



Universidad de Concepción del Uruguay

**Centro Regional Rosario
Licenciatura en Nutrición**

**“ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS QUE
ASISTEN A UN HOSPITAL PUBLICO EN RELACION A
UNO DE GESTION PRIVADA DE LA CIUDAD DE
ROSARIO”**

TESINA PRESENTADA PARA COMPLETAR LOS REQUISITOS DEL PLAN DE
ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN NUTRICION

Tesina elaborada por: LORENA SOLEDAD GARCIA

Firma:

Directora: LIC. ALICIA EEZCKUI

Firma:

ROSARIO, FEBRERO DE 2018

“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”.

AGRADECIMIENTOS

Mi profundo agradecimiento a todas las personas que estuvieron a mi lado en esta investigación.

A la directora de este trabajo, Licenciada Alicia Eezckui que desde un primer momento aceptó mi solicitud y respondió todas mis consultas.

A la Doctora Malena Farrando por brindarme su orientación y ayuda permanente.

A los directivos de los Hospitales Español y Vilela por permitirme realizar la investigación.

A las madres por brindarme su tiempo para realizar las entrevistas.

A la Universidad de Concepción del Uruguay Centro Regional Rosario.

A mi familia por alentarme y ayudarme a transitar este camino.

DEDICATORIAS

Este trabajo está dedicado a mi familia.

A mi esposo Joaquín, mi compañero al cual elijo todos los días.

A mis hijos Francisco, Santiago y Juana que son el motor de mi vida.

A mi mamá Graciela, mi ejemplo de lucha y perseverancia.

A mis hermanas, Ana Laura y Carolina por estar siempre a mi lado.

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	11
Palabras claves.....	12
CAPITULO I: INTRODUCCION.....	13
CAPITULO II: FUNDAMENTACION.....	15
CAPITULO III: ANTECEDENTES	17
CAPITULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
CAPITULO V: HIPOTESIS	24
CAPITULO VI: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	25
Objetivo general.....	25
Objetivos específicos	25
CAPITULO VII: MARCO TEORICO	26
1. La alimentación complementaria.....	26
2. Objetivos de la alimentación complementaria	28
3. Consecuencias del inicio inoportuno de la alimentación complementaria	29
3.1. <i>Consecuencias del inicio precoz de la alimentación complementaria.....</i>	<i>29</i>
3.2. <i>Consecuencias del inicio tardío de la alimentación complementaria</i>	<i>29</i>
4. Características de la alimentación complementaria	30
4.1. <i>Densidad energética: Recomendaciones de energía para la alimentación complementaria</i>	<i>30</i>

4.2. Frecuencia de alimentación	31
4.3. Cantidad de alimento	31
5. Nutrientes elementales en la alimentación complementaria.....	32
5.1. Proteínas.....	32
5.2. Hidratos de carbono.....	33
5.3. Grasas	33
5.4. Hierro	33
5.5. Gluten	33
5.6. Sal.....	34
5.7. Fibra.....	34
5.8. Agua	34
6. Implementación de la alimentación complementaria.....	34
6.1. Incorporación de los alimentos según la edad.....	35
6.2. Consistencia de los alimentos.....	40
6.3. Preparación y almacenamiento de los alimentos complementarios.....	41
7. Alimentación perceptiva	41
CAPITULO VIII: DISEÑO METODOLOGICO.....	43
1. Tipo de estudio	43
2. Descripción del referente empírico	43
3. Población de estudio	45
4. Criterios de inclusión	45

5. Criterios de exclusión	45
6. Muestra	45
7. Unidad de análisis	46
8. Variables de estudio y operacionalización.....	46
9. Instrumentos y métodos de recolección de datos.....	49
10. Análisis de la información.....	49
CAPÍTULO IX: RESULTADOS	50
CAPITULO X: DISCUSION	86
CAPITULO XI: CONCLUSIONES	90
CAPITULO XII: RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFIA	93
ANEXOS	96
ANEXO I: Notas autorización para la realización de encuestas.....	96
ANEXO II: Consentimiento informado.....	98
ANEXO III: Encuesta para madres.....	99

INDICE DE TABLAS

Tabla I: Distribución de los niños según categorización de la edad de inicio de la alimentación complementaria.....	50
Tabla II: Distribución de los niños según motivo de inicio de la alimentación complementaria.....	52
Tabla III: Distribución de los niños en relación a la edad materna y momento de inicio de la alimentación complementaria.	53
Tabla IV: Distribución de los niños en relación al nivel de instrucción materno y momento de inicio de la alimentación complementaria.	55
Tabla V: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de vitaminas y minerales.....	59
Tabla VI: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de proteínas de origen animal.....	62
Tabla VII: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de hidratos de carbono.	64
Tabla VIII: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de grasas.	65
Tabla IX: Distribución de los niños según consumo de sal.	66
Tabla X: Distribución de los niños según consumo de agua.	67
Tabla XI: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 6 meses.	68
Tabla XII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 7 meses.	71
Tabla XIII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 8-9 meses.	73
Tabla XIV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 10-11 meses....	75
Tabla XV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 12 meses.....	77

Tabla XVI: Distribución de los niños según adecuación alimentaria del consumo de agua.	79
Tabla XVII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria del consumo de sal.....	80
Tabla XVIII: Distribución de los niños según consistencia de los primeros alimentos ofrecidos.....	81
Tabla XIX: Distribución de los niños según cantidad de comidas ofrecidas durante el primer mes de alimentación complementaria.	82
Tabla XX: Distribución de los niños según continuidad de la lactancia materna al inicio de la alimentación complementaria.....	83
Tabla XXI: Distribución de los niños según duración de la lactancia materna.	84
Tabla XXII: Distribución de los niños según fuente de información sobre alimentación complementaria.....	85

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico I: Distribución de los niños según categorización de la edad de inicio de la alimentación complementaria.....	51
Gráfico II: Distribución de los niños según motivo de inicio de la alimentación complementaria.....	52
Gráfico III: Distribución de los niños en relación a la edad materna y momento de inicio de la alimentación complementaria en hospital privado.	54
Gráfico IV: Distribución de los niños en relación a la edad materna y momento de inicio de la alimentación complementaria en hospital público.	54

Gráfico V: Distribución de los niños en relación al nivel de instrucción materno y momento de inicio de la alimentación complementaria en hospital privado.	56
Gráfico VI: Distribución de los niños en relación al nivel de instrucción materno y momento de inicio de la alimentación complementaria en hospital público.	57
Gráfico VII: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de vitaminas y minerales.	60
Gráfico VIII: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de proteínas de origen animal.	63
Gráfico IX: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de hidratos de carbono.	65
Gráfico X: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de grasas.	66
Gráfico XI: Distribución de los niños según el consumo de sal.	67
Gráfico XII: Distribución de los niños según el consumo de agua.	67
Gráfico XIII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 6 meses en hospital privado.	69
Gráfico XIV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 6 meses en hospital público.	69
Gráfico XV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 7 meses en hospital privado.	72
Gráfico XVI: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 7 meses en hospital público.	72
Gráfico XVII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 8-9 meses en hospital privado.	74

Gráfico XVIII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 8-9 meses en hospital público.....	74
Gráfico XIX: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 10-11 meses en hospital privado.	76
Gráfico XX: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 10-11 meses en hospital público.....	76
Gráfico XXI: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 12 meses en hospital privado.	78
Gráfico XXII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 12 meses en hospital público.....	78
Gráfico XXIII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria del consumo de agua.	79
Gráfico XXIV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria del consumo de sal.....	80
Gráfico XXV: Distribución de los niños según consistencia de los primeros alimentos ofrecidos.....	81
Gráfico XXVI: Distribución de los niños según cantidad de comidas ofrecidas durante el primer mes de alimentación complementaria.	82
Gráfico XXVII: Distribución de los niños según continuidad de la lactancia materna al inicio de la alimentación complementaria.....	83
Gráfico XXVIII: Distribución de los niños según duración de la lactancia materna....	84
Gráfico XXIX: Distribución de los niños según fuente de información sobre alimentación complementaria.....	85

RESUMEN

Introducción: La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo apropiado y completo del niño.

La alimentación complementaria es el proceso mediante el cual el niño incorpora a su dieta otros alimentos para completar la lactancia materna cuando las necesidades nutricionales se ven aumentadas y ésta deja de ser suficiente. Este período abarca de los 6 a los 24 meses de edad y las consecuencias de la malnutrición en esta etapa son difíciles de revertir.

Objetivos: Evaluar diferencias en las prácticas de alimentación complementaria en cuanto al orden de introducción de los alimentos y momento de incorporación de los mismos, de los niños de 12 a 24 meses que concurren al Hospital Víctor J. Vilela y al Hospital Español de la ciudad de Rosario durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2017. Y valorar si existe relación de éstas con la edad y nivel de escolaridad de las madres de dichos niños.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. Se realizó mediante 60 encuestas individuales a las madres que asistieron a la consulta pediátrica, 30 de cada una de las instituciones, basadas en las características de la alimentación complementaria de los niños.

Resultados: El 50% de los niños comenzó la alimentación complementaria antes de los 6 meses y una parte del sector público lo hizo en forma tardía. Se encontró alimentación variada aunque con escaso consumo de hortalizas de hojas verdes, crucíferas, hígado y pescado además de temprana incorporación de gluten. El sector público presentó mayor consumo de sal y azúcares simples y continuidad en la lactancia materna posterior al año.

Conclusiones: No se hallaron grandes diferencias entre los ámbitos estudiados. En ambos se incorporaron la mayoría de los alimentos pero no en los momentos recomendados, lo que puede influir negativamente en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Palabras claves: Nutrición, Lactancia materna, Alimentación Complementaria, Crecimiento, Desarrollo, Prácticas Alimentarias.

CAPITULO I: INTRODUCCION

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo apropiado y completo del niño.

La lactancia materna es el alimento completo e ideal hasta los 6 meses de edad, momento en el cual las necesidades nutricionales se ven aumentadas y ésta deja de ser suficiente.

La alimentación complementaria es el proceso mediante el cual el niño incorpora a su dieta otros alimentos además de la leche materna, o en su defecto un sucedáneo de la leche, para completar su aporte.

La OMS y demás organismos Nacionales e Internacionales de Nutrición y Salud concuerdan en que el momento oportuno para la introducción de nuevos alimentos es a los 6 meses de edad debido al aumento de las demandas y al crecimiento, desarrollo y maduración de las funciones digestivas, renales y neurológicas del niño.

El período que abarca desde los 6 hasta los 24 meses de vida es de gran vulnerabilidad para el crecimiento y desarrollo del niño y las consecuencias de la malnutrición en esta etapa difícilmente sean revertidas posteriormente. Las deficiencias nutricionales aquí ocurridas están ligadas a dificultades en el rendimiento intelectual y laboral, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta como afirma la Organización Panamericana de la Salud.

Además de realizarse a la edad indicada, la alimentación complementaria debe ser apropiada en cantidad, calidad y ritmo de progresión. Debe aportar los nutrientes adecuados a cada momento biológico del niño según digestibilidad y biodisponibilidad, y debe cumplir con las normas de seguridad alimentaria.

Según la ENNyS (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud) realizada en nuestro país por el Ministerio de Salud de la Nación durante los años 2004 y 2005, el 70% de la población lleva a cabo el inicio de la alimentación complementaria antes de los 6 meses, de los cuales el 40% lo hace entre el 4° y 6° mes y el 25% incluso antes de los 4 meses de vida.

Además de estos datos se conoció que casi la mitad de la población de entre 6 y 24 meses excede ampliamente el consumo de energía según el requerimiento nutricional como así también la ingesta de proteínas.

Debido a que este proceso depende de los padres o cuidadores de los infantes, es de suma importancia brindar a estos la información y recomendaciones necesarias sobre prácticas alimentarias adecuadas para este período, y de esta manera poder llevar a cabo una alimentación complementaria exitosa, lo que se verá reflejado en el estado nutricional de los niños.

CAPITULO II: FUNDAMENTACION

El período de transición entre la lactancia materna exclusiva y la alimentación familiar abarca desde los 6 a los 24 meses del niño y es una etapa de importancia crítica para su crecimiento y desarrollo.

La leche materna es el alimento óptimo para cubrir los requerimientos del bebé durante el primer semestre de vida pero a partir de este momento resulta insuficiente para cubrir las grandes demandas que implica el crecimiento exponencial del infante. Además es este el momento en el que se ha logrado alcanzar un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renales y de maduración neurológica.

Alimentación complementaria se refiere como su nombre lo indica, a la complementación de la lactancia materna sin que exista desplazamiento o cese de la misma.

Una alimentación complementaria adecuada, es decir que sea oportuna y adaptada al niño, depende tanto de los alimentos disponibles que existan en el hogar como también de las prácticas alimentarias y sanitarias de las personas que estén a su cargo.

Es por ello necesario que los padres o cuidadores cuenten con las herramientas necesarias para garantizar una alimentación segura, adecuada y suficiente que permitirán un crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

Una de las principales causas de malnutrición en los primeros años de vida son las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas y las fallas en el crecimiento ocurridas como consecuencia de estas, difíciles de revertir. La interrupción de la lactancia materna y un proceso de alimentación complementaria inadecuado son factores de riesgo de malnutrición, enfermedad y mortalidad.

Por este motivo se pretende detectar mediante esta investigación cuales son los conocimientos de las madres o personas responsables de los niños y los errores que pueden presentarse en este proceso, así como también diferenciar cuales son los alimentos más consumidos, los que son incluidos de manera temprana y tardía o los que escasean en la dieta, puede contribuir a desarrollar estrategias de educación alimentaria para la población.

Poder detectar a su vez si existe falta de información por parte del personal de salud tanto en el ámbito público como en el sector privado permitirá desarrollar acciones de capacitación profesional.

Por otro lado no se debe olvidar que es en este período de la vida de los niños en el que se sientan las bases de los hábitos alimentarios, por lo que resulta esencial que las personas encargadas de su alimentación conozcan la importancia y las consecuencias que puede acarrear este período, para evitar así dificultades en el crecimiento y desarrollo de los niños y lograr fomentar patrones alimentarios adecuados que persistirán toda la vida.

CAPITULO III: ANTECEDENTES

En la búsqueda de información se encontró material disponible relacionado al tema de la investigación. Se seleccionaron los antecedentes que se consideraron más apropiados a este proyecto y cercanos en cuanto al lugar de ejecución y a la fecha de realización.

Un estudio realizado por Gatica y Mendez de Feua en la Región de Cuyo en los meses de septiembre y octubre de 2006 basado en las prácticas alimentarias, tuvo como objetivo determinar la duración de la lactancia materna y edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo y composición, en niños sanos menores de dos años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Como así también conocer los factores sociales y demográficos asociados.

Investigación de tipo descriptiva transversal que arrojó los siguientes resultados: mayor nivel de lactancia materna a menor edad de la madre, incorporación oportuna de la alimentación complementaria, enriquecimiento de las primeras comidas, administración temprana de bebidas azucaradas e incorporación tardía de carne y huevo.

En un estudio llevado a cabo en 2007 por Sáenz, M. con el objetivo de identificar las características de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en la población que asiste al jardín de infantes de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, se concluyó que el 40% de las madres mantiene la lactancia materna hasta los 12 meses, demostrando conocimientos sobre los beneficios de la lactancia prolongada.

El inicio de la alimentación complementaria se realizó a los 6 meses de vida en el 63% de los casos, a los 4 meses en el 28% y el resto luego de los 12 meses del niño.

En el año 2010 el Ministerio de Salud de la Nación publicó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, un estudio transversal realizado en 2004-2005 dirigido a la población materno infantil de nuestro país. El mismo fue llevado a cabo por Mangialavori, Abeyá Gilardon, Biglieri Guidet, Duran y Kogan, miembros de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia en Argentina.

Para el mencionado estudio se tomó una muestra de niños de entre 6 y 23 meses de edad con representatividad regional (Área metropolitana del Gran Buenos Aires, Cuyo, Pampeana, Noroeste, Noreste y Patagonia).

El mismo arrojó los siguientes datos:

- El 95% de los niños inician la lactancia materna desde el nacimiento pero este porcentaje desciende desde los 6 meses de vida llegando sólo un 28% alrededor de los 2 años.
- Un elevado porcentaje de niños no amantados son alimentados exclusivamente con leches no fortificadas con hierro.
- Inicio temprano de la alimentación complementaria: el 70% de los niños incorpora algún alimento antes de los 6 meses de vida, entre los que se encuentran el yogurt, los vegetales cocidos y los purés de frutas.
- La mayoría de los niños no cubre los requerimientos de Vitamina C y fibra.
- Existe un elevado consumo de energía y de proteínas.

