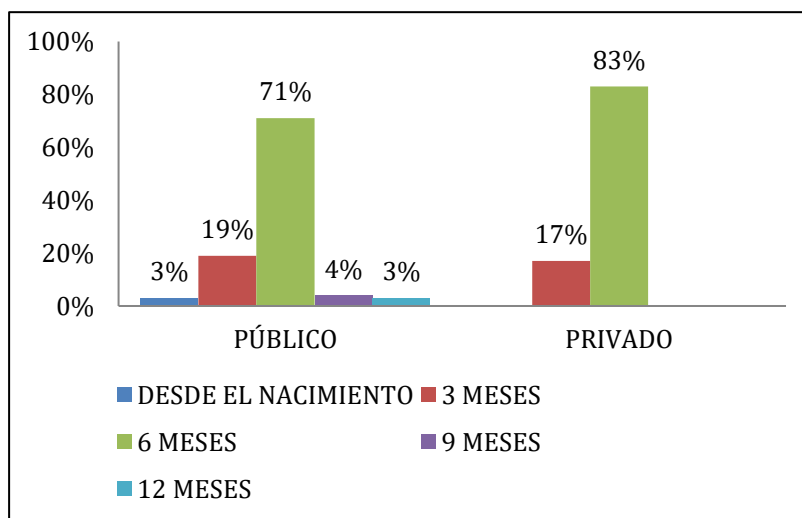
Gráfico 11: Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas acerca de la forma adecuada de amamantamiento.



Cuando se preguntó a las madres acerca de la edad adecuada de introducción de alimentos sólidos y semisólidos, EL 71% del efector público y el 83% del efector privado contestaron de manera adecuada.

De las madres menores de 19 años, el 30 % respondió de manera incorrecta.

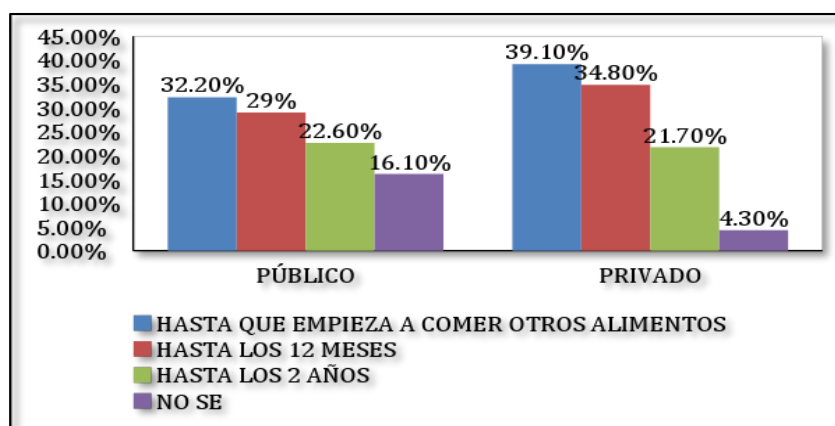
Gráfico 12: Conocimiento acerca de la edad adecuada de introducción de alimentos



En lo que concierne a la edad hasta la que el niño puede continuar con leche materna, el 23% de las madres que asistieron al efector público, respondieron en forma correcta, y en el ámbito privado el 22%.

El 50% de las madres menores de 19 años, respondió de manera incorrecta esta pregunta.

Gráfico 13: Conocimiento acerca de la edad hasta la que el niño puede continuar con lactancia materna.

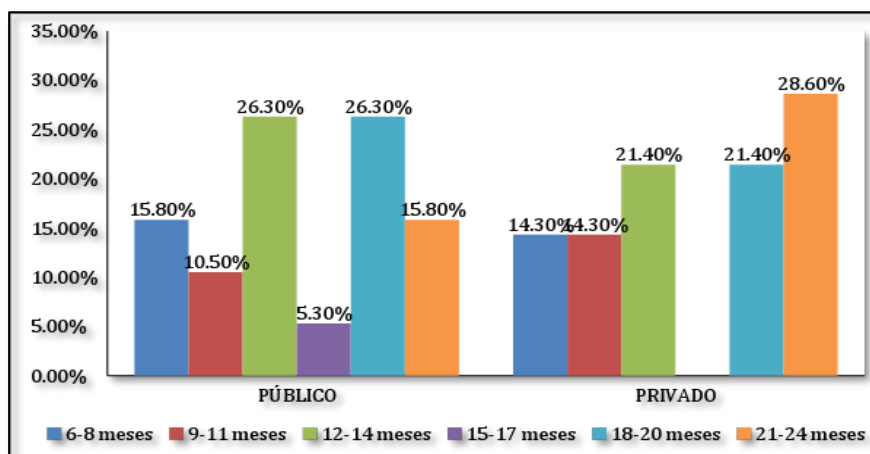


Por último en cuanto a lo que refiere a lactancia materna y conocimientos sobre el tema, se preguntó a las madres sobre la información recibida al respecto. El 81% de las madres asistentes al efector público indicó que recibió información por parte de diferentes profesionales de la salud, mientras que el 19% restante, indicó que no recibió información alguna. En el efector privado, en cambio, el 91% de las madres refirió haber recibido información, y sólo el 9% no recibieron ninguna instrucción.

DATOS OBTENIDOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Como se nombró con anterioridad, de la totalidad de madres asistentes, en el efector público, el 61% tiene hijos mayores de 6 meses, y en el ámbito privado, el 65 %.

Gráfico 14: Rango de edades de los niños mayores de 6 meses



Indicador: Lactancia materna continúa al año:

En cuanto a si en la actualidad los niños siguen recibiendo leche materna, los datos obtenidos fueron los siguientes:

EFECTOR PÚBLICO:

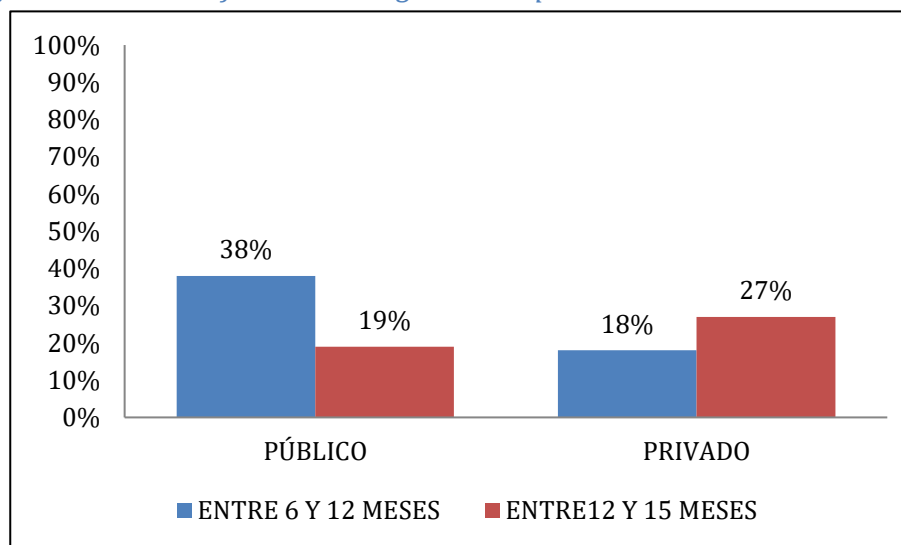
- De los niños que fueron amamantados durante los primeros 6 meses, que en la actualidad tienen entre 6 y 12 meses, el 38% continúa recibiendo leche materna. De los niños de entre 12 y 15 meses (lactancia materna continua al

año), sólo el 19 % continúa recibiendo leche materna.