Otro estudio realizado en el año 2010 por Cruz Agudo, Jones, Berti y Macias en Los Andes de Bolivia sobre lactancia materna, alimentación complementaria y desnutrición tuvo como objetivo caracterizar los niveles de desnutrición y las prácticas de alimentación de infantes, para poder desarrollar luego un programa de intervenciones nutricionales.

Se tomaron datos antropométricos de 400 niños menores de 5 años de 30

comunidades y se realizaron entrevistas a las madres además de observaciones en los hogares para describir las prácticas alimentarias.

Se concluyó que casi el 20% de los niños son de bajo peso y con altos niveles de retraso en la talla.

El 38% de las madres comenzó la lactancia después de las 12 horas del nacimiento de su hijo; el 39% inició la alimentación complementaria en los primeros tres meses y generalmente con alimentos inadecuados.

Con la investigación se concluyó que las deficiencias nutricionales comienzan en su gran mayoría cuando las madres inician la lactancia materna en forma tardía y la alimentación complementaria a destiempo.

Una investigación llevada a cabo en el año 2011 por Cbianca y colaboradores, tuvo como objeto conocer los factores demográficos, socioeconómicos, culturales y sanitarios que influyen en las prácticas alimentarias de los niños menores de un año y su relación con el estado nutricional.

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal en el cual participaron 29 niños pertenecientes a la Comunidad Chané de la Provincia de Salta.

Los mismos estaban comprendidos entre 0 y 11 meses y 29 días de edad, eran sanos y nacidos a término y se encontraban bajo la cobertura del Programa de Atención Primaria de la Salud del Hospital Luis Adolfo Güemes de la localidad de Aguaray en el año 2011.

Se observó que sólo el 34,4% de los niños recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Más de la mitad de los casos inició la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad.

La mayoría de las madres expresaron haber iniciado la alimentación complementaria por deseo del niño y por indicaciones de los integrantes del equipo de salud.

Los primeros alimentos elegidos fueron sopa, papilla de zapallo, zanahoria y papa y manzana rallada.

Con la investigación se llegó a la conclusión que los factores que influyen en las prácticas alimentarias de los niños menores de un año no afectan el estado nutricional de éstos pero si determinan la situación de inseguridad alimentaria de la población indígena estudiada.

En el año 2012 Naumann y colaboradores llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal cuyo objetivo fue analizar la situación de la lactancia materna y la alimentación complementaria en los primeros años de vida de la población rural originaria de la Quebrada de Humahuaca.

Para llevar a cabo el estudio se seleccionaron dos ámbitos de observación, hogares y efectores de salud (el hospital y puestos sanitarios). De los mismos se extrajo una muestra que incluyó a 30 madres con niños de 0 a 5 años y 10 integrantes del equipo de salud.

A partir de la investigación se pudo evidenciar que la actividad laboral de las madres, la cual difería según la zona de residencia, condicionaba a su vez el abastecimiento de alimentos y las características de la alimentación de los primeros años.

El estudio reveló que el 75% de las madres introdujo alimentos de manera precoz.

Se observó un promedio de duración de la lactancia materna de 16,6 meses y que la lactancia materna exclusiva fue, por lo general, interrumpida en forma precoz siendo la sopa colada el primer complemento de ésta, ya que se asocia esta preparación al concepto de liviana, adecuada y sana para el lactante. Esto podría ser responsable de la disminución en la curva de progresión de peso evidenciada en los niños al iniciar la alimentación complementaria, ya que se estima una densidad calórica inferior a la recomendada.

Se observó además alta y temprana ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono simples, principalmente agregado de azúcar a mamaderas, elevado consumo de jugos artificiales y gaseosas. Esto sumado al sedentarismo y al creciente consumo de alimentos industrializados podría ser responsable del aumento del sobrepeso y la obesidad infantil en la región.

Por otro lado un estudio realizado en 2012 en La Paz por Jimenez; R. Y Aillon, M. cuyo objetivo principal fue determinar las características de la lactancia materna y la alimentación en niños menores de dos años, arrojó resultados satisfactorios.

En él se pudo evidenciar que todos los niños de la muestra fueron amamantados; el 70% de los niños recibió lactancia materna temprana y el 79% recibió lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida. El 57% de los infantes entre seis meses y dos años reciben lactancia materna continua y el 93% recibieron alimentación complementaria a partir de los seis meses.

Se llegó a la conclusión de que en ese sector de Bolivia se promueve la lactancia materna como método de prevención de enfermedades y que es aplicado por las madres adecuadamente, así como también la incorporación de nuevos alimentos acordes a la edad de los niños.

En la provincia de Santiago del estero en el año 2013, Macias y colaboradores, realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva, de tipo prospectiva y transversal, con el objetivo de determinar la edad de inicio de la alimentación complementaria y el tipo de alimentos incorporados en la dieta del lactante en una población de escasos recursos económicos.

Para ello se realizaron 240 encuestas a madres de niños de 5 a 7 meses de edad que concurrieron al hospital distrital de Forres en la mencionada provincia.

Se incluyeron mujeres de bajo nivel socioeconómico, en período de lactancia,

madres de niños nacidos a término.

Según los resultados la edad promedio de incorporación de alimentos fue 4,4 meses pero un elevado porcentaje de encuestados inició la alimentación complementaria a los 3 meses.

Se observó introducción temprana y simultánea de alimentos nutricionalmente inadecuados, alta ingesta de sodio, alimentos con gluten y elevada proporción de leche de vaca. Esta última fue provista en un alto porcentaje de los niños junto a la lactancia materna desde el nacimiento, desplazando así la lactancia natural.

Los primeros alimentos incorporados fueron el puré de papa y zapallo, la sopa con sémola y la manzana.

Un elevado porcentaje de niños consumía papillas ricas en almidones con escaso aporte de nutrientes esenciales. En muchos casos la leche era remplazada por infusiones como el mate cocido.

A partir de los 5 meses muchos niños fueron incorporados a la mesa familiar, siendo la comida mayormente consumida el guiso de arroz o fideos.

Se pudo observar que la atención pediátrica en el mencionado hospital era mínima presumiendo que las indicaciones sobre la alimentación del niño resultaban escasas o nulas.

CAPITULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen diferencias en las prácticas de alimentación complementaria en cuanto al orden de introducción de los alimentos y momento de incorporación de los mismos entre los pacientes que asisten al Hospital Víctor J. Vilela y los que concurren al Hospital Español de la ciudad de Rosario durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2017? ¿Y existe una relación entre estas prácticas con la edad y nivel de escolaridad de las madres de dichos niños?

CAPITULO V: HIPOTESIS

Las madres que asisten al Hospital Español cumplirían en mayor medida las recomendaciones sobre alimentación complementaria de los Organismos Nacionales e Internacionales de Nutrición y Salud, en cuanto al orden y momento de incorporación de los alimentos, que las que son atendidas en el Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2017.

CAPITULO VI: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Evaluar diferencias en las prácticas de alimentación complementaria en cuanto al orden de introducción de los alimentos y momento de incorporación de los mismos de los niños de 12 a 24 meses que concurren al Hospital Víctor J. Vilela y los que asisten al Hospital Español de la ciudad de Rosario en los meses de Noviembre y Diciembre de 2017. Y valorar si existe relación de estas con la edad y nivel de escolaridad de las madres de dichos niños.

Objetivos específicos

- Conocer la edad y el motivo de inicio de la alimentación complementaria.
- Identificar si existe relación entre la edad y el nivel de escolaridad de la madre y el momento de inicio de la alimentación complementaria.
- Identificar los alimentos incorporados durante la alimentación complementaria y evaluar si estos son incluidos en la dieta en forma oportuna.
- Determinar si son incluidos los distintos grupos alimentarios.
- Evaluar la cantidad de comidas y la consistencia de los alimentos ofrecidos durante el primer mes de alimentación complementaria.
- Conocer si la lactancia materna es mantenida junto a la alimentación complementaria y el tiempo de duración de la misma.
- Reconocer cuales son las fuentes de información sobre prácticas de alimentación complementaria utilizadas por las madres.
- Determinar diferencias entre los resultados obtenidos en ambas instituciones.

CAPITULO VII: MARCO TEORICO

1. La alimentación complementaria

Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud la alimentación complementaria es la oferta de alimentos líquidos o sólidos a los lactantes, para complementar la leche materna.

Esto se produce en un período que abarca desde los 6 meses de edad hasta los dos años, y se inicia cuando la leche materna deja de ser suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del niño.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida, y mantenerla como única forma de alimentación durante el primer semestre; a partir de entonces se recomienda seguir con la lactancia hasta los 2 años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.

No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más con la alimentación complementaria inadecuada.

Las repercusiones en el desarrollo y crecimiento duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, productividad reducida y dificultades de desarrollo intelectual y social (Estrategia OMS/UNICEF).

Si bien ambos procesos no pueden separarse por completo, es conveniente referirse al término “crecimiento” como el aumento del tamaño corporal en conjunto o al aumento de sus diferentes partes, y reservar el concepto “desarrollo” para los cambios tanto morfológicos como funcionales. (Lorenzo, 2004).

La edad de inicio de la alimentación complementaria fue variando a lo largo de los años pero desde la década del ochenta la OMS y demás Organismos Internacionales recomiendan que la introducción de alimentos distintos de la leche materna no se realice antes de los seis meses de edad.

El crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de la edad recomendada, aún en condiciones óptimas (con alimentos inocuos y nutritivos) y los alimentos complementarios introducidos de manera temprana tienden a desplazar la leche materna (Cohen y col, 1994; Dewey y col. 1999).

Además, en términos de desarrollo, la mayoría de los niños están listos para recibir otros alimentos alrededor de los seis meses (Taylor y Morrow, 2001).

Según el momento de introducción de los alimentos, se categoriza a la alimentación complementaria en 4 categorías:

- ✓ Alimentación Complementaria Muy Temprana (ACMT): es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos antes del 4to mes de edad del niño.
- ✓ Alimentación Complementaria Temprana (ACT): es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos entre el 4to y 6to mes de edad del niño.
- ✓ Alimentación Complementaria Oportuna (ACO): es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos al 6to mes de edad del niño.
- ✓ Alimentación Complementaria Tardía (ACTardía): es la incorporación de alimentos líquidos ó sólidos después del 6to mes de edad del niño.

Esta categorización fue utilizada en un estudio realizado en los años 2004-2005, donde se investigó la alimentación de los niños menores de 2 años en nuestro país (ENNyS, 2010).

2. Objetivos de la alimentación complementaria

Los objetivos de la alimentación a partir de los 6 meses son (Olaya, 2009):

- ✓ Aportar energía y nutrientes esenciales que no son cubiertos con la lactancia materna.
- ✓ Estimular el desarrollo psicosensorial del niño.
- ✓ Crear patrones de horarios y hábitos alimentarios.
- ✓ Ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y de los procesos masticatorios.
- ✓ Promover la conducta exploradora del niño.
- ✓ Estimular el desarrollo psicoemocional del niño e integrarlo a la vida familiar.

Durante esta etapa, tanto la maduración digestiva como la maduración renal van progresando; avanza también la maduración neurológica. El niño/a adquiere la capacidad de digerir y absorber otros alimentos y es capaz de excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua (Longo, 2006).

En este período el niño duplica el peso del nacimiento, pierde el reflejo de protrusión y se sienta solo; desarrolla capacidades y movimientos de coordinación para reconocer una cuchara y prensarla con sus labios; puede deglutir alimentos sólidos y ya es capaz de comenzar a diferenciar las variedades de sabores, texturas y colores de los alimentos (Longo, 2006).

A partir de estos cambios, se puede comenzar en forma gradual la introducción de otros alimentos diferentes de la leche.

3. Consecuencias del inicio inoportuno de la alimentación complementaria

3.1. Consecuencias del inicio precoz de la alimentación complementaria

- ✓ Disminución del aporte de lactancia materna por ingesta de alimentos menos nutritivos.
- ✓ Sobrecarga renal: La inmadurez renal limita la capacidad de los riñones para manejar adecuadamente la sobrecarga de solutos incorporada por la leche de vaca u otros alimentos proteicos. Esto predispone a deshidratación por diuresis osmótica, lo cual se ve agravado en caso de cuadros febriles y diarreicos.
- ✓ Exposición temprana a patógenos potencialmente contaminantes de alimentos.
- ✓ Exposición precoz a alergénicos: para algunos niños el aumento de la permeabilidad intestinal a macromoléculas, sumado a la inmadurez del sistema inmunitario, condiciona la aparición de cuadros atópicos en sujetos genéticamente predispuestos.

3.2. Consecuencias del inicio tardío de la alimentación complementaria

- ✓ Fallo de crecimiento y desnutrición por insuficiente aporte energético y nutricional de la lactancia materna.
- ✓ Anemias por déficit de hierro y zinc.
- ✓ Retraso en el desarrollo de habilidades orales como la masticación y la capacidad de aceptar nuevos sabores y texturas.

4. Características de la alimentación complementaria

4.1. Densidad energética: Recomendaciones de energía para la alimentación complementaria

Las calorías provenientes de la alimentación complementaria surgen de establecer la relación entre los requerimientos diarios según la edad del niño y lo que se estima que recibe a través de la lactancia materna.

Calorías que deben ser aportadas por los alimentos complementarios por día según la edad (S.A.P., 2001):

Edad (meses)	Requerimiento promedio Kcal/día	Leche materna Kcal/día	Alimentación complementaria Kcal/día
6-8,9	682	412	270
9-11,9	830	380	450
12-23	1092	346	746

Esto dependerá del consumo de leche del niño. Además de tenerse en cuenta la energía necesaria deberán considerarse tres aspectos importantes en relación con esto: la frecuencia de las comidas, la densidad energética que estas deben tener y la capacidad gástrica del niño.

La capacidad gástrica va a limitar la cantidad de alimento que puede incorporarse en una comida, entonces habrá que tener en cuenta la densidad energética que esta aportará, para poder establecer con qué frecuencia darle alimentos y cuantas ingestas diarias necesitará para poder cubrir las necesidades energéticas.

Cuando la densidad energética de una comida sea baja, se podrá aumentar la frecuencia de comidas para incrementar el aporte calórico respetando un límite máximo de cuatro comidas diarias. También se podrá aumentar el aporte energético elevando la densidad calórica de las comidas respetando siempre el volumen que el niño esté dispuesto a consumir.

4.2. Frecuencia de alimentación

Se aumenta el número de veces que el niño consume alimentos complementarios a medida que va creciendo.

El número apropiado de comidas depende de la densidad energética, la ingesta energética diaria y la cantidad de leche materna ingerida; pero a modo de orientación se sugiere la siguiente frecuencia (S.A.P., 2001):

Hasta los 6 meses	Leche materna a demanda
A partir de los 6 meses	Leche materna + 1 comida por día
Entre los 7 y los 8 meses	Leche materna + 2 comidas por día
Entre los 9 y los 12 meses	Leche materna + 3 comidas por día
Durante el segundo año de vida	Leche materna + 4 comidas por día

4.3. Cantidad de alimento

El peso o volumen de los alimentos ofrecidos dependerá de la densidad energética de los mismos y del número de comidas que se realice.

En general se busca una densidad calórica similar a la aportada por la leche materna, de 0,6 a 0,7 Kcal/g.

El siguiente cuadro (Torresani, 2006) establece el número de comidas y los volúmenes que deben marse teniendo en cuenta una capacidad gástrica aproximada de 20 a 30g/Kg de peso y en función a un peso promedio según la edad del niño.

Edad (meses)	N° de comidas	Comida a incorporar	Peso promedio del niño	Volumen comida
6	1	Almuerzo	7kg	140 a 210gr
8	2	Cena	8kg	160 a 240gr
9 a 11	3	Desayuno o merienda	9kg	180 a 270gr
12	4	Desayuno y merienda	10kg	200 a 300gr

5. Nutrientes elementales en la alimentación complementaria

5.1. Proteínas

Las proteínas constituyen un nutriente limitante en los lactantes. Sin un consumo adecuado de proteínas de alto valor biológico, no es posible alcanzar un nivel óptimo de crecimiento. Por esto la alimentación debe combinar variadas fuentes proteicas (Torresani, 2006).

Se recomienda un aporte de proteínas de origen animal del 45% de la ingesta diaria proteica debido a que las proteínas de origen vegetal presentan deficiencias de aminoácidos esenciales como lisina en el trigo y el maíz y treonina en el arroz.

5.2. Hidratos de carbono

Proporcionan casi la mitad de la energía necesaria para el niño. Se deben priorizar los complejos provenientes de tubérculos, cereales y legumbres sobre los simples que pueden inducir a hábitos alimentarios inadecuados y al exceso de peso.

5.3. Grasas

Las grasas deben aportar más del 30% del valor calórico total.

Son necesarias para el desarrollo del sistema nervioso central y para la composición corporal, brindan energía en poco volumen y aportan palatabilidad y sabor a las preparaciones.

Se debe asegurar el aporte de ácidos grasos esenciales, linoleico y linolénico para evitar retraso en el crecimiento y aprendizaje.

5.4. Hierro

En los primeros meses de vida los depósitos de hierro quedan prácticamente agotados debido a la alta tasa de crecimiento y a la expansión de la masa de mioglobina y hemoglobina, por lo que es necesaria la suplementación de hierro medicamentoso a partir del cuarto mes.

Se debe estimular el consumo de hierro hemínico y asociar la ingesta de hierro no hemínico con alimentos que contengan ácido ascórbico. Evitar también los bloqueantes de la absorción como taninos y xantinas.

5.5. Gluten

Se recomienda evitar la introducción de alimentos que contienen gluten (trigo, avena, cebada y centeno) hasta el octavo mes, especialmente en niños con antecedentes familiares de enfermedad celíaca.

5.6. Sal

No es necesaria la adición de sal durante el primer año del niño, el contenido natural de sodio de los alimentos es suficiente para cubrir los requerimientos.

La ingesta aumentada de este mineral puede provocar sobrecarga renal de solutos e induce a la instalación de hábitos alimentarios no saludables.

Se desaconsejan los enlatados, encurtidos, fiambres y los alimentos con glutamato de sodio como caldos en cubitos o sopas deshidratadas.

5.7. Fibra

El aporte de fibra no deberá ser elevado en los dos primeros años ya que puede interferir en la absorción de micronutrientes como el hierro y el zinc.

Este deberá ser <1g/100g de alimento.

5.8. Agua

Es importante cumplir la recomendación de agua para evitar la deshidratación del niño.

El requerimiento se calcula según las calorías consumidas, 1ml de agua por cada Kcal. Hasta los 6 meses la lactancia materna exclusiva cubre las necesidades de la misma pero una vez incorporados los alimentos al sexto mes es indispensable el aporte hídrico.

6. Implementación de la alimentación complementaria

Durante el periodo de transición de la alimentación complementaria los niños son especialmente vulnerables, por lo que los alimentos que se incorporan a su alimentación deben reunir las siguientes características, como se afirma en la reunión de expertos de Ginebra en marzo de 2001:

- han de ser oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente;
- han de ser adecuados, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento;
- han de ser inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios.
- han de darse de forma adecuada, es decir, se debe atender a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.

6.1. Incorporación de los alimentos según la edad

El siguiente cuadro detalla la incorporación ideal de grupos de alimentos según la edad (Torresani, 2006)

Edad (en meses)	Alimentos	Maduración digestiva, renal y psiconeural
6	Frutas: manzana y banana Frutas cítricas: en jugos colados y diluidos Vegetales amarillos: zapallo y zanahoria Vegetales blancos: papa y batata Cereales sin TACC: almidón , harina de arroz y maíz Quesos untables Yema de huevo Aceite	Comienza a sentarse derecho Sigue con la vista el alimento Cierra los labios alrededor de la cuchara Mueve la lengua lateralmente Controla el alimento en la boca Traga correctamente

7	Frutas de estación: durazno, damasco Vegetales verdes: acelga, espinaca y zapallito Cereales sin TACC Quesos blandos Yogur Carne roja, pollo sin piel o vísceras	
8 a 9	Vegetales rojos: remolacha y tomate pulpa de frutas con ácidos orgánicos: mandarina y naranja Cereales con TACC Cereales en grano: arroz Pan y galletitas Quesos de postre Manteca o margarina Dulces: jaleas, mermeladas y dulces compactos	Aparecen los dientes Mastica con movimientos rotatorios Mueve la comida de un lado al otro de la boca Se siente interesado por los alimentos sólidos Aprende a tomar de una taza
10 a 11	Clara de huevo Pastas rellenas Otros vegetales: chaucha	
12	Pescado(*) Miel Dieta familiar	

(*) La incorporación de pescado podrá hacerse con prudencia a partir de los 9 meses de edad; pero en las familias con alta incidencia de atipías, por su mayor potencial antigénico, no debe ser incorporado antes del año.

En nuestro país Las Guías Alimentarias para la Población Infantil (Ministerio de Salud de la Nación) del año 2006 recomiendan a la población:

Al inicio de la alimentación complementaria se indica una comida al día, más pecho a demanda.

Las comidas deben ser espesas, ya que las preparaciones líquidas (sopas, caldos, jugos) no contienen suficientes elementos nutritivos porque tienen gran cantidad de agua.

Se comienza dando una vez al día unas cucharaditas de papillas de cereales sin TACC: arroz, fécula de maíz, harina de maíz, tapioca o puré de hortalizas enriquecidos con leche materna o leche en polvo fortificada.

Agregar una cucharadita de aceite o manteca y nunca sal, los alimentos contienen sal natural.

Una semana después se debe agregar un pequeño trozo de carne sin grasa (vaca, pollo, conejo, cerdo). Esta debe estar bien cocida y los métodos de cocción pueden ser a la plancha, a la parrilla o hervida y debe estar bien desmenuzada, picada finamente o rallada. Una vez por semana se puede remplazar la carne por hígado bien cocido y molido o morcilla tamizada, sólo la parte cremosa, sin piel ni partes duras.

A los purés se les puede agregar: salsa blanca, ricota o queso tipo cremoso.

Como postre, se pueden ofrecer purés de pulpas de frutas maduras: manzana, banana, pera, durazno.

Se debe dar de beber agua hervida y enfriada; también jugos de frutas naturales, colados y diluidos a la mitad con agua. No se debe agregar azúcar.

El niño debe tener desde que comienza a comer, su propio plato. Esto permite que la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez.

Es completamente normal que el niño rechace alimentos cuando estos son ingeridos por primera vez, pero repetir la incorporación de dicho alimento conducirá a la aceptación del mismo, la frecuencia de exposición a los diferentes gustos, facilita la aceptación.

Es importante también que la introducción de nuevos alimentos se realice de a uno por vez, dando así la posibilidad de detectar en el caso de que el niño sea alérgico, cual es el alimento causante de dicha reacción.

Entre el séptimo y octavo mes, se indican 2 a 3 comidas al día además de pecho a demanda.

Se agrega papillas que tengan harina de trigo, sémola o fideos chicos y finos como cabellos de ángel, avena arrollada, cebada, y papillas de otros vegetales triturados como zapallitos.

Yema de huevo dura y pisada, agregada a las preparaciones.

Papillas de legumbres bien cocidas, tamizadas y sin piel.

Postres con leche: flanes, cremas de maicenas, arroz, polenta con leche y sémola con leche, cereales con leche y azúcar. Se puede utilizar la leche materna para prepararlos.

Pan ligeramente tostado, bizcochos secos (tipo tostadas) o galletitas simples sin relleno; vainillas.

Se puede incorporar quesos cremosos o tipo fresco en las preparaciones.

Yogur entero de vainilla: solo, con frutas frescas o cereales. Yogur casero. Pulpas de frutas locales.

Desde los 9 meses hacia el primer año, se indican 3 a 4 comidas al día más pecho a demanda.

El niño ya puede comer: frutas frescas, bien lavadas y peladas, en trocitos.

Verduras y cereales en preparaciones como budines, con salsa blanca, con ricota, en ensaladas cortadas en trozos chicos.

Pulpa de tomates (sin piel y sin semillas), remolacha, espinacas, choclo rallado o triturado.

Todos los pescados cuidando muy bien de retirarle las espinas.

Huevo entero, bien cocido y picado o en preparaciones tales como budines, tortillas y rellenos. Dos o tres veces por semana pueden remplazar a la carne.

Pastas rellenas y guisos con pocos condimentos.

Se puede utilizar aceite vegetal en pequeñas cantidades para mejorar el sabor de las comidas.

Quesos tipo postre y de rallar como condimento.

Dulces de batata o membrillo.

No se debe dar miel antes del año por peligro de botulismo. Antes de los dos años no es conveniente el consumo de golosinas, productos de copetín, gaseosas, embutidos, hamburguesas, salchichas. Los maníes, nueces y similares no aconsejarlos antes de los 4 años por el riesgo de aspiración.

Se aconseja combinar en cada comida, en el mismo plato, un poquito de carne con hortalizas o pastas o arroz. Acompañarlos con una fruta o postre de leche.

La alimentación debe ser lo más variada posible para evitar que se cansen o aburran de los mismos sabores.

Es importante que se eviten alimentos cortados en trozos grandes, aquellos que resultan ásperos o muy pegajosos, y los que tienen semillas o espinas, ya que pueden causar problemas al comer.

6.2. Consistencia de los alimentos

La consistencia y la variedad de los alimentos deben ser aumentadas gradualmente a medida que crece el niño, adaptándose a sus necesidades y habilidades, según el período en el que se encuentren:

- Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad.
- A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por si solos).
- A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia.

Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implican el riesgo de bloquear la tráquea, por ejemplo nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.).

El desarrollo neuromuscular de los niños determina la edad mínima según la cual pueden comer ciertos tipos de alimentos (OMS/UNICEF, 1998).

Los alimentos semisólidos o purés son necesarios al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de mordisquear (movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo) o masticar (uso de los dientes).

Algunas pruebas sugieren que existe un período de tiempo crítico para introducir alimentos sólidos “grumosos”, si estos no se introducen antes de los 10 meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro (Northstone y col., 2001). Por ello, aunque dar alimentos semisólidos ahorre tiempo, para provecho del desarrollo infantil se recomienda aumentar la consistencia de los alimentos gradualmente de acuerdo con la edad del niño.

6.3. Preparación y almacenamiento de los alimentos complementarios

El cuidado con las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos es crítico para la prevención de enfermedades gastrointestinales. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida, puesto que la ingesta de alimentos complementarios aumenta (Martínez y col., 1992).

Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al:

- ✓ lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
- ✓ guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación.
- ✓ utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- ✓ utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños.
- ✓ evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

7. Alimentación perceptiva

Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social (Engley col., 2000, Peltó y col., 2002):

- ✓ alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción;
- ✓ alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos;
- ✓ si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer;
- ✓ minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente;

- ✓ recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor, hablar con los niños y mantener el contacto visual.

Los expertos en prácticas óptimas de alimentación infantil acuerdan que un estilo más activo de alimentación puede mejorar la ingesta nutricional.

A modo de síntesis del capítulo se enumeran los Principios Rectores de una Alimentación Complementaria apropiada, tal como lo especifica la OMS:

1. Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
2. Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
3. Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
4. Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
5. Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
6. Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
7. Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
8. Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
9. Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

CAPITULO VIII: DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de estudio

El estudio fue de tipo descriptivo, diseñado para describir la distribución de las variables. Observacional ya que no hubo intervención por parte del investigador, sólo se midieron las variables definidas en el estudio; cualicuantitativo de corte transversal ya que dichas variables fueron estudiadas en un determinado momento. De carácter retrospectivo ya que se consultó sobre los primeros doce meses de vida de los niños.

Hablamos de un estudio comparativo ya que tuvo como objetivo buscar diferencia y/o similitudes con respecto a la alimentación complementaria entre los niños que asistieron al hospital público y al privado.

2. Descripción del referente empírico

La investigación fue llevada a cabo en el Hospital Víctor J. Vilela y en el Hospital Español, que se hallan ubicados ambos en la Zona Sur de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina.

La **provincia de Santa Fe** está ubicada en la región Centro-Este de la República Argentina, al sur del Continente Americano, y es una de las 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) que conforman este país.

La **ciudad de Rosario** está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe. Se encuentra en una posición geoestratégica en relación al MERCOSUR en el extremo sur del continente americano.

La ciudad limita al Este con el río Paraná. Las localidades de Granadero Baigorria e Ibarlucea constituyen el límite Norte, Funes y Pérez se encuentran al Oeste, mientras que al Sur completan los límites Soldini, Piñeiro y Villa Gobernador Gálvez.

Además, los arroyos Ludueña al Norte y Saladillo al Sur cruzan al municipio de Oeste a Este y en algunos tramos también le sirven de límite.

Con una superficie de 17.869 hectáreas y una población de aproximadamente 1.250.000 habitantes, la ciudad es centro del Área Metropolitana del Gran Rosario, constituida por Rosario, Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Pérez, Capitán Bermúdez, Granadero Baigorria, Fray Luis Beltrán, Funes y Puerto General San Martín.

La ciudad se divide en distritos. En el **Distrito Sur** de la Ciudad, se encuentran los Hospitales que forman parte de este estudio.

El **Hospital Español** es uno de los nosocomios privados más grandes de la ciudad. Está ubicado en calle Sarmiento 3150.

La obra del centro de salud fue gestionada por la Sociedad de Beneficencia del Hospital Español y levantada en 1912.

Cuenta con un total de 86 camas para internación y 4 habitaciones individuales para adultos; un centro materno infantil con atención ambulatoria y una sala de internación pediátrica, internación para maternidad y una unidad de neonatología. Además cuenta con 40 camas para tocoginecología, obstetricia y pediatría y 12 cunas para terapia neonatológica. También posee unidad de cuidados críticos y siete quirófanos.

El **Hospital de Niños Víctor J. Vilela** es un hospital general pediátrico de mediana y alta complejidad, de referencia regional y provincial y unidad académica formadora de recursos pediátricos y subespecialidades pediátricas. Resuelve la consulta general y la emergencia pediátrica, ya que cuenta con todas las especialidades clínicas y quirúrgicas. Atiende niños y adolescentes con patología aguda hasta los 15 años y con patología crónica hasta los 18 años de edad. Su prioridad es la

atención de la población carente de seguridad social y desarrolla acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Fue puesto en funcionamiento en el año 1930 bajo el impulso del entonces intendente de la ciudad, Don Víctor J. Vilela y se encuentra situado en Virasoro 1855.

3. Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por los niños de 12 a 24 meses que concurren a la consulta pediátrica de los hospitales Víctor J. Vilela y Español de la ciudad de Rosario durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2017.

4. Criterios de inclusión

Se tuvieron en cuenta para la inclusión en la muestra los siguientes criterios:

- Niños y niñas de 12 a 24 meses que asistieron a la consulta pediátrica en los hospitales Víctor J. Vilela y Español cuyas madres accedieron a colaborar con la encuesta.
- Niños nacidos a término.

5. Criterios de exclusión

Para la exclusión de la muestra se consideraron los siguientes ítems:

- Niños menores de 12 meses.
- Niños mayores de 24 meses.
- Niños prematuros.
- Pacientes con patologías que condicionen la alimentación complementaria.

6. Muestra

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. La muestra estuvo formada por 60 niños, 30 pertenecientes al sector de salud público y 30 al privado.

7. Unidad de análisis

Madres de niños de ambos sexos de entre 12 y 24 meses de edad que concurren a la consulta pediátrica en el Hospital Víctor J. Vilela y los que asistieron al Hospital Español, ambos de la ciudad de Rosario.

8. Variables de estudio y operacionalización

Variable	Tipo de variable	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Inicio de alimentación complementaria	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> a. ACMT < 4 meses b. ACT 4 a 6 meses c. ACO 6 meses d. ACTardía > 6 meses 	Edad en meses en la que se introdujeron alimentos distintos a la leche materna
Motivo de inicio de la alimentación complementaria	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> a. Indicación médica b. Recomendación familiar o de amigo c. Decisión propia 	Causa por la cual incorporó alimentos distintos a la leche materna.
Edad materna	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> a. 20 años o menos b. 21 a 30 años c. 31 a 40 años d. 40 años o más 	Años cumplidos en el momento de la encuesta
Educación materna	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a. Primaria incompleta b. Primaria completa c. Secundaria incompleta d. Secundaria completa e. Terciaria/universitaria incompleta f. Terciaria/universitaria completa 	Nivel de instrucción alcanzado por la madre

Introducción de alimentos	Cuantitativa discreta	Cuadro anexo a continuación(*)	Adecuación alimentaria según alimentos incorporados por edad en meses
Cantidad de comidas	Cuantitativa discreta	a. Adecuada: 1 b. No adecuada: 2 o +	Número de comidas diarias que realizó el niño durante el primer mes de alimentación complementaria
Consistencia de los alimentos	Cualitativa ordinal	a. Adecuada: semisólida (papilla) b. No adecuada: líquida o sólida	Consistencia de los alimentos consumidos durante el primer mes de alimentación complementaria
Lactancia materna	Cuantitativa discreta	a. No amamantó b. < 6 meses c. 6 a 12 meses d. 12 a 24 meses	Duración de la lactancia materna
Continuidad de lactancia materna	Cuantitativa discreta	a. Adecuado: Si b. No adecuado: No	Mantenimiento de la lactancia materna al incorporar la alimentación complementaria
Fuente de información sobre prácticas de alimentación complementaria	Cualitativa nominal	a. Pediatra b. Otro integrante del equipo de salud c. Familiar d. Búsqueda en internet e. Medios de comunicación	Persona o medio que le brindó información sobre las pautas para realizar la alimentación complementaria

(*) Edad recomendada de incorporación de alimentos

Alimento	Edad recomendada de incorporación a la dieta
Frutas: manzana, banana Verduras: zanahoria, zapallo, papa, batata Cereales sin TACC: maicena, polenta, harina de arroz Lácteos: quesos untables Huevo: yema Hígado de vaca Grasas y aceites: aceite	6 meses
Frutas: durazno, pera Verduras: acelga, zapallito Cereales con TACC: fideos, trigo, avena, cebada, centeno Lácteos: quesos blandos tipo portsalut/mantecoso, yogur Carnes: vacuna, pollo sin piel	7 meses
Frutas: uva, mandarina, naranja Verduras: remolacha, espinaca Cereales: arroz Pan, galletitas saladas Lácteos: quesos semiduros tipo pategras, mar del plata Grasas y aceites: manteca, crema de leche Azúcares y dulces: mermeladas y dulces compactos	8-9 meses
Verduras: tomate, chauchas, lechuga, choclo Cereales: pastas rellenas como ravioles y canelones Lácteos: quesos duros tipo rallado, parmesano Huevo: clara Legumbres: lentejas, porotos, garbanzos	10-11 meses
Fruta: frutilla Lácteos: leche de vaca Carne: pescado Dieta familiar	12 meses

9. Instrumentos y métodos de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de datos consistió en una encuesta individual, guiada, estructurada dirigida a las madres de los niños que asistieron a la consulta pediátrica (Anexo III).