EFECTOR PRIVADO:

- Del total de niños de entre 6 y 12 meses, sólo el 18% continúa recibiendo leche materna, y de los niños de entre 12 y 15 meses, el 27%.

Gráfico 15: Porcentaje de niños según edad que reciben leche en la actualidad.



El 20% de las madres menores de 19 años, abandonó la lactancia entre los 6 y 12 meses.

En tanto al tipo de leche utilizada para reemplazo de la leche materna, los resultados obtenidos, fueron los siguientes:

Tabla IX: Tipos de leches utilizadas como reemplazo de la leche materna

	PÚBLICO		PRIVADO	
	De 6 a 12 meses	De 13 a 24 meses	De 6 a 12 meses	De 13 a 24 meses.
Fórmulas	40%	-	75%	100%
Leche de vaca	60%	100%	25%	-

En lo que refiere a las causas de abandono de la lactancia materna, las respuestas mayormente dadas por las madres se detallan a continuación:

Tabla X: Causas de abandono de lactancia materna antes de los 24 meses.

	PÚBLICO	PRIVADO
Me quedé sin leche	14%	33%
Dejó solo	14%	17%
Dolor u otros problemas al dar de mamar	14%	-
Mucho tiempo fuera del hogar	71%	50%
El bebé no se prendía	14%	-
El bebé no se llenaba con la leche	29%	50%
Poca cantidad de leche	14%	17%
Comencé a darle otros alimentos	57%	50%
No desee hacerlo	14%	33%

Cuando se consultó a las madres la edad de incorporación de alimentos sólidos y semisólidos, los datos obtenidos fueron los siguientes:

Tabla XI: Edad de incorporación de sólidos y semisólidos.

EFECTOR	EDAD DE INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS		
	ANTES DE LOS 6 MESES	A PARTIR DE LOS 6 MESES	DESPUÉS DE LOS 6 MESES
PÚBLICO	37%	58%	5%
PRIVADO	22%	71%	7%

Indicador: Frecuencia mínima de comidas:

Acerca de la cantidad de veces que comen los niños por día, se tuvo en cuenta la frecuencia mínima aceptable según la edad del niño (indicadores OMS). Las respuestas dadas por las madres fueron las siguientes:

ÁMBITO PÚBLICO

- Del total de niños amamantados y no amamantados de entre 6 y 24 meses, el 31% no cumple con la frecuencia mínima alimentaria correspondiente según

la edad.

- De los niños amamantados de entre 6 y 8 meses, sólo la mitad realiza como mínimo 2 comidas diarias.
- De los niños amamantados de entre 9 y 23 meses, el 67% realiza como mínimo 3 comidas diarias.
- En cuanto a los niños no amamantados de entre 6 y 23 meses, el 45% realiza un mínimo de 4 comidas.

ÁMBITO PRIVADO:

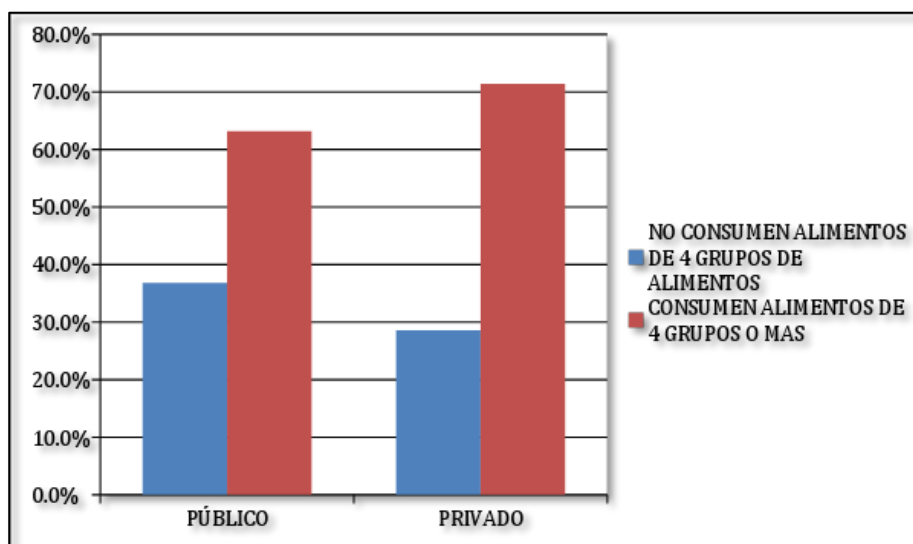
- De los niños de entre 6 y 24 meses, tanto amamantados como no amamantados, el 36% no cumple con la frecuencia mínima alimentaria.
- La totalidad de los niños amamantados de entre 6 y 8 meses, realiza como mínimo 2 comidas.
- Del total de niños amamantados de entre 9 y 23 meses, realizan como mínimo 3 comidas, el 75%
- De los niños no amamantados de entre 6 y 23 meses, el 55% realiza 4 comidas como mínimo.

De la totalidad de madres menores de 19 años con niños de entre 6 y 24 meses, el 60% no cumplió con este indicador.

Uno de los indicadores propuestos por la OMS para la evaluación de las prácticas alimentarias del lactante, es la diversidad alimentaria mínima, es decir, la proporción de niños de entre 6 y 24 meses, que recibieron alimentos de 4 o más grupos alimentarios (cereales, raíces y tubérculos - legumbres y nueces - lácteos - carnes - huevos - frutas y verduras ricas en vitamina A - otras frutas y verduras) en el día anterior.

Los datos ofrecidos por este estudio en relación a este indicador, fueron los siguientes:

Gráfico 16: Porcentaje de niños que consumen cuatro o más grupos de alimentos.



Es así, que en el ámbito público, 58% de los niños, no cumple con la diversidad mínima alimentaria, es decir, que durante el día anterior a la encuesta, no consumieron alimentos de 4 grupos o más. En el ámbito privado, esto sucede con el 43%.

De la totalidad de madres menores de 19 años, el 80% ofrece menos de 4 grupos de alimentos a sus hijos.

Otro indicador a evaluar, fue la dieta mínima aceptable, que la OMS define como la proporción de niños de entre 6 y 23 meses que contaron con una diversidad alimentaria mínima, y una frecuencia mínima de comidas. En este estudio, los resultados obtenidos al respecto, fueron los siguientes:

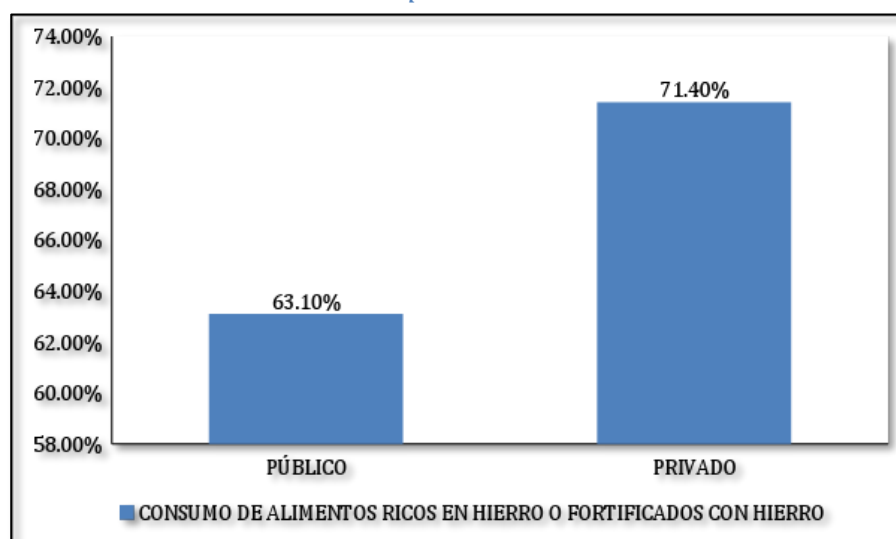
- En el efector público, el 47% de los niños, recibieron durante el día anterior a la encuesta, una dieta mínima aceptable.
- En sector privado, el 64% de los niños, cumplieron con una dieta mínima aceptable durante el día anterior a la encuesta.

En cuanto a la edad materna, de la totalidad de madres menores de 19, el 40% no cumplió con este indicador.

A partir del último indicador (Consumo de alimentos ricos en hierro, fortificados o

suplementos, se obtuvieron los siguientes datos:

Gráfico 17: Porcentaje de niños que consumen alimentos ricos en hierro, fortificados o suplementos.



En el efector público, el 63% de los niños recibieron en el día anterior de la encuesta alimentos ricos en hierro, fortificados o suplementos del mismo, y en el efector privado, el 71 %.

Del total de madres menores de 19 años, el 40% no cumplió con este indicador.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Para evaluar el conocimiento sobre la edad de incorporación de alimentos, se preguntó a las madres, cuál era la edad que creía que había que comenzar a ofrecer al niño otros alimentos diferentes a la leche. Los resultados, arrojaron los siguientes datos:

Tabla XI: Porcentaje de respuestas acerca de la edad de incorporación de alimentos.

EFECTOR	Desde el nacimiento	A partir de los 3 meses	A partir de los 6 meses	A partir de los 9 meses	A partir de los 12 meses
PÚBLICO	-	21%	74%	5%	-
PRIVADO	-	29%	71%	-	-

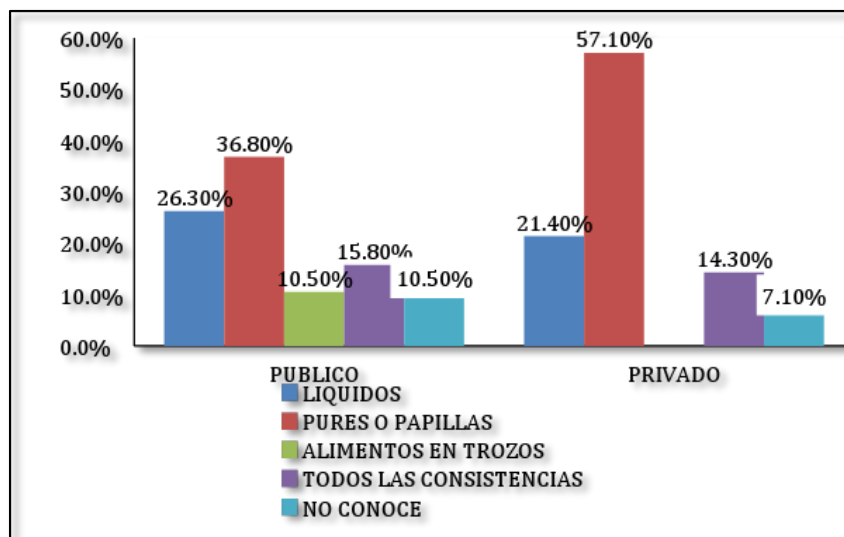
Al momento de ofrecer un alimento nuevo al niño, en el ámbito público, el 79% de las madres, vuelve a ofrecer ese alimento en otra oportunidad si éste es rechazado

por el niño. El 21%, no vuelve a hacerlo, y las mismas refieren que los motivos por lo que no lo hacen principalmente es porque el bebé lo escupe o porque ofrecían otros alimentos en su lugar.

En relación al ámbito privado, el 78% de las madres, vuelve a ofrecer el alimento que primeramente fue rechazado por el niño, y de la totalidad de madres que no vuelven a ofrecerlo, la mayoría refirió que reemplazaba ese alimento por otro o que el bebé lo escupía.

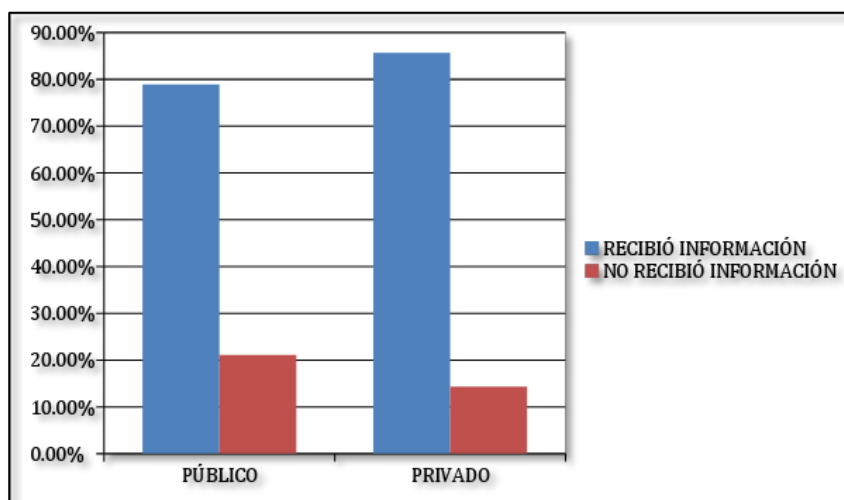
Cuando se preguntó a las madres, cuál consideraban que era la mejor opción en cuanto a consistencias a incorporar en primera instancia, los resultados obtenidos, fueron los siguientes:

Gráfico 18: Conocimientos sobre primeras consistencias a incorporar.