El método empleado fue a través de la realización de preguntas cerradas a cada madre predeterminadas en el cuestionario.

10. Análisis de la información

La información obtenida de las encuestas fue volcada en planillas en el programa Microsoft Excel 2010 para su tabulación. Para el análisis se elaboraron tablas de acuerdo a cada variable planteada y se confeccionaron gráficos respectivos con cantidades porcentuales para visualizar claramente la información. Las tablas y gráficos se elaboraron con el programa antes mencionado.

CAPÍTULO IX: RESULTADOS

Realizadas las encuestas a las madres y analizando los datos obtenidos en base a tablas y gráficos se encontraron los siguientes resultados:

En cuanto al inicio de la alimentación complementaria se pudo observar que fue temprano en la mitad de los niños y que a su vez, esta cifra fue prácticamente similar en ambos sectores estudiados.

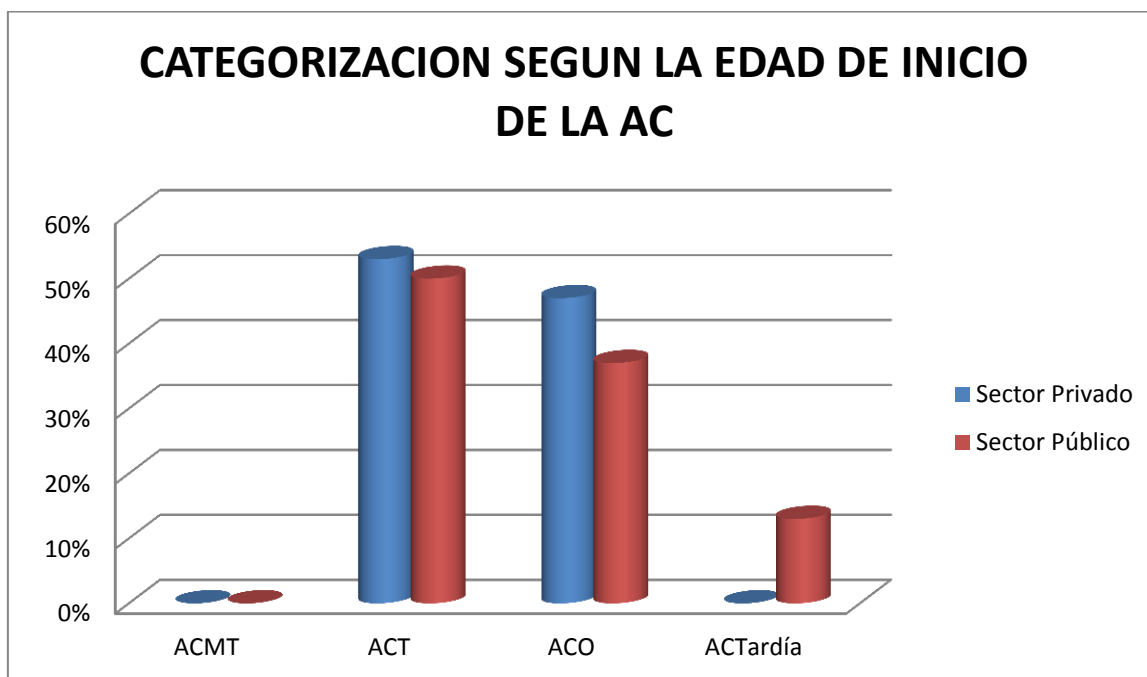
En el sector privado el 53% de los niños incorporaron alimentos distintos a la leche entre los 4 y 5 meses de edad mientras que el resto lo hizo a los 6 meses.

En el ámbito público la mitad de los niños inició la alimentación complementaria entre los 4 y 5 meses, el 37% lo hizo a los 6 meses y el 13% restante lo hizo en forma tardía (Ver gráfico I).

Tabla I: Distribución de los niños según categorización de la edad de inicio de la alimentación complementaria.

Sector de atención	Total (n)	Categorías edad de inicio AC			
		ACMT (n)	ACT (n)	ACO (n)	ACTardía (n)
Privado	30	0	16	14	0
Público	30	0	15	11	4
Total (n)	60	0	31	25	4

Gráfico I: Distribución de los niños según categorización de la edad de inicio de la alimentación complementaria.



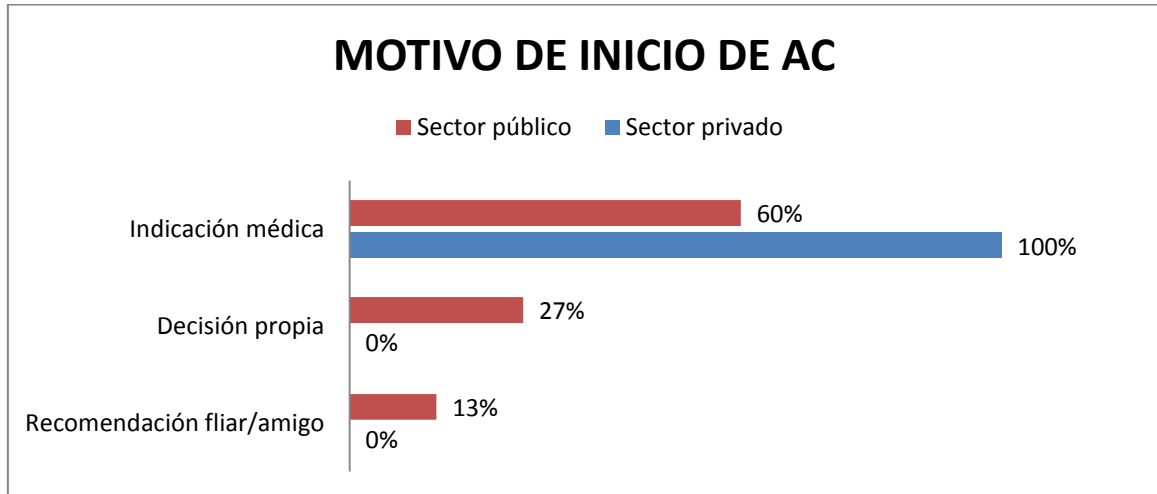
Con respecto al motivo de inicio de la alimentación complementaria, en el sector privado la totalidad de las madres expresó haberla iniciado por indicación médica.

En el sector público el 60% de las madres lo hizo por el mismo motivo, en tanto que el 27% fue por decisión propia y el 13% por recomendación de un familiar o amigo (Ver gráfico II).

Tabla II: Distribución de los niños según motivo de inicio de la alimentación complementaria.

Sector de atención	Total (n)	Motivo de inicio AC		
		Indicación médica (n)	Decisión propia (n)	Recomendación familiar o amigo (n)
Privado	30	30	0	0
Público	30	18	8	4
Total	60	48	8	4

Gráfico II: Distribución de los niños según motivo de inicio de la alimentación complementaria.



Se estudió la relación entre la edad de las madres y el inicio de la alimentación complementaria y se observó que, el grupo de madres del sector privado comprendido entre los 31 y 40 años de edad, representaron el mayor porcentaje tanto en el inicio de la alimentación complementaria oportuna como en la temprana.

El mayor porcentaje de madres del sector público que llevaron a cabo una alimentación complementaria oportuna, se encontraron en el intervalo etario de 21 a 30 años.

El mismo grupo fue el que, en mayor porcentaje, inició la alimentación en forma temprana.

Los casos en los que la alimentación complementaria fue iniciada en forma tardía no se relacionan con un determinado rango etario (Ver gráficos III y IV).

Tabla IIIII: Distribución de los niños en relación a la edad materna y momento de inicio de la alimentación complementaria.

Edad Materna	Inicio AC									
	Sector Privado					Sector Público				
	Total (n)	ACMT	ACT	ACO	ACTardía	Total (n)	ACMT	ACT	ACO	ACTardía
20 años o menos	3	0	2	1	0	9	0	4	3	2
21 a 30 años	8	0	3	5	0	13	0	7	5	1
31 a 40 años	17	0	10	7	0	6	0	3	2	1
40 años o más	2	0	1	1	0	2	0	1	1	0
Total (n)	30	0	16	14	0	30	0	15	11	4

Gráfico IIIII: Distribución de los niños en relación a la edad materna y momento de inicio de la alimentación complementaria en hospital privado.

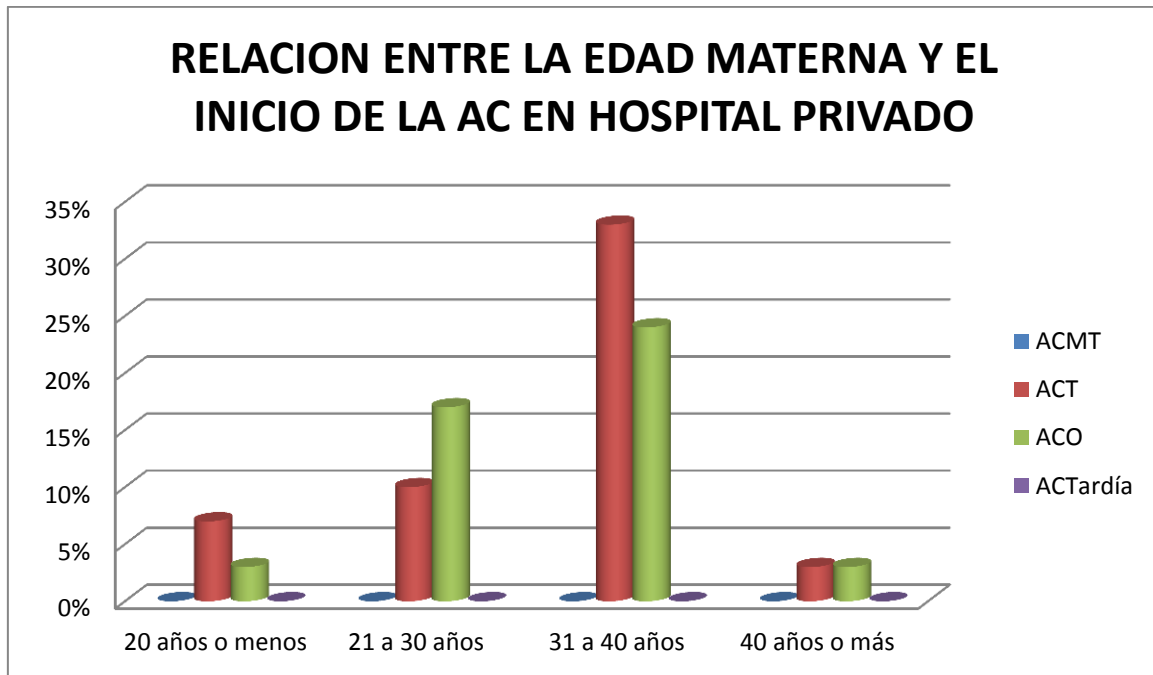
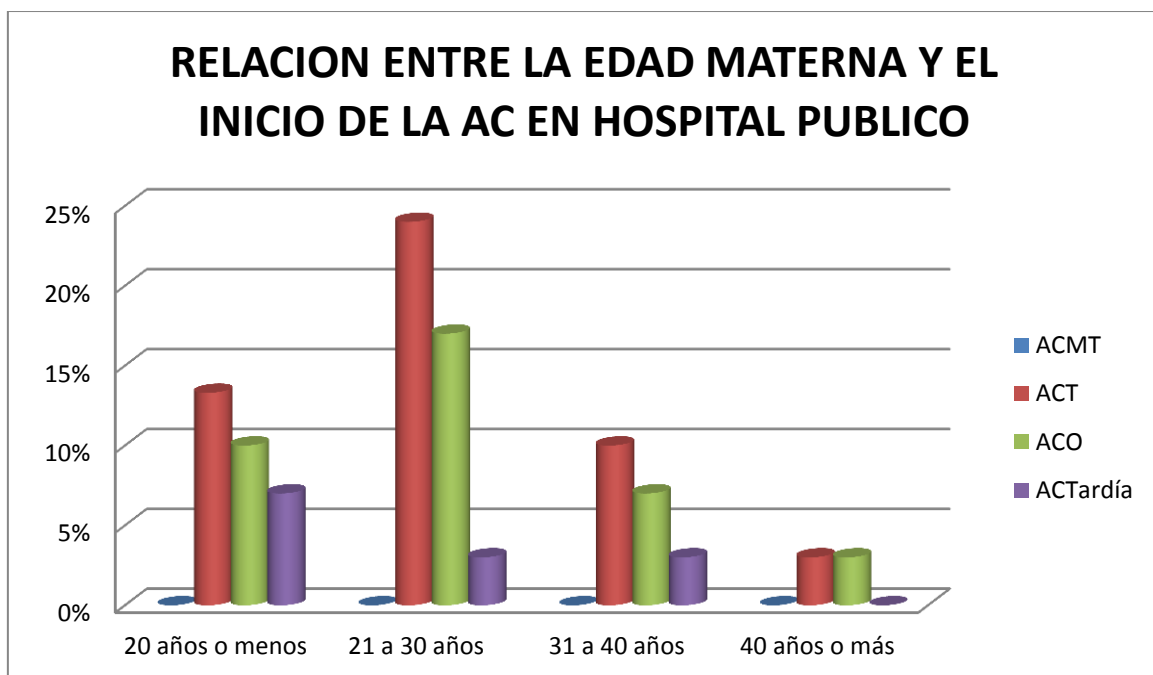


Gráfico IIV: Distribución de los niños en relación a la edad materna y momento de inicio de la alimentación complementaria en hospital público.



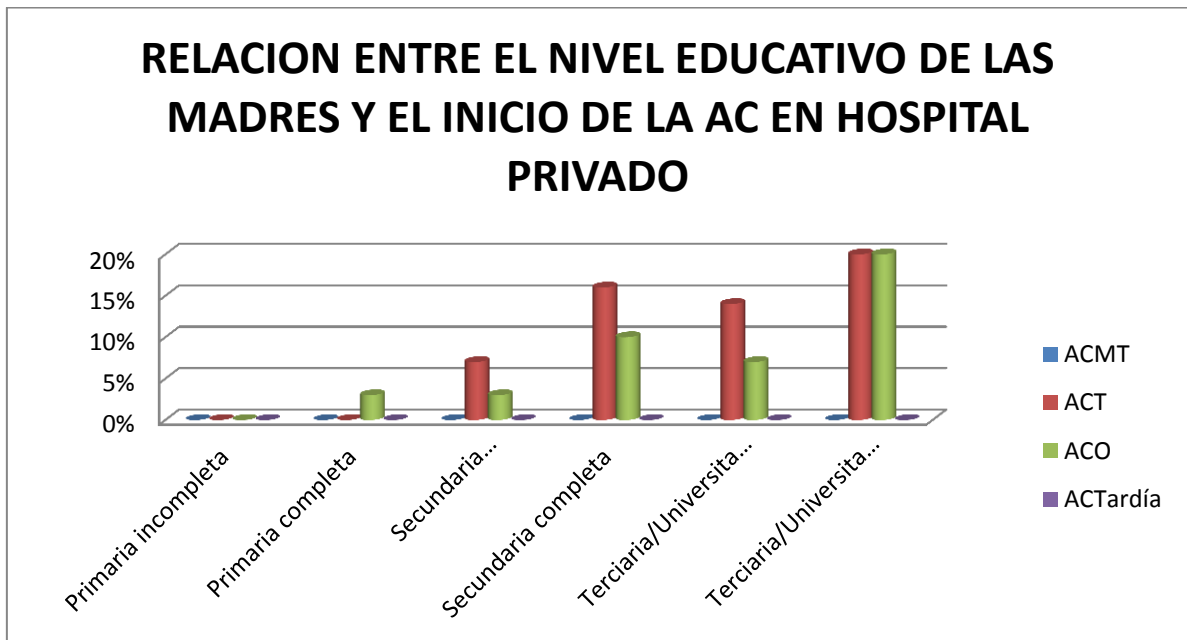
Relacionando el nivel de instrucción de las madres y el inicio de la alimentación complementaria se observaron los siguientes datos:

En cuanto a las madres encuestadas en el hospital privado se vio que a mayor nivel educativo, mayor es el porcentaje que inicia la alimentación complementaria a la edad correspondiente; como así también el porcentaje que comienza a incorporar alimentos antes de los 6 meses de edad (Ver gráfico V).

Tabla IV: Distribución de los niños en relación al nivel de instrucción materno y momento de inicio de la alimentación complementaria.

Educación materna	Inicio AC									
	Sector Privado					Sector Público				
	Total	ACMT	ACT	AC O	ACTardía	Total	ACMT	ACT	AC O	ACTardía
Primaria Incompleta	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0
Primaria Completa	1	0	0	1	0	11	0	5	3	3
Secundaria Incompleta	3	0	2	1	0	6	0	5	0	1
Secundaria Completa	8	0	5	3	0	9	0	2	7	0
Terciaria/Univ incompleta	6	0	4	2	0	1	0	0	1	0
Terciario/Univ Completa	12	0	6	6	0	0	0	0	0	0
Total (n)	30	0	17	13	0	30	0	15	11	4

Gráfico V: Distribución de los niños en relación al nivel de instrucción materno y momento de inicio de la alimentación complementaria en hospital privado.

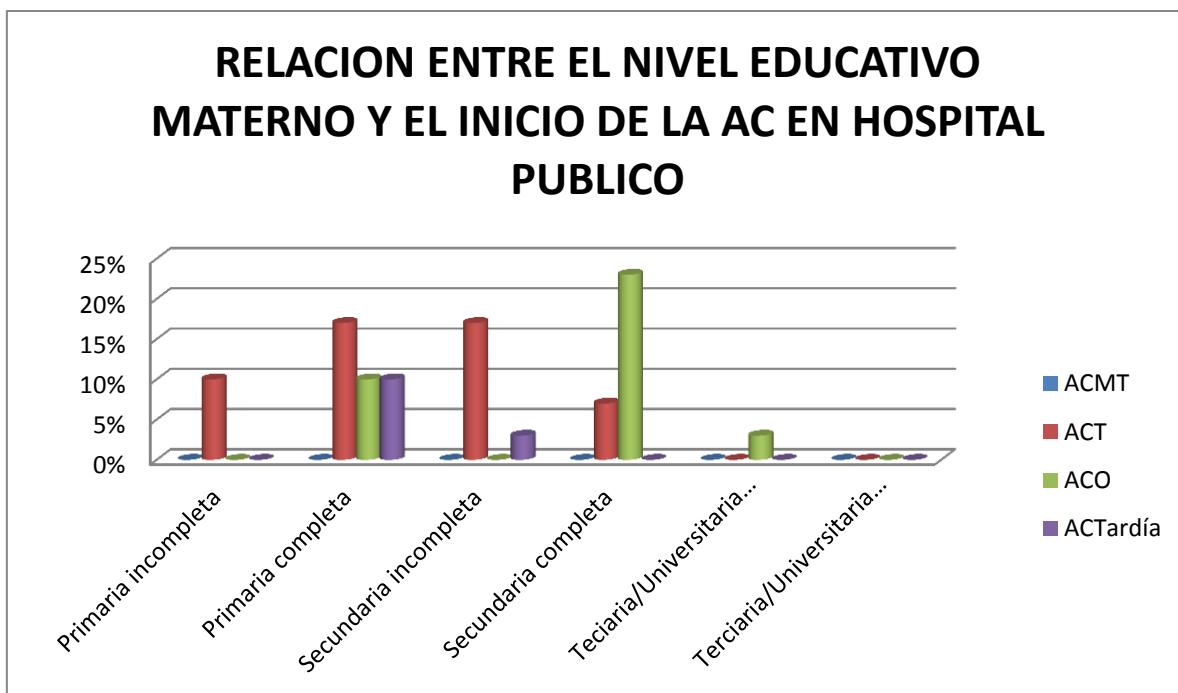


Como se puede observar en el gráfico VI, el mayor porcentaje de madres que comenzaron con la alimentación de manera oportuna fueron las que tenían mayor nivel educativo.

La alimentación temprana se llevó a cabo en mayor medida entre las madres con menor nivel educativo.

El comienzo retrasado de la alimentación coincidió con las madres que sólo accedieron al nivel primario de educación.

Gráfico VI: Distribución de los niños en relación al nivel de instrucción materno y momento de inicio de la alimentación complementaria en hospital público.



Se analizó el consumo de alimentos dividiendo a estos en grupos en base a los nutrientes que brindan por excelencia: vitaminas y minerales, proteínas, hidratos de carbono, grasas.

En cuanto a la ingesta de verduras se pudo observar que tanto la zanahoria como la calabaza, el zapallito, la papa y la batata son consumidas por casi la totalidad de los niños.

Acelga y espinaca igualan el consumo en el sector privado y público siendo del 60% aproximadamente.

La ingesta de remolacha y tomate no presentan diferencias significativas.

El 43% de los niños de ambos sectores consume choclo.

El consumo de chaucha, lechuga y crucíferas es prácticamente nulo en ambos grupos estudiados.

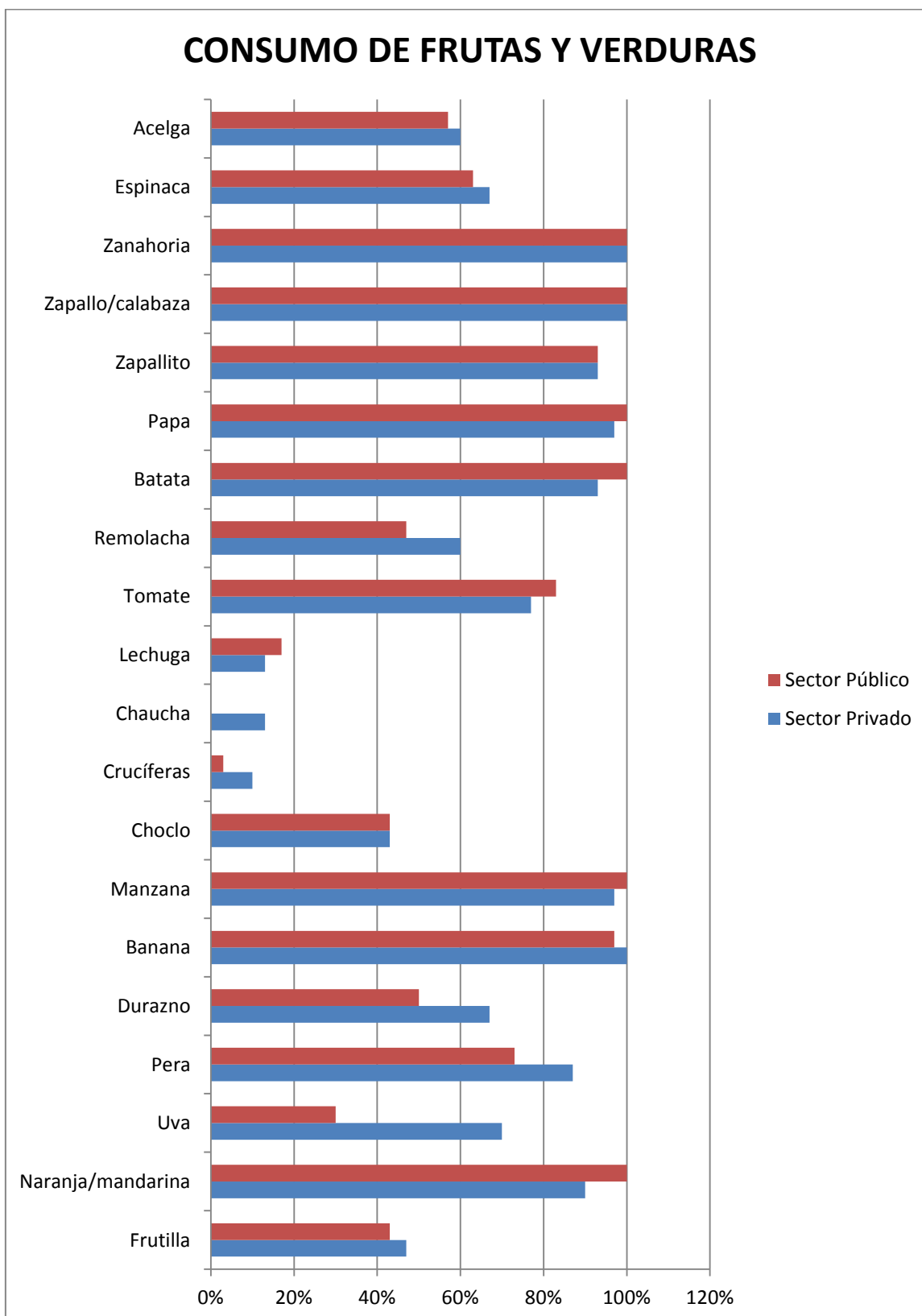
Con respecto a las frutas, las más elegidas son manzana, banana y naranja en ambos sectores. En menor medida y en similares proporciones continúan durazno, pera y frutilla.

El consumo de uva es considerablemente mayor en el sector privado (Ver gráfico VII).

Tabla V: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de vitaminas y minerales.

Alimento	Total (n)	Sector Privado (n)	Sector Público (n)
Acelga	35	18	17
Espinaca	39	20	19
Zanahoria	60	30	30
Zapallo/calabaza	60	30	30
Zapallito	56	28	28
Papa	59	29	30
Batata	52	28	30
Remolacha	24	10	14
Tomate	48	23	25
Lechuga	9	4	5
Chaucha	4	4	0
Choclo	26	13	13
Brócoli/coliflor	4	3	1
Manzana	59	29	30
Banana	59	30	29
Durazno	35	20	15
Pera	48	26	22
Uva	30	21	9
Naranja/mandarina	57	27	30
Frutilla	27	14	13

Gráfico VVIII: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de vitaminas y minerales.



En cuanto a los alimentos fuente de proteínas animales se observó un consumo absoluto de carne vacuna, de pollo y huevo en ambos sectores.

El pescado fue incorporado a la alimentación en el 43% de los casos del sector privado y en el 20% del sector público.

El consumo de hígado es mayor en el hospital público, 50% mientras que en el privado es del 23%. Ninguno de los niños de ambas muestras consumen riñón.

La leche de vaca es consumida por un 57% de los niños del sector privado y 43% del público.

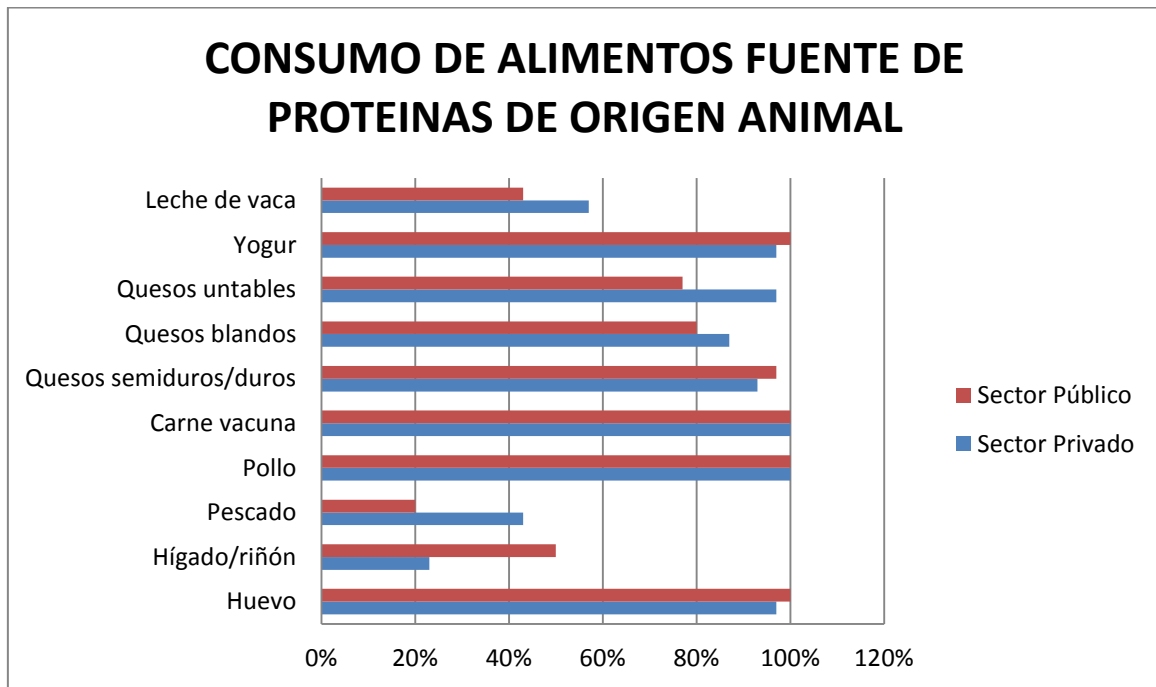
Todos los niños del sector privado consumen yogur así como el 97% de los que asisten al hospital público.

El consumo de quesos es similar, ronda el 80% y el 90% en ambos sectores entre quesos untables, blandos, semiduros y duros (Ver gráfico VIII).

Tabla VI: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de proteínas de origen animal.

Alimento	Total (n)	Sector Privado (n)	Sector Público (n)
Leche de vaca	30	17	13
Yogur	59	29	30
Quesos untables	52	29	23
Quesos blandos	50	26	24
Quesos semiduros/duros	57	28	29
Carne vacuna	60	30	30
Pollo	60	30	30
Pescado	19	13	6
Hígado/riñón	22	7	15
Huevo	59	29	30

Gráfico VIII: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de proteínas de origen animal.



En cuanto a los alimentos fuente de hidratos de carbono se observaron los siguientes resultados:

La mayoría de los niños de ambas muestras consumen polenta, fideos, arroz, maicena, pan y galletitas.

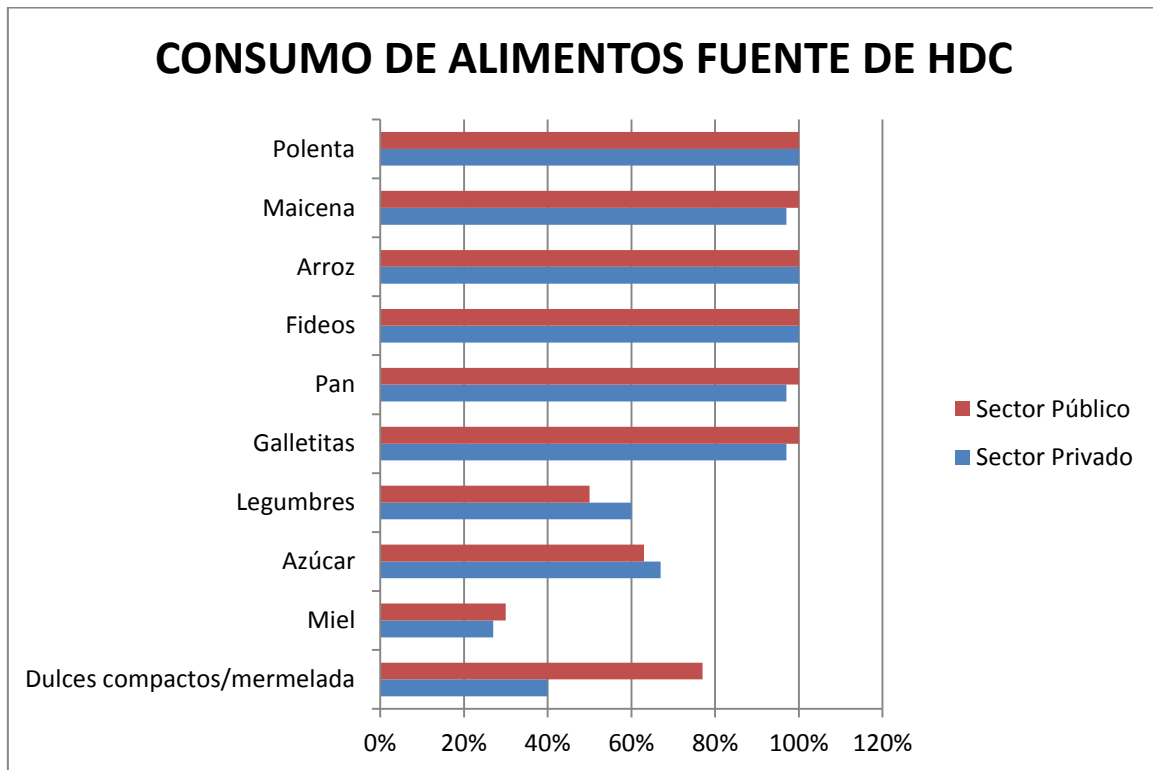
El consumo de legumbres no presenta diferencias significativas y se observa en más de la mitad de los niños estudiados. Cabe destacar que la totalidad de las madres aclararon incluir en la alimentación de sus hijos sólo lentejas.