Otra de las preguntas realizadas a las madres, fue si recibió información por parte de profesionales de salud sobre qué alimentos incorporar y cómo hacerlo. Las respuestas de las madres, fueron las siguientes:

Gráfico 19: Porcentaje de madres que recibieron información acerca de alimentación complementaria.



De aquellas madres que indicaron que recibieron información, en el ámbito público el 72% indicó que le resultó de utilidad la información recibida, y en el ámbito privado la información le fue útil al 81% de las madres.

OTROS DATOS DE INTERÉS

- El 64% de los niños mayores de 7 meses en el efector público y el 55% en el efector privado, no incorporan legumbres en su alimentación.
- El 58% de los niños mayores de 6 meses del efector público y el 42% del efector privado, consumen gaseosas o jugos comerciales. La edad promedio de incorporación ronda en los 9 meses en el efector público y 11 meses en el privado, encontrándose el dato, que la edad más temprana de incorporación fue de 6 meses. Ambos grupos, consumen estos alimentos en promedio 3 a 4 veces por semana.
- El 63% (público) y el 47% (privado) de niños mayores de 6 meses, consumen habitualmente alguna golosina, en promedio, la edad de incorporación ronda entre los 10 meses (publico) y 12 meses (privado). En ambos grupos, las golosinas son consumidas en promedio, entre 3 y 4 veces por semana.
- De los niños mayores de 12 meses, el 25% y el 33% del sector público y privado respectivamente, incorporaron pescado a su alimentación. La edad de incorporación promedio, es de 12 meses, encontrándose como la edad más temprana de incorporación los 9 meses.
- También se pudo conocer, que el pan, que es un alimento que debería

incorporarse a partir de los 8 meses, en muchos casos (48% en el sector público y 29% en el sector privado) lo ofrecieron a sus niños antes de esa edad. La edad de incorporación promedio fue de 6 meses, y el registro de incorporación más temprana de este alimento, fue a los 5 meses.

DISCUSIÓN

En la actualidad, no existen demasiados estudios que evalúen la lactancia

materna y alimentación complementaria utilizando en conjunto los ocho indicadores propuestos por la OMS. En la ciudad de Rosario, en el año 2015, fue realizado por la Licenciada María Elena Zapata y colaboradores, un estudio de similares características, cuyos resultados fueron tenidos en cuenta, al ser comparados con este estudio.

En cuanto al cumplimiento de los indicadores y comparación entre los distintos efectores, se pudo determinar que en cuanto al inicio de la lactancia materna en la primer hora de vida, en el sector público la mayoría de las madres inició de manera temprana la lactancia, en comparación de las madres del efector privado, donde el índice de inicio temprano de la lactancia, fue menor, contrariamente al estudio realizado en Rosario sobre prácticas de lactancia y alimentación complementaria (2015), donde se determinó que el inicio temprano fue mayor en el ámbito privado.

Para el indicador de lactancia materna exclusiva, en términos generales, el cumplimiento fue bueno, pero se notó una leve diferencia entre los efectores. En el efector público el cumplimiento fue mayor. Esta misma situación se dio en Rosario, según los estudios realizados en el 2015. Relacionado a este indicador, también se determinó que las madres complementaron la lactancia materna con otras leches antes de los 6 meses, en mayor medida en el efector privado, así como también se encontró que en este efector, las madres abandonaron la lactancia a edades más tempranas, ya que más de la mitad abandono entre el 1º y 2º mes de vida.

La proporción de niños que siguen recibiendo leche materna al año fue muy baja, mostrando diferencias muy significativas entre distintos efectores (en cumplimiento fue menor en el efector privado). Cabe destacar que a raíz del abandono precoz de la lactancia, en el efector público se utilizó en reemplazo de la leche materna principalmente leche de vaca, caso contrario sucedió en el efector privado donde la mayoría de las madres utilizaron fórmulas infantiles.

La incorporación de alimentos sólidos y semisólidos se hace necesaria a partir de los 6 meses, porque la leche materna por sí sola ya no es capaz de cubrir todos los requerimientos de energía y nutrientes que necesita el niño en pleno crecimiento. Si bien la totalidad de los niños de entre 6 y 8 meses de ambos efectores y habían incorporado algún alimento, y si bien la mayoría inició la alimentación complementaria a la edad de 6 meses, se debe destacar que en el efector público hubo una mayor proporción de niños que incorporaron alimentos antes de los 6

meses, y en cuanto a la incorporación tardía si bien los resultados no fueron elevados, en el efector privado, el porcentaje fue mayor.

El indicador diversidad alimentaria, no mostró óptimos resultados en este estudio, arrojando un porcentaje de incumplimiento mayor en el ámbito público. De igual manera, sucede en el estudio realizado en Rosario (2015), solo que los porcentajes de incumplimiento de este indicador son menores.

Cuando se evaluó la frecuencia mínima de comidas, se observó una leve diferencia entre los distintos efectores. El incumplimiento en el ámbito privado fue mayor que en el público.

A raíz de la evaluación de los indicadores frecuencia mínima y diversidad mínima alimentaria, surge un nuevo indicador: dieta mínima aceptable, el cual fue cumplido en mayor medida por las madres del efector privado.

El último indicador propuesto, que es el consumo de alimentos ricos en hierro, fortificados o suplementos, se observó que en el efector privado hubo una diferencia significativa en el consumo de alimentos con respecto al efector público.

En este estudio, también se evaluó el conocimiento de las madres con respecto a la lactancia materna y alimentación complementaria. Al preguntar sobre la edad en que se debe alimentar al niño solo con leche materna, ambos sectores tuvieron un índice alto de respuestas correctas, aunque en el ámbito privado fue levemente mayor.

Al contestar sobre los beneficios de la lactancia, en ambos sectores, la mitad de las madres no respondieron adecuadamente, lo mismo sucedió en relación a la forma correcta de amamantamiento, donde aproximadamente tres cuartas partes de las madres de ambos sectores contestaron de manera incorrecta. En cambio cuando se consulta sobre la edad de introducción de alimentos, los resultados fueron más alentadores, ya que en ambos efectores, el porcentaje de respuestas correctas fue alto, siendo levemente mayor en el ámbito privado.

Se observó un porcentaje bajo de respuestas correctas en ambos sectores en lo que respecta a la edad hasta la que el niño debería ser amamantado. Este índice alto de respuestas incorrectas, puede indicar que hay un desconocimiento por parte de las madres al respecto y puede estar relacionada con el elevado porcentaje de madres que abandonaron la lactancia antes de los 24 meses e incluso antes del año.