La misma proporción de niños ingieren azúcar y miel en ambos sectores pero el consumo de dulces, mermeladas y dulces compactos del hospital público duplican al del privado (Ver gráfico IX).

Tabla VII: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de hidratos de carbono.

Alimento	Total (n)	Sector Privado (n)	Sector Público (n)
Polenta	60	30	30
Maicena	59	29	30
Arroz	60	30	30
Fideos	60	30	30
Pan	59	29	30
Galletitas	59	29	30
Legumbres	41	18	15
Azúcar	39	20	19
Miel	17	8	9
Dulces compactos/mermeladas	35	12	23

Gráfico IX: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de hidratos de carbono.



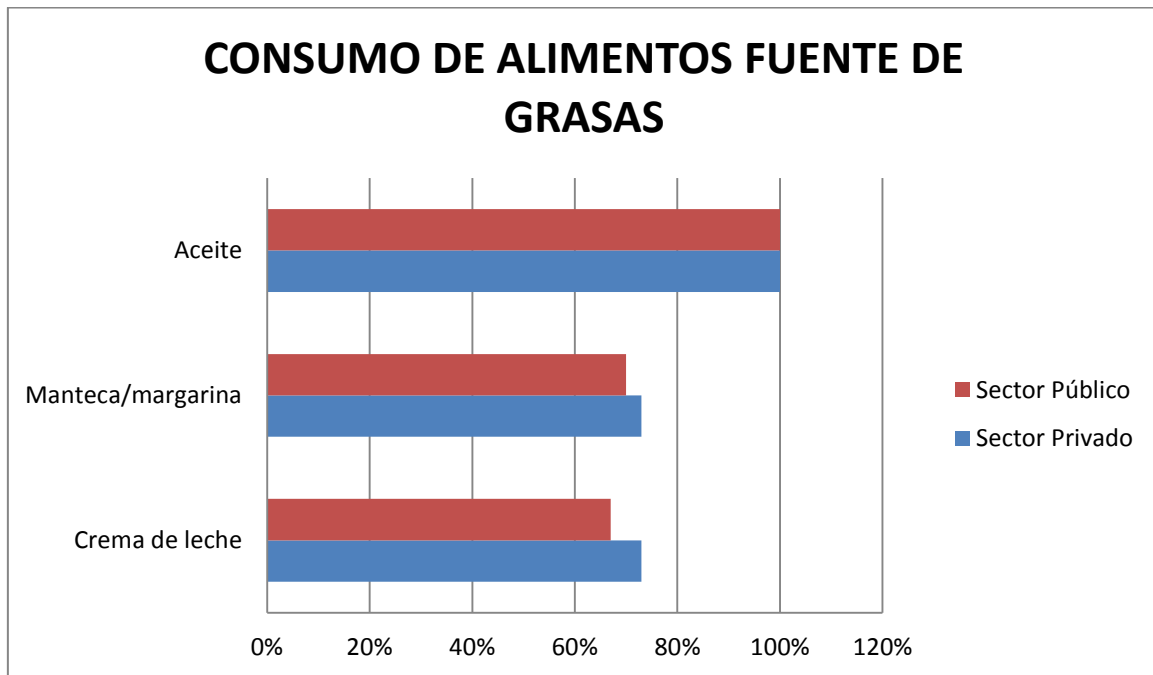
La totalidad de los niños consume aceite.

La manteca y la crema de leche rondan el 70% en ambos sectores (Ver gráfico X).

Tabla IIIVII: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de grasas.

Alimento	Total (n)	Sector Privado (n)	Sector Público (n)
Aceite	57	30	30
Manteca/margarina	43	22	21
Crema de leche	44	22	20

Gráfico X: Distribución de los niños según consumo de alimentos fuente de grasas.

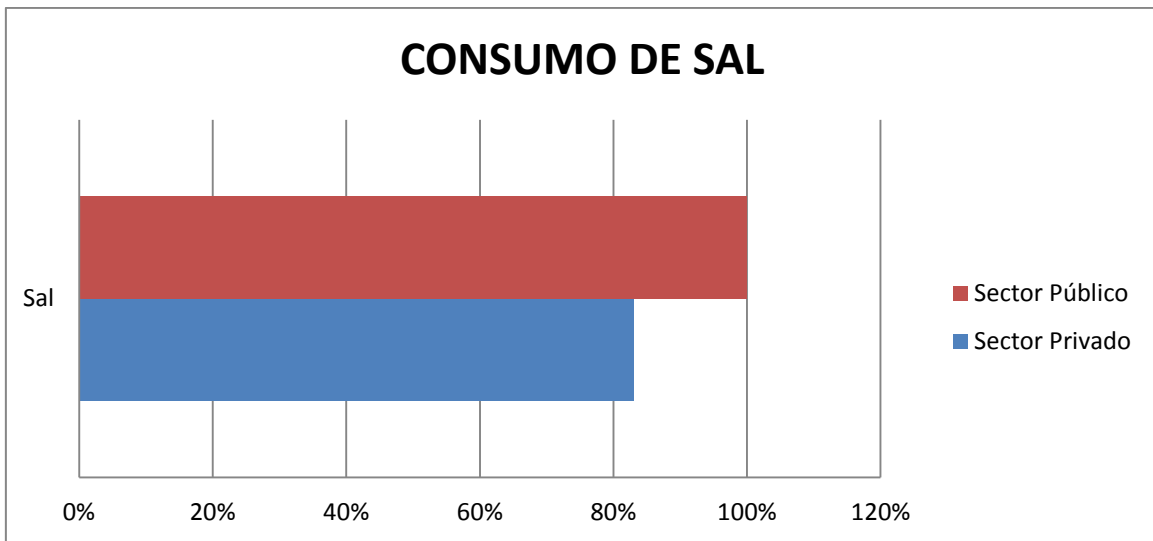


El sector público mostró un mayor consumo de sal, siendo éste del 100% y el del sector privado del 83% (Ver gráfico XI).

Tabla IX: Distribución de los niños según consumo de sal.

Alimento	Total (n)	Sector Privado (n)	Sector Público (n)
Sal	55	25	30

Gráfico VIII: Distribución de los niños según el consumo de sal.

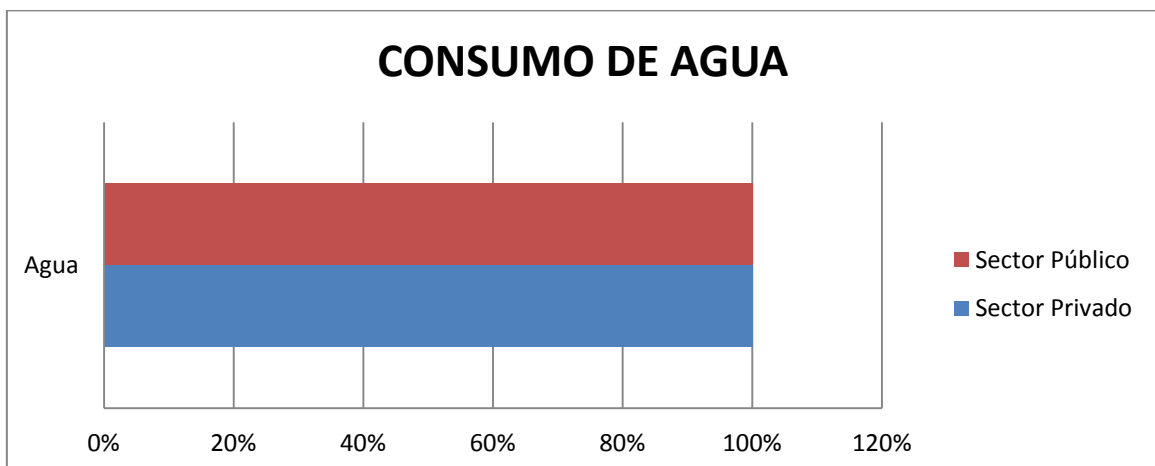


Todos los niños evaluados consumen agua (Ver gráfico XII).

Tabla VIII: Distribución de los niños según consumo de agua.

Alimento	Total (n)	Sector Privado (n)	Sector Público (n)
Agua	60	30	30

Gráfico XII: Distribución de los niños según el consumo de agua.



En cuanto a la adecuación alimentaria a los 6 meses, el consumo de manzana, banana, zapallo y zanahoria fue mayor en el sector privado.

El consumo de papa y batata se inició en general en forma tardía.

La incorporación de hígado no fue adecuada en ninguno de los sectores estudiados ya que el porcentaje es bajo y se suma a la alimentación luego de la fecha recomendada. Los niños del sector privado no incorporaron este alimento a su dieta.

La yema se consume en la mayoría de los casos pasados los 6 meses de edad.

El 50% de los casos de ambos sectores incluyeron queso untable en esta etapa.

El consumo de aceite fue adecuado en ambas muestras (Ver gráficos XIII y XIV).

Tabla IX: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 6 meses.

Alimento	Sector Privado				Sector Público			
	Edad de incorporación							
	< 6 meses (n)	6 meses (n)	> 6 meses (n)	No incorporó	< 6 meses (n)	6 meses (n)	> 6 meses (n)	No incorporó
Manzana	2	26	1	1	7	19	4	0
Banana	2	26	2	0	9	17	3	1
Zapallo	0	28	2	0	7	19	4	0
Zanahoria	0	28	2	0	6	19	5	0
Papa	0	2	27	1	2	1	27	0
Batata	0	1	27	2	3	3	24	0
Quesos	0	15	14	1	0	15	8	7
Hígado	0	0	7	23	0	4	11	15
Yema	0	2	27	1	0	6	24	0
Cereales sinTACC	0	2	27	1	2	7	21	0
Aceite	0	25	5	0	4	21	5	0

Gráfico XIII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 6 meses en hospital privado.

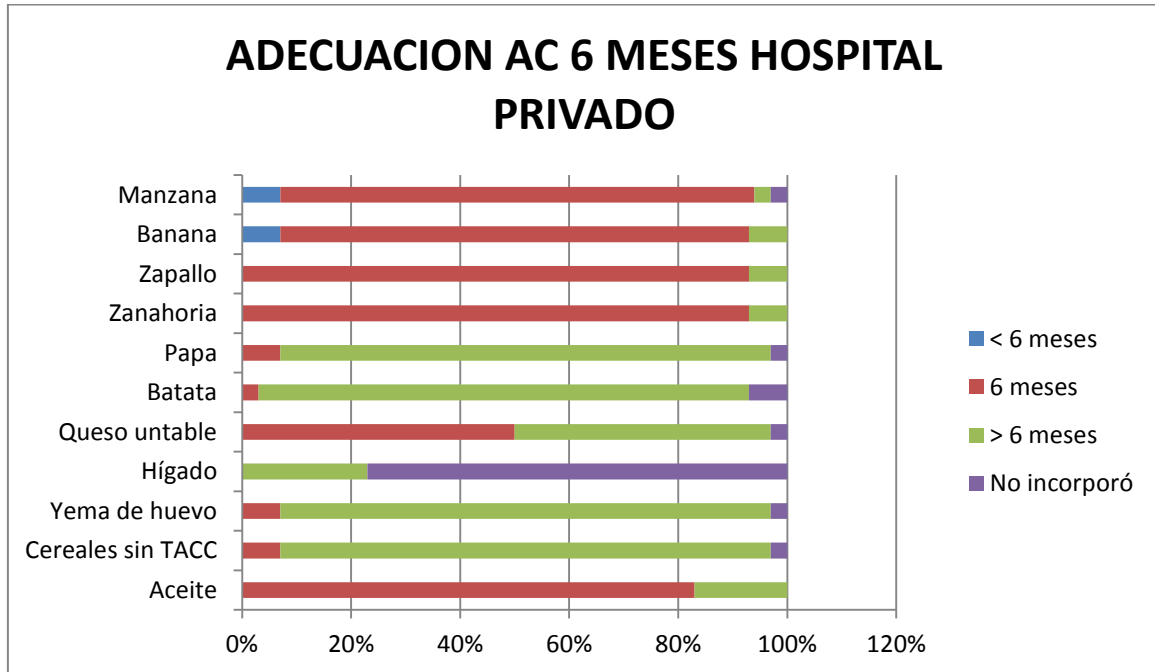
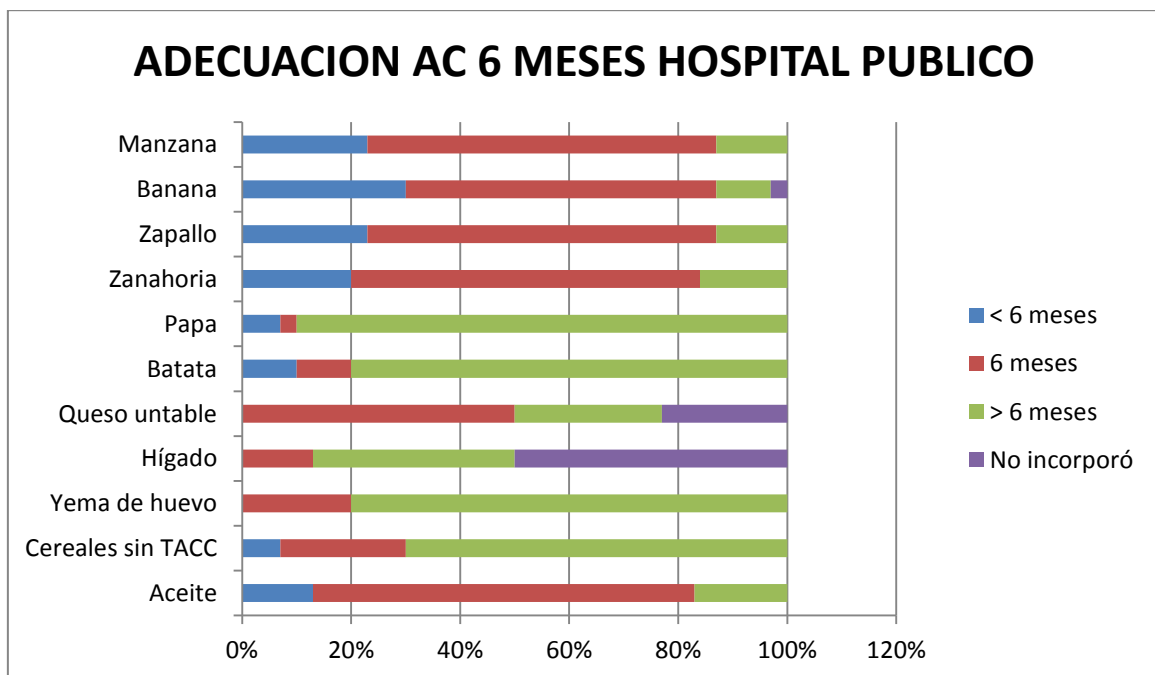


Gráfico XIV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 6 meses en hospital público.



A los 7 meses, no fue adecuado el consumo de durazno, pera, acelga ni espinaca en ninguno de los dos sectores ya que este fue ínfimo o nulo.

Lo mismo sucedió con el zapallito pero esto se debe a que se incorporó a la alimentación en forma temprana.

Tampoco fue adecuado el consumo de yogur, todos los pacientes del sector privado lo incorporaron posteriormente y los del sector público antes o después de la edad recomendada.

El porcentaje de niños que incorporaron quesos blandos y carne de vaca en esta etapa ronda el 50% en ambos sectores. El porcentaje restante agregó los quesos a la dieta luego de la edad recomendada.

La mitad de niños del sector público incorporó el pollo en forma tardía.

No se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras en el consumo de cereales sin TACC, la mitad de la población lo introdujo en la dieta en las etapas recomendadas y el 50% restante lo hizo en forma tardía (Ver gráficos XV y XVI).

Tabla XI: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 7 meses.

Alimento	Sector Privado				Sector Público			
	Edad de incorporación							
	<7 meses (n)	7 meses (n)	> 7 meses (n)	No incorporó (n)	< 7 meses (n)	7 meses (n)	> 7 meses (n)	No incorporó (n)
Durazno	5	2	13	10	8	0	7	15
Pera	8	4	14	4	13	0	9	8
Acelga	0	0	18	12	2	2	13	13
Espinaca	0	0	20	10	2	2	15	11
Zapallito	21	1	6	2	19	5	4	2
Yogur	0	0	12	18	14	5	11	0
Quesos blandos	0	15	11	4	0	12	12	6
Carne vacuna	11	12	7	0	5	14	11	0
Pollo	14	12	4	0	19	0	11	0
Cereales sin TACC	2	10	17	1	9	6	15	0

Gráfico XV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 7 meses en hospital privado.

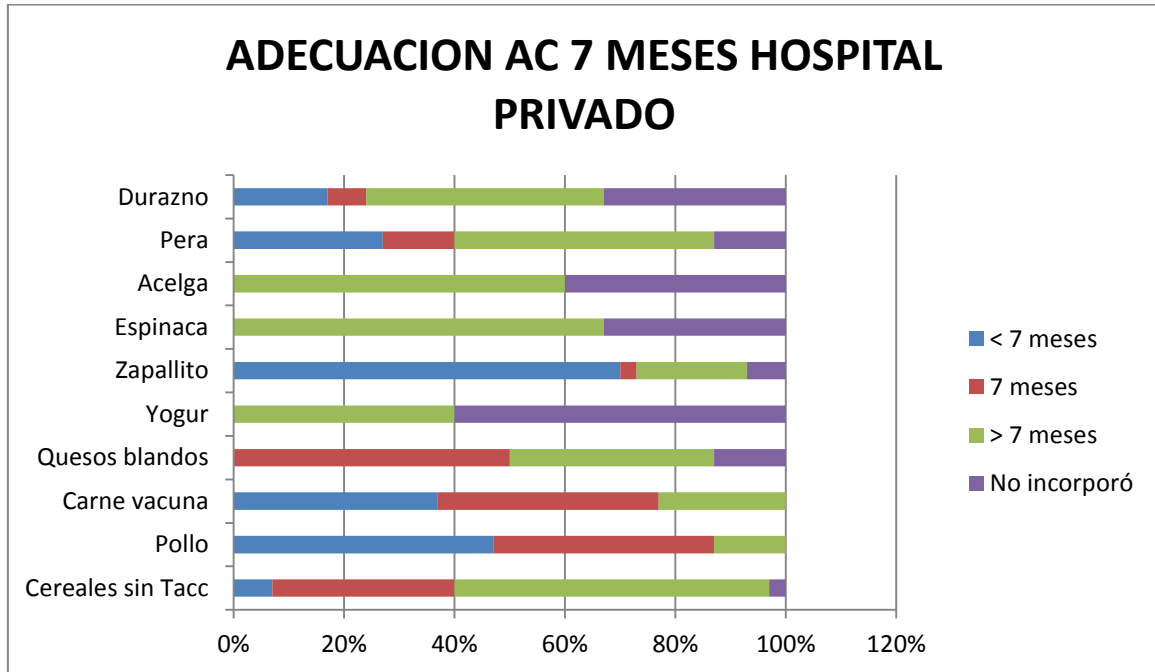
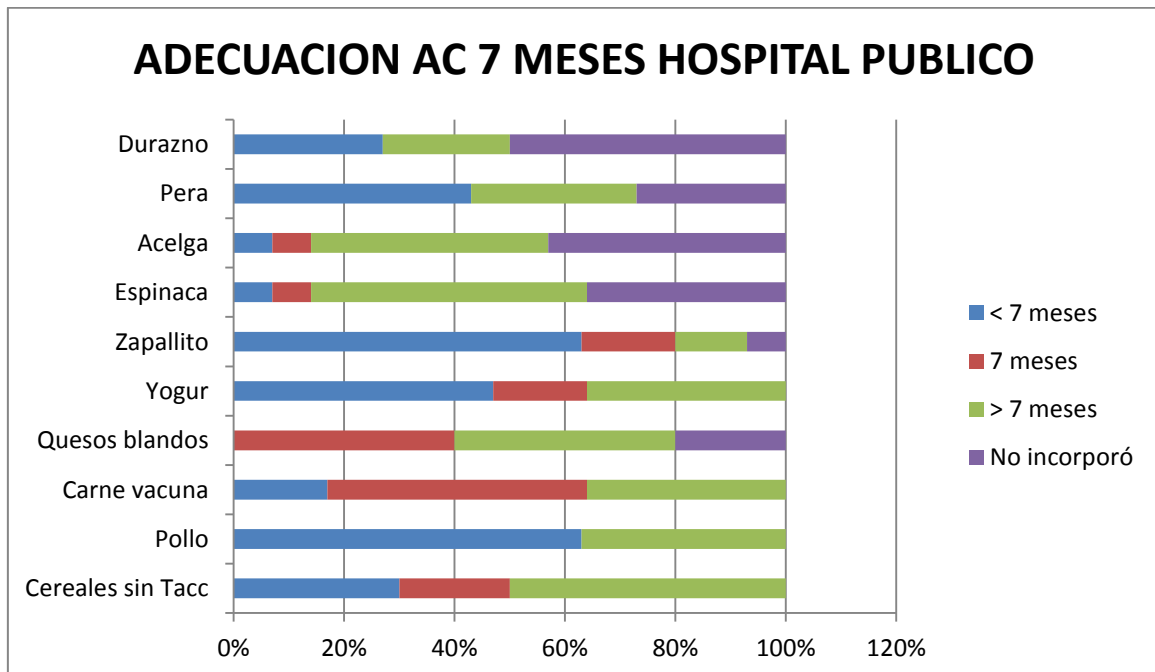


Gráfico IX: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 7 meses en hospital público.



En cuanto a los alimentos incorporados entre los 8 y 9 meses de edad la adecuación del consumo de cítricos fue mayor en el hospital público debido a que en el privado se realiza antes de esta etapa.

El consumo de remolacha es bajo en general en ambos sectores.

La introducción de tomate a la dieta fue realizada en el 50% de los casos de ambas muestras.

Los cereales con TACC por lo general se incluyeron antes de la edad recomendada, pese a esto la adecuación del consumo fue mayor en el sector privado.

La manteca se incorporó antes de esta edad y los dulces y mermeladas de manera posterior en ambos sectores (Ver gráficos XVII y XVIII).

Tabla XIII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 8-9 meses.

Alimento	Sector Privado				Sector Público			
	Edad de incorporación							
	<8-9 m (n)	8-9 m (n)	>8-9 m (n)	No Inc. (n)	< 8-9 m (n)	8-9m (n)	> 8-9 m (n)	No Inc. (n)
Naranja/mandarina	18	5	4	3	14	13	3	0
Remolacha	1	5	4	20	2	8	4	16
Tomate	2	2	14	12	3	5	17	5
Cereales con TACC	14	11	5	0	22	7	1	0
Manteca	13	5	4	8	9	3	9	9
Dulce, jalea, mermelada	0	0	12	18	1	3	19	7

Gráfico XVII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 8-9 meses en hospital privado.

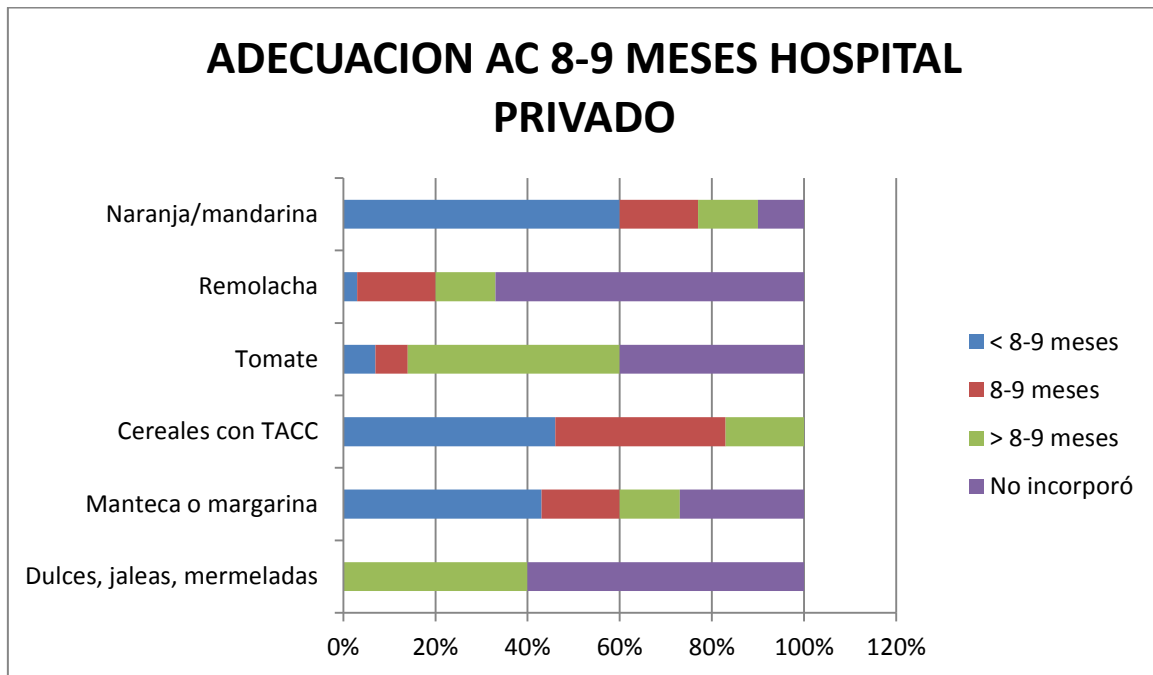
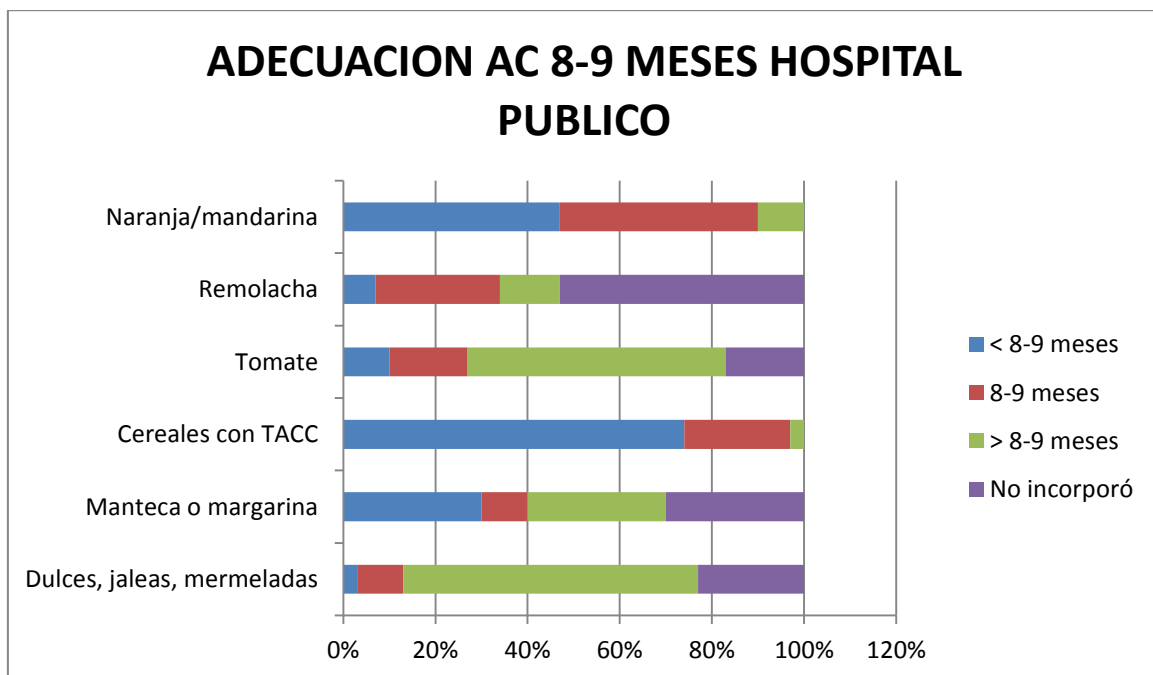


Gráfico XVIII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 8-9 meses en hospital público.



Durante este período la adecuación de la incorporación de clara de huevo es mayor en el hospital privado, aunque cabe aclarar que en general en ambos sectores se realiza antes de la edad recomendada.

Sólo la mitad de los niños en ambas muestras consume legumbres, en el sector público se incorporan en forma temprana y en el privado tardíamente.

El consumo de choclo es similar en ambos sectores, lo incorporaron el 50% de los niños y después de esta edad.

Chaucha y lechuga prácticamente no forman parte de la dieta de los niños en ninguna de las muestras (Ver gráficos XIX y XX).

Tabla XIV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 10-11 meses.

Alimento	Sector Privado				Sector Público			
	Edad de incorporación							
	< 10-11 meses (n)	10-11 meses (n)	>10-11 meses (n)	No incorporó (n)	< 10-11 meses (n)	10-11 meses (n)	10-11 meses (n)	No incorporó (n)
Clara	16	10	3	1	21	6	3	0
Legumbres	5	3	10	12	12	2	1	15
Chaucha	1	0	3	26	0	0	0	30
Choclo	0	2	11	17	0	1	12	17
Lechuga	0	1	3	26	0	1	4	25

Gráfico XIX: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 10-11 meses en hospital privado.

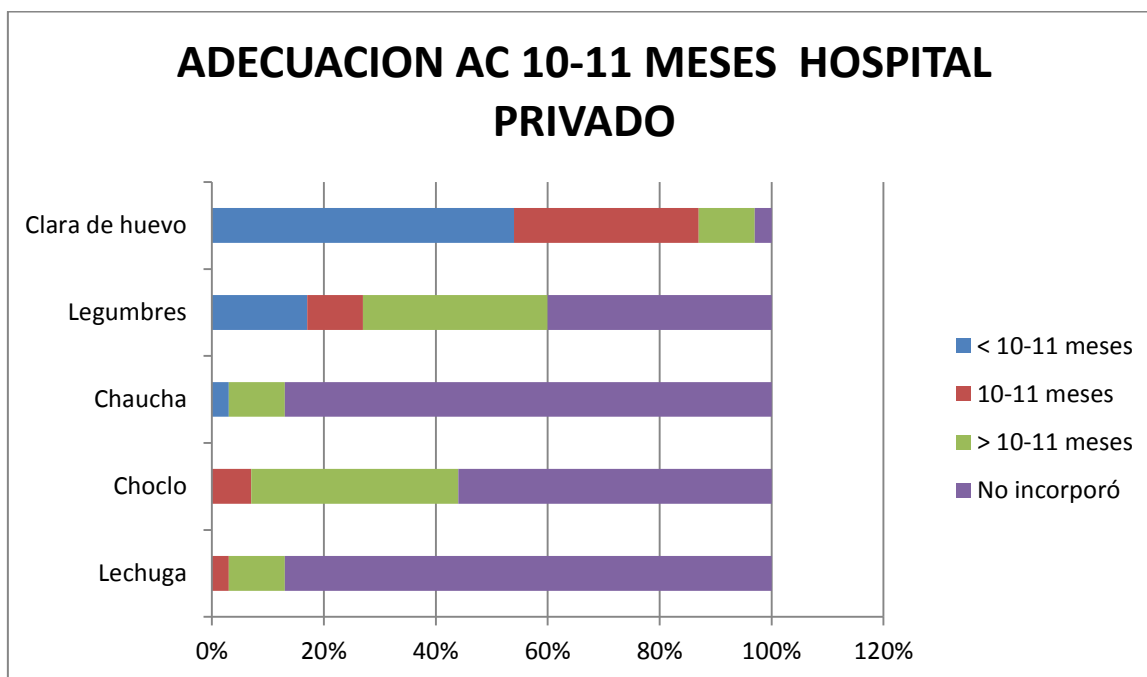
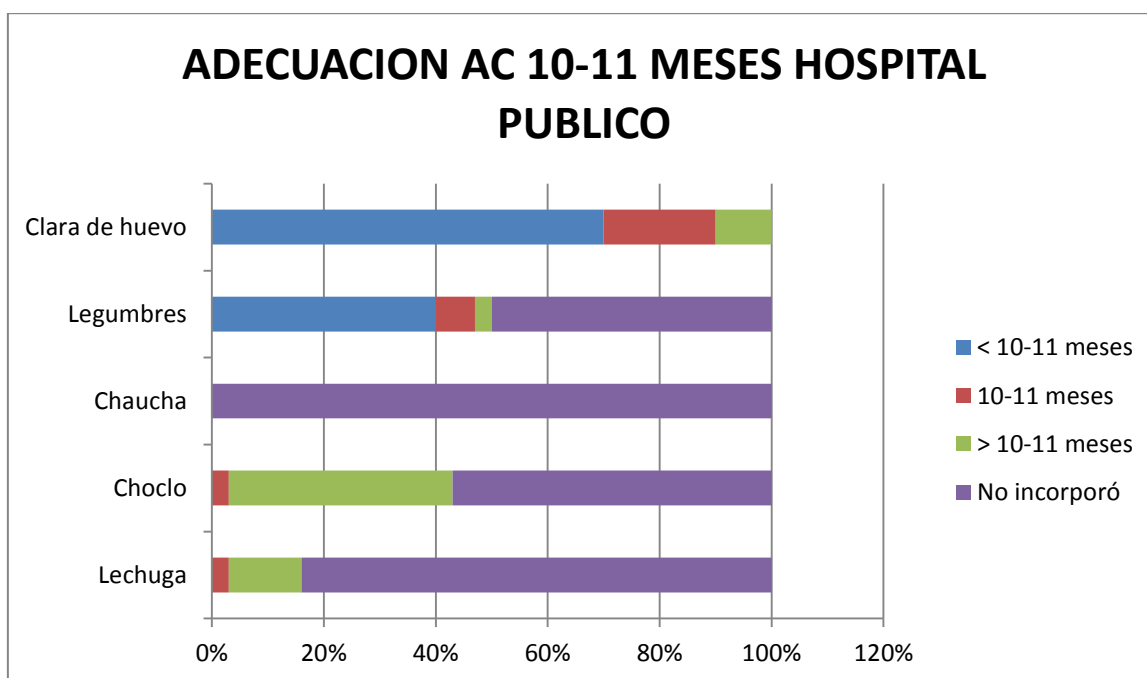


Gráfico XX: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 10-11 meses en hospital público.