El conocimiento de las madres acerca de la edad de introducción de alimentos

sólidos y semisólidos fue positivo, ya que en ambos grupos, aproximadamente tres cuartos de las madres respondieron de manera adecuada. En cuanto a la mejor opción a incorporar en cuanto a consistencias, las respuestas fueron variadas, pero en el efector privado el porcentaje de madres que contestaron de manera adecuada, fue superior con respecto a las respuestas dadas por las madres del sector público.

En base a la información recibida por parte de los profesionales de la salud acerca de la lactancia y alimentación complementaria, un porcentaje elevado reveló haber recibido información, y la mayoría indicó que esa información le fue útil.

Por último, en cuanto a la edad materna y evaluando si esta influye o no en el cumplimiento se puede decir que en los indicadores como lactancia materna exclusiva y lactancia continua al año, el porcentaje de cumplimiento por parte de las madres fue alto, mientras que en el resto de los indicadores un porcentaje muy elevado de madres menores de 19 años demostraron que no cumplían de manera adecuada con los mismos, por lo que podría decirse que la edad de las madres si influye en el cumplimiento de los indicadores.

CONCLUSIONES

A partir de este estudio, se pudo determinar que las prácticas de lactancia materna e indicadores relacionados con la misma, son mayormente cumplidas por

las madres asistentes al efector público, mientras que en el efector privado, se observan mejores prácticas respecto a la alimentación complementaria.

Estos resultados pueden estar relacionados con que el efector público pertenece al programa de “Hospitales amigos de la madre y del niño” y la información y acompañamiento de las madres ayuda a que estas prácticas sean óptimas y se fomente al máximo la lactancia materna. Además en la ciudad de Firmat, funcionó años atrás, un grupo de apoyo conformado por nutricionistas conocido como “AMANI”, donde se recorrían los barrios ofreciendo charlas y talleres sobre lactancia materna, y se acompañaba a las madres durante todo el proceso de amamantamiento, incluso desde antes del nacimiento. En el efector privado, por lo general las madres asistentes tienen una situación económica mejor, y por ende mayor posibilidad de acceso a diferentes tipos de alimentos en cuanto a cantidad y calidad de nutrientes, por lo que pudo haber influido en el mayor cumplimiento de estos indicadores relacionados con la alimentación. A su vez, la rápida incorporación al trabajo, así como el mantenimiento de la imagen corporal de las madres, pueden influenciar en que la lactancia sea rápidamente abandonada.

Al referirnos al incumplimiento de indicadores por parte de las madres menores de 19 años, se pudo observar que en varios indicadores, el porcentaje que no cumplieron con el mismo fue elevado, por lo que puede estar dado por la falta de apoyo familiar y falta de acompañamiento de la pareja, falta de interés por embarazo no deseado o simplemente por no contar con las herramientas necesarias para cumplirlos de manera adecuada.

RECOMENDACIONES

A partir de todo lo expuesto, sería necesario que exista por parte de los médicos, la derivación al servicio de nutrición, para educar a todas las madres desde el

principio del embarazo e ir reforzando conocimientos y prácticas en cada consulta y así lograr que la mayor cantidad de madres puedan amamantar sin problemas y puedan ofrecer, dentro de las posibilidades económicas de cada una, la mejor alimentación para su bebé. También sería importante reforzar las prácticas de alimentación, a penas los niños empiezan a comer, sobre todo, para fomentar hábitos saludables y enseñar a las madres qué alimentos comprar, ya que más allá de la situación económica de cada una, muchas veces se observa que a la hora de comprar alimentos se eligen opciones caras, a veces de mala calidad en cuanto a nutrientes (por lo general alto en grasas y en azúcares) pudiendo elegir otros más nutritivos, rendidores y óptimos para continuar con una correcta alimentación en cuanto crecimiento y desarrollo.

Otra opción que resultaría beneficiosa para fomentar las practicas adecuadas de lactancia y alimentación complementaria, es la incorporación de talleres barriales que traten el tema, y donde no sólo se ofrezcan charlas e información adecuada, sino también que sea un espacio de apoyo, donde cada madre pueda exponer en carne propia sus vivencias, y puedan corregir su accionar, ya que en muchas situaciones, más allá de recibir información por parte de profesionales, no pueden llevarlo a la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeldaño.RA; López de Neira.M; Burrone.MS; Gonzales. MS; Fernández. AR. 2015. Prácticas de lactancia y alimentación complementaria en menores de 6 meses en argentina. Estimaciones a partir de una encuesta multipropósito. Revista de salud

- pública. Vol. XIX: 50-58.
- Dirección Nacional de Maternidad e infancia. Ministerio de la Nación Argentina. Guías alimentarias para la población infantil.2010.
 - FAO/OMS. Beneficios de la lactancia materna para el público. 2010.
 - Ferrer.A. 2015. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. Pediatría integral. Vol XIX: 243-250.
 - Kliegman.R; Beherman.R; Jenson.H; Stanton.B, 2012. Nelson. Tratado de pediatría. (Elsevier)
 - Lorenzo. J; Guidoni.ME; Díaz. M; Marenzi.MS; Lestingi.ME, 2007, Nutrición del niño sano. (Rosario: Corpus)
 - Macías.S; Rodríguez; Ronayne de Ferrer. P. 2006. Leche materna: Composición y factores condicionantes de la lactancia. Archivos Argentinos de Pediatría. Vol. 104: 423-430.
 - Ministerio de Salud de Chile. Manual de lactancia materna. Chile. 2010
 - Ministerio de Salud de la Nación. La alimentación en los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –ENNyS 2010. Buenos Aires. Ministerio de Salud. 2010.
 - Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2015. Programa Nacional Municipios y comunidades. Lactancia materna. Boletín Virtual.Núm 7.
 - Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de la Primera Infancia: Un potente ecualizador. 2007.
 - Organización Mundial de la Salud; UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño.2009.
 - Organización Mundial de la Salud; UNICEF; Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y niño pequeño. 2010.
 - Organización Panamericana de la Salud; UNICEF; Ministerio de Salud de la Nación. Consejería en lactancia materna. Curso de capacitación.1993.
 - OPS/OMS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. 2003.
 - Satriano. R; López; Tanzi. MN; Jasinski. C; Rebori.A. 2012. Recomendaciones de Fórmulas y fórmulas especiales. Archivos de Pediatría Uruguaya. Vol.83: 128-135.
 - Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de nutrición. Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. 2001.
 - Torresani;ME, 2006, Cuidado Nutricional pediátrico. Buenos Aires: Eudeba
 - UNICEF. 2012. Ecuador: Mitos y realidades de la lactancia materna. Disponible en sitio web: https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf

- Vega Velasco Manrique.M. 2014. Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. Medicina naturista. Vol.8: 64-72
- Zapata, ME; Fortino, J; Palmucci, C; Padrós, S; Palanca, E; Vanesia, A; Carmuega, E. 2015. Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. Diaeta, Buenos Aires. Vol 33: 12-20.

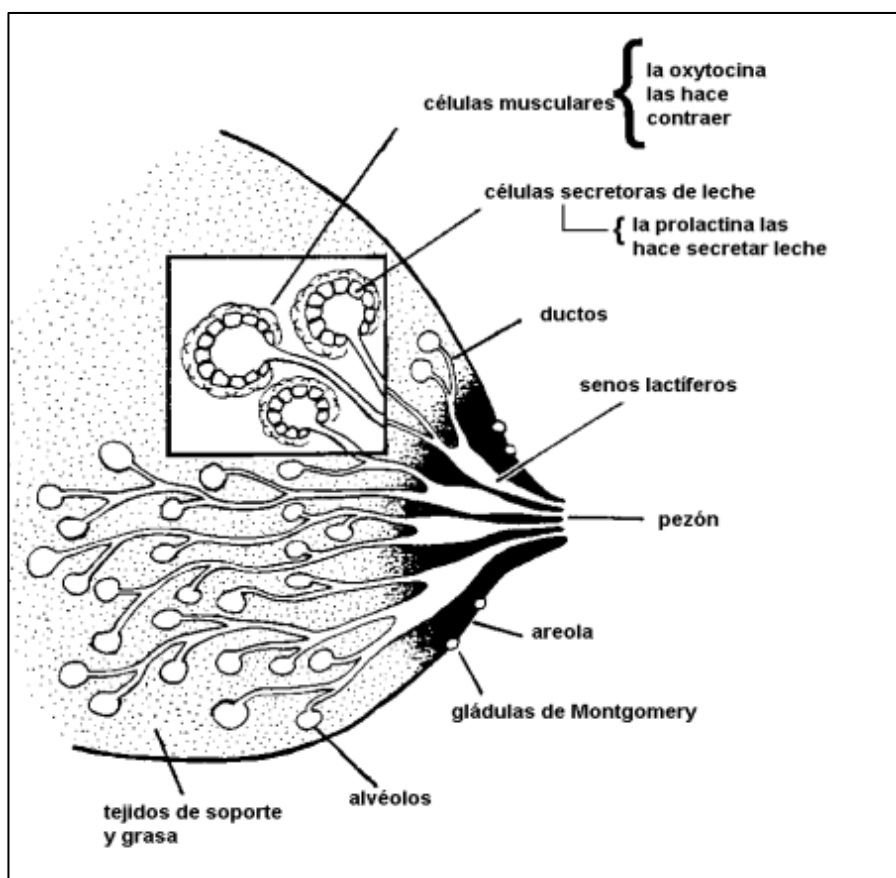
ANEXOS

Anexo I: MENSAJES DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS ARGENTINAS PARA LA POBLACIÓN INFANTIL

NUEVE MENSAJES SOBRE ALIMENTACION INFANTIL:

- Alimentar a los bebés nada más que con leche materna durante los primeros 6 meses y continuar amamantándolos hasta los 2 años y más. ¡Es el mejor comienzo para la vida!
- A partir de los 6 meses es necesario complementar la leche materna agregándole de a poco otros alimentos diferentes de todos los grupos que aparecen en la gráfica de alimentación saludable.
- Es importante tomarse el tiempo suficiente para darles de comer bien, con tranquilidad ayudándoles a que conozcan y prueben otros alimentos, y se acostumbren a ellos.
- A partir del año de vida los niños pueden compartir la mesa familiar y comer los mismos alimentos que come el resto de la familia.
- Para evitar enfermedades es importante cuidar la higiene de todos los días y, muy especialmente, en la alimentación infantil.
- La formación de los hábitos alimentarios saludables se guía desde los primeros años de la vida
- Cuando los niños se enferman, hay que darles de comer pequeñas comidas sencillas, livianas y más seguidas. No hay que reducir ni suspender la lactancia ni la comida de un niño enfermo.
- Cada cierto tiempo (todos los meses hasta que cumplan 6 meses y luego cada dos meses hasta que cumplan 2 años), es muy importante controlar el crecimiento y desarrollo de los niños. Eso permite saber si están bien alimentados.
- Acaricie a sus niños con ternura y demuéstreles siempre su amor, para que aprendan a vivir en armonía, paz y tranquilidad.

Anexo II: ANATOMIA MAMARIA



Anexo III: PAUTAS MADURATIVAS EN NIÑOS DE 0-24 MESES Y SUS IMPLICANCIAS EN LA ALIMENTACIÓN

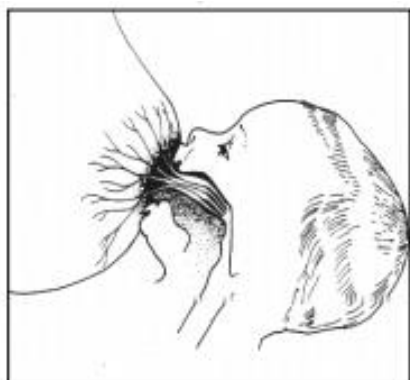
EDAD	REFLEJOS Y HABILIDADES	TIPO DE ALIMENTO A CONSUMIR
0-3 Meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Búsqueda de succión - deglución ✓ Reflejo de protrusión de 1/3 medio de la lengua 	Lactancia materna exclusiva
4-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de la fuerza de 	Hasta los 6 meses lactancia materna, y a

	<p>succión</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aparición de movimientos laterales de la mandíbula ✓ Desaparece reflejo de protrusión de la lengua ✓ Alcanza la boca con la mano. 	<p>partir de los 6 meses se incorporan alimentos en forma de papilla junto con la lactancia materna</p>
7- 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Chupa la cucharita con los labios ✓ Lleva objetos o la mano a la boca ✓ Se interesa por la comida ✓ Mordisquea ✓ Movimientos laterales con la lengua ✓ Empuja comida hacia los dientes. ✓ Buen control muscular ✓ Insiste con agarrar la cuchara pero no la lleva a la boca. 	<p>Lactancia Papillas y purés Galletitas blandas Semisólidos desmenuzados</p>
13-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Movimientos masticatorios rotativos. ✓ Estabilidad de la mandíbula ✓ Aprende a utilizar cubiertos 	<p>Alimentos familiares Carnes, frutas, vegetales</p>

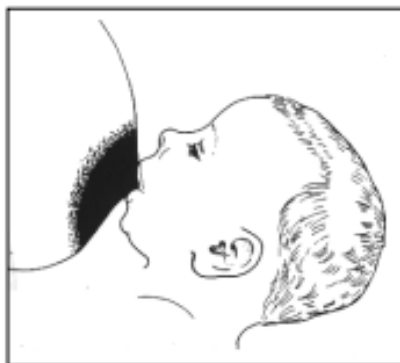
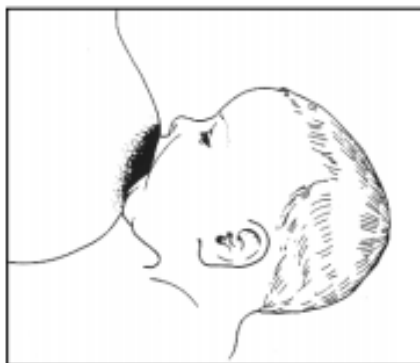
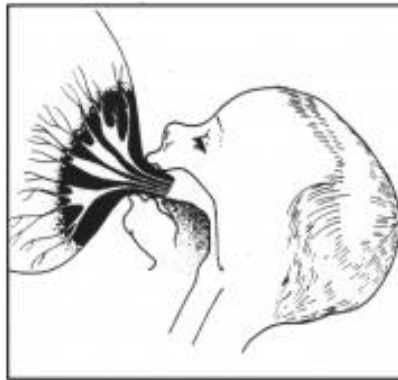
*Guía de alimentación para niños sanos de 0-2 años de edad. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

Anexo IV: FORMA CORRECTA E INCORRECTA DE AMAMANTAR

Buen agarre



Mal agarre



Anexo V: POSICIONES DE AMAMANTAMIENTO

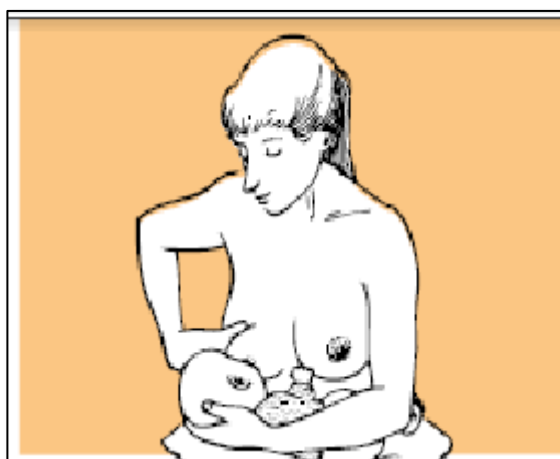


Posición clásica: el niño acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de “C” la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca, en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño. El brazo del niño que queda por debajo se ubica bajo el pecho de la

madre o rodeando su cintura.

Posición caballito: La madre sentada y el niño enfrente el pecho sentado sobre la pierna, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que está el niño, la mano en forma de “C” y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho. No se deberá apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.

Esta posición está recomendada para los niños híper y/o hipotónicos, niños con fisura palatina, mamas muy grandes.



Posición en reversa: La madre sentada y el niño acostado sobre un almohadón para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre la madre ofrece el pecho, con la otra sobre la palma sostiene la cabeza del niño. Esta posición permite deslizar al niño de un pecho a

otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño tiene preferencia por un pecho y cuando el niño tiene problemas con la clavícula.

Posición canasto o pelota: En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea y en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria.



Posición del niño con la madre acostada:

La madre y el niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre. Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de esta, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño.

Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea, para

amamantar de noche o en momentos de gran cansancio.

Anexo VI: 10 PRINCIPIOS DE LA OMS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad y continuar con la lactancia materna
- Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los 2 años de edad o más.
- Practicar la alimentación perceptiva aplicando los principios de cuidado psico-social.
- Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos.
- Comenzar a los 6 meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.
- Aumentar la consistencia y variedad de alimentos gradualmente conforme al niño crece, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.
- Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios, conforme va creciendo
- Dar una variedad de alimentos ricos en nutrientes para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.
- Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades.
- Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo la leche materna (lactancia más frecuente) y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

Anexo VII: ENCUESTA

ENCUESTA PARA MADRES DE NIÑOS DE 0 A 6 MESES

DATOS DE LA MAMÁ:

Edad:

Lugar de atención:

HOSPITAL

CLÍNICA

DATOS DEL BEBÉ:

Edad:

Con respecto a la lactancia:

¿Alimenta a su bebé con leche materna? SI NO

¿Inició la lactancia durante la primera hora de vida? SI NO

¿Complementa la leche materna con otras leches (fórmula para lactantes o leche de vaca)?

SI NO

¿Cual/es? _____

En caso de HABER ABANDONADO la lactancia o haber complementado la leche materna con otras leches:

¿Hasta qué edad recibió SÓLO leche materna? _____

En caso de **no amamantar o haber dejado de amamantar** a su hijo/a, ¿Cuál es/fue la causa?

- Me quedé sin leche
- El bebé no aumentaba de peso
- Dejó solo
- Me enfermé
- El bebé se enfermó
- Dolor u otros problemas al dar de mamar
- Mucho tiempo fuera del hogar
- El bebé no se prendía al pecho
- El bebé no se llenaba con la leche

- Poca cantidad de leche
- El bebé empezó a comer otros alimentos y deje de darle de mamar
- Recomendación del médico o profesional de la salud
- Me lo aconsejaron (familia/amiga/vecina)
- No quise hacerlo
- Otros _____

¿Que utilizó para alimentar a su bebé en reemplazo?

- Fórmulas infantiles comerciales
- Leche de vaca entera
- Leche de vaca descremada
- Otros _____

Además de leche materna, ¿el niño consume otros alimentos o bebidas?

 SI NO

¿Cuáles?

- Leche de vaca
- Yogures o postrecitos
- Quesos
- Galletitas o pan
- Facturas o bizcochos
- Frutas y verduras
- Cereales y derivados (Arroz, fideos, polenta, harinas, cereales de desayuno, etc.)
- Carnes o huevos
- Golosinas y productos de copetín (palitos, chizitos, papitas, etc.)
- Gaseosas o jugos
- Agua
- Infusiones (te, café, mate cocido)

¿Cuál fue la edad de incorporación? _____

Según sus conocimientos:

¿Hasta qué edad se debe alimentar al bebé **SOLO** con leche materna?

- Desde el nacimiento hasta los 3 meses
- Desde el nacimiento hasta los 6 meses
- Desde el nacimiento hasta los 9 meses

- Desde el nacimiento hasta los 12 meses

¿Conoce cuáles son los beneficios de la lactancia materna para su bebé?

- Lo protege contra infecciones y enfermedades
- Ayuda al crecimiento y desarrollo
- Fomenta el vínculo madre/hijo
- Le proporciona al niño/a la mejor nutrición
- Es más higiénica
- Todas las anteriores son correctas

¿Conoce qué es lo que hay que tener en cuenta para saber si su bebé está bien prendido al pecho?
(puede ser más de una opción)

- Las mejillas del bebé se encuentran redondeadas mientras toma la teta
- La boca del bebé se encuentra abierta y cubriendo toda la areola
- El bebé solo chupa el pezón
- Las mejillas del bebé se encuentran hundidas mientras esta mamando
- No sé cómo darme cuenta si mi bebé está bien prendido al pecho.

¿A qué edad se deben incorporar otros alimentos diferentes a la leche materna?

- Desde el nacimiento
- A partir de los 3 meses
- A partir de los 6 meses
- A partir de los 9 meses
- A partir de los 12 meses

¿Hasta qué edad el niño puede continuar con la leche materna?

- Hasta que empieza a comer otros alimentos
- Hasta el primer año
- Hasta los 2 años
- No sé hasta qué edad se puede continuar con la leche materna

¿Recibió información por parte de profesionales de la salud sobre cómo amamantar a su bebé, sobre la lactancia y leche materna?

SI

NO

ENCUESTA PARA MADRES DE NIÑOS DE 7 A 24 MESES

DATOS DE LA MAMÁ:

Edad: _____

Lugar de atención:

HOSPITAL

CLÍNICA/SANATORIO

DATOS DEL BEBÉ:

Edad: _____

Con respecto a la alimentación en los primeros 6 meses:

¿Alimentó a su bebé con leche materna?

 SI NO

¿Inició la lactancia durante la primera hora de vida?

 SI NO

¿Complementó la leche materna con otras leches (fórmula para lactantes o leche de vaca)?

 SI NO

¿Cual/es? _____

En caso de HABER ABANDONADO la lactancia o haber complementado la leche materna con otras leches antes de los 6 meses:

¿Hasta qué edad recibió SÓLO leche materna? _____

En caso de **no haber amamantado o haber dejado de amamantar** a su hijo/a antes de los 6 meses, ¿Cuál fue la causa?

- Me quedé sin leche
- Dejó solo
- El bebé no aumentaba de peso
- Me enfermé
- El bebé se enfermó
- Dolor u otros problemas al dar de mamar
- Mucho tiempo fuera del hogar

- El bebé no se prendía al pecho
- El bebé no se llenaba con la leche
- Poca cantidad de leche
- El bebé empezó a comer otros alimentos y deje de darle de mamar
- Recomendación del médico o profesional de la salud
- Me lo aconsejaron (familia/amiga/vecina)
- Otros _____

¿Que utilizó para alimentar a su bebé en reemplazo?

- Fórmulas infantiles comerciales
- Leche de vaca entera
- Leche de vaca descremada
- Otros _____

Según sus conocimientos:

¿Hasta qué edad se debe alimentar al bebé **SOLO** con leche materna?

- Desde el nacimiento hasta los 3 meses
- Desde el nacimiento hasta los 6 meses
- Desde el nacimiento hasta los 9 meses
- Desde el nacimiento hasta los 12 meses

¿Conoce cuáles son los beneficios de la lactancia materna para su bebé?

- Lo protege contra infecciones y enfermedades
- Ayuda al crecimiento y desarrollo
- Fomenta el vínculo madre/hijo
- Le proporciona al niño/a la mejor nutrición
- Es más higiénica
- Todas las anteriores son correctas

¿Conoce qué es lo que hay que tener en cuenta para saber si su bebé está bien prendido al pecho?
(puede ser más de una opción)

- Las mejillas del bebé se encuentran redondeadas mientras toma la teta
- La boca del bebé se encuentra abierta y cubriendo toda la areola
- El bebé solo chupa el pezón
- Las mejillas del bebé se encuentran hundidas mientras esta mamando

- No sé cómo darme cuenta si mi bebé está bien prendido al pecho.

¿A qué edad se deben incorporar otros alimentos diferentes a la leche materna?

- Desde el nacimiento
 A partir de los 3 meses
 A partir de los 6 meses
 A partir de los 9 meses
 A partir de los 12 meses

¿Hasta qué edad el niño puede continuar con la leche materna?

- Hasta que empieza a comer otros alimentos
- Hasta el primer año
- Hasta los 2 años
- No sé hasta qué edad se puede continuar con la leche materna

¿Recibió información por parte de profesionales de la salud sobre cómo amamantar a su bebé, sobre la lactancia y leche materna?

- SI NO

Con respecto a la alimentación complementaria:

¿A qué edad comenzó a ofrecerle alimentos sólidos y semisólidos al bebé? _____

¿Continúa ofreciendo leche materna a su bebé junto con otros alimentos?

- SI NO

En caso que NO continúe ofreciendo leche materna a su bebé, ¿Hasta qué edad la recibió? _____

¿Recibe o recibió información por parte del pediatra u otro profesional de la salud acerca de qué alimentos implementar? SI NO

¿Cuántas veces come durante el día? _____

En el momento de ofrecer un alimento nuevo al bebé, si el niño lo rechazaba ¿volvía a ofrecerlo en otra

oportunidad?

SI NO

En caso de no volverlos a ofrecer, ¿Cuál era la causa?

- Porque el bebé escupía el alimento
- Porque le ofrecía otro en reemplazo de ese alimento
- Porque lo rechazó reiteradas veces

¿Recibe algún tipo de suplemento como por ejemplo hierro o vitaminas? ¿cuál? _____

Según sus conocimientos:

¿A qué edad debe comenzar a darle alimentos diferentes a la leche materna a su bebé?

- Desde el nacimiento
- A partir de los 3 meses
- A partir de los 6 meses
- A partir de los 9 meses
- A partir de los 12 meses

¿Cuál es, según sus conocimientos, la mejor opción en cuanto a consistencias a incorporar en la primera instancia?

- Preparaciones de consistencia líquida (leche, licuados, caldos, jugos de frutas)
- Purés o papillas (de verduras, de frutas, de cereales como el arroz o la polenta)
- Alimentos cortados en trozos (carnes, frutas o verduras en trozos, pan, galletitas)
- Todos los alimentos pueden ser ofrecidos al iniciar la alimentación
- No sé cuáles son los alimentos que deben ofrecerse primero

PLANILLA FRECUENCIA DE CONSUMO *(En cada grupo de alimentos mencionado indicar con una cruz*

si consume o no, la cantidad de veces por semana que consume cada alimento y la edad que tenía el niño cuando lo comió por primera vez)

GRUPO DE ALIMENTOS	No consume	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	5-7 veces por semana	1 o 2 veces al mes	Edad de incorporación
Cereales (arroz, avena, fideos, polenta, sémola etc.) y tubérculos (papa, batata)						
Legumbres (lentejas, porotos, soja, garbanzo)						
Lácteos (leche de vaca, quesos, yogurt)						
Carnes (vaca, pollo, otras)						
Pescado						
Huevos						
Frutas y verduras como: zanahoria, calabaza, tomate, pimiento, espinaca,, remolacha, brócoli, durazno, damasco						
Otras frutas y verduras						
Suplementos de hierro						
Jugos comerciales y gaseosas						
Golosinas						
PAN						

RECORDATORIO DE 24 HS: A Continuación, escriba TODOS aquellos alimentos que el niño consumió en el día de ayer. En caso de tomar leche materna, también agregar la cantidad de veces en el día.