La adecuación en la incorporación de pescado fue mayor en los pacientes del hospital privado y aunque solamente la mitad de la población lo incorporó a su dieta, ésta lo hizo en la edad recomendada.

La leche de vaca es introducida en la alimentación en forma temprana en ambos grupos.

El consumo de miel en ambas muestras no indicó diferencias relevantes, la mayoría de los niños que la incorporaron lo hicieron a partir del año (Ver gráficos XXI y XXII).

Tabla XV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 12 meses.

Alimento	Sector Privado				Sector Público			
	Edad de incorporación							
	< 12 meses (n)	12 meses (n)	>12 meses (n)	No incorporó (n)	< 12 meses (n)	12 meses (n)	>12 meses (n)	No incorporó (n)
Pescado	0	10	3	17	3	1	2	24
Leche de vaca	7	6	4	13	7	4	2	17
Miel	2	4	2	22	3	5	1	21

Gráfico XXI: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 12 meses en hospital privado.

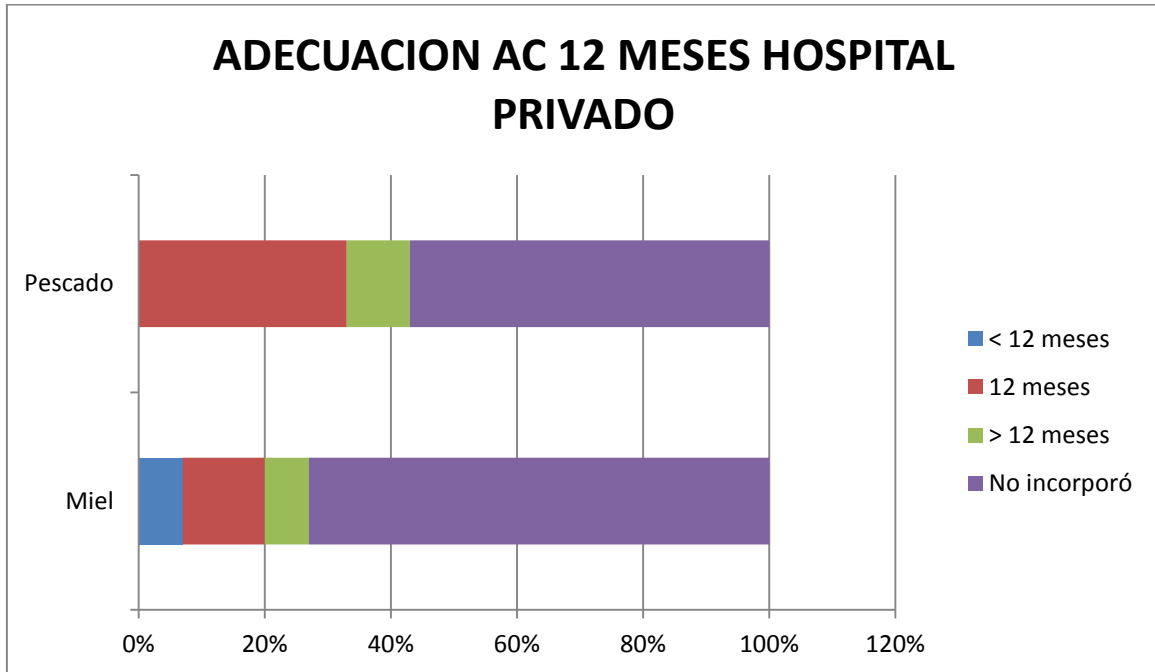
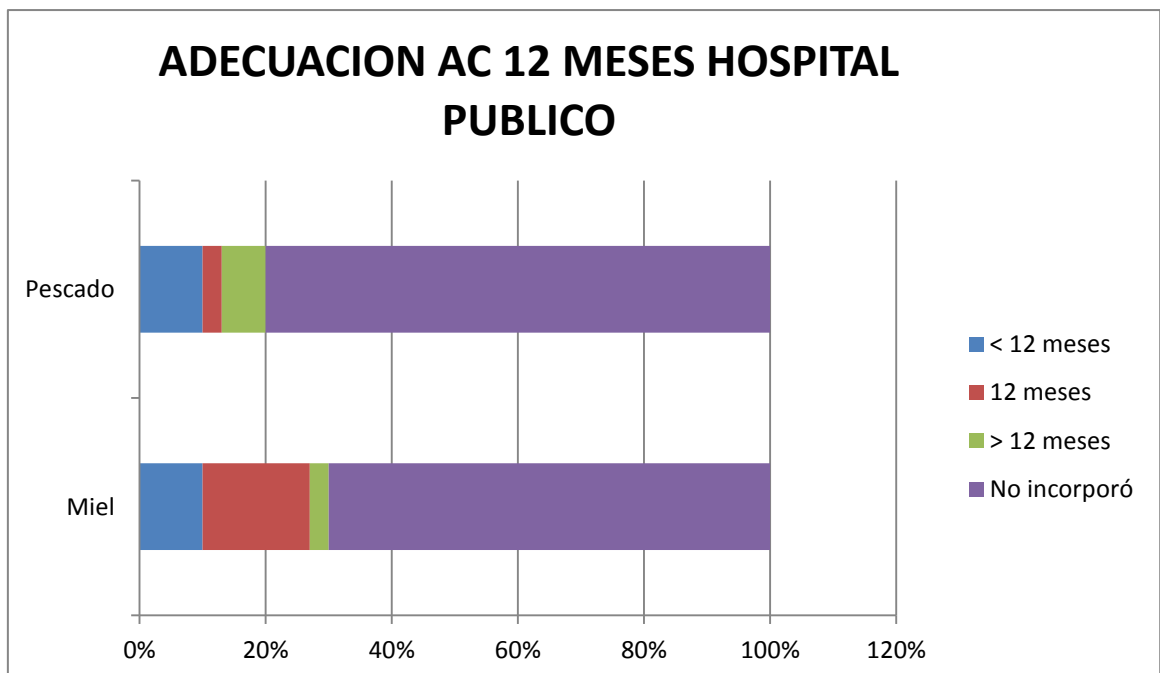


Gráfico XXII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria 12 meses en hospital público.

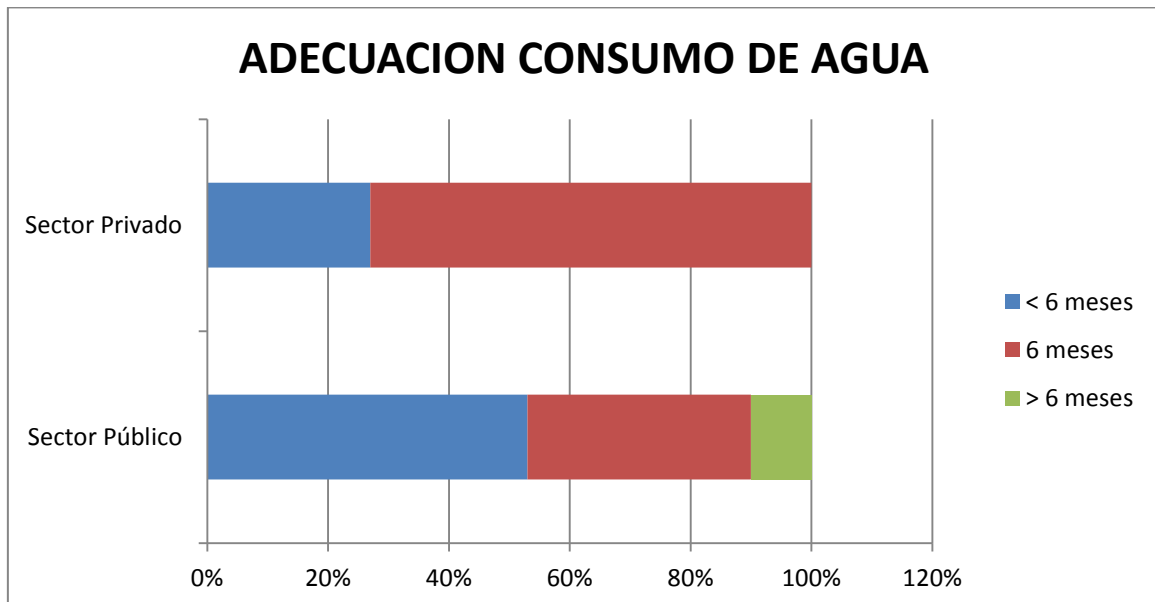


La adecuación del consumo de agua fue significativamente mayor en el sector privado, representando este un 70% en relación a un 37% del sector público. En este último se introdujo de manera temprana (Ver gráfico XXIII).

Tabla XI: Distribución de los niños según adecuación alimentaria del consumo de agua.

	Sector Privado				Sector Público			
	Edad de incorporación							
	< 6 meses (n)	6 meses (n)	> 6 meses (n)	No incorporó (n)	< 6 meses (n)	6 meses (n)	> 6 meses (n)	No incorporó (n)
Alimento								
Agua	8	22	0	0	16	11	3	0

Gráfico XXIII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria del consumo de agua.

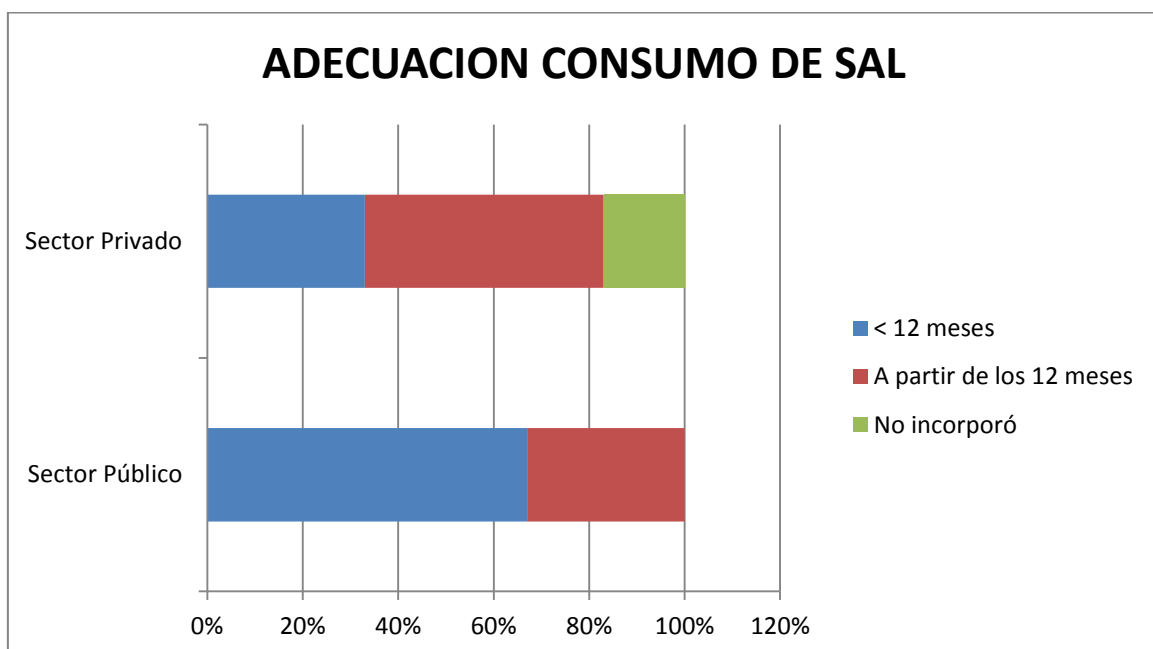


La adecuación del consumo de sal en esta etapa es menor en el sector público, ya que el doble del porcentaje de niños incorporó a su dieta la sal antes del año de vida (Ver gráfico XXIV).

Tabla XVII: Distribución de los niños según adecuación alimentaria del consumo de sal.

Alimento	Sector Privado				Sector Público			
	Edad de incorporación							
	< 12 meses (n)	A partir de los 12 meses (n)	>12 meses (n)	No incorporó	< 12 meses (n)	A partir de los 12 meses (n)	>12 meses (n)	No incorporó (n)
Sal	10	12	3	5	20	10	0	0

Gráfico XXIV: Distribución de los niños según adecuación alimentaria del consumo de sal.

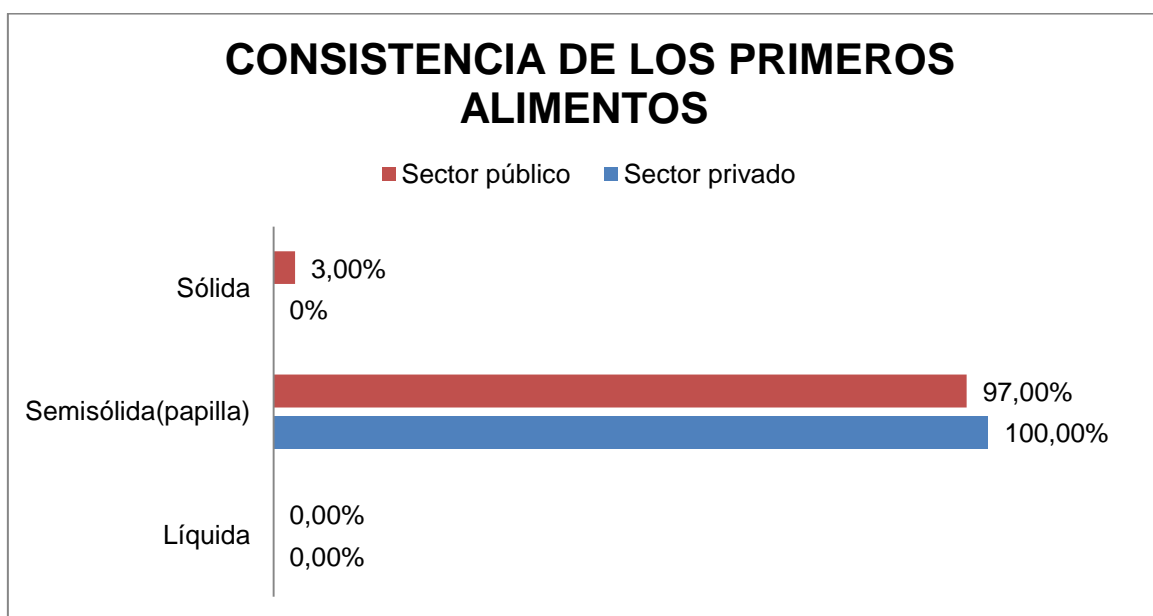


La consistencia de los primeros alimentos ofrecidos fue la adecuada tanto en el sector privado como en la mayoría de los casos del sector público, en el cual sólo el 3% de la muestra indicó haber comenzado la alimentación complementaria con alimentos sólidos (Ver gráfico XXV).

Tabla XVIII: Distribución de los niños según consistencia de los primeros alimentos ofrecidos.

Sector de atención	Total (n)	Consistencia primeros alimentos		
		Líquida (n)	Semisólida (papilla) (n)	Sólida (n)
Privado	30	0	30	0
Público	30	0	0	1
Total	60	0	30	1

Gráfico XXV: Distribución de los niños según consistencia de los primeros alimentos ofrecidos.

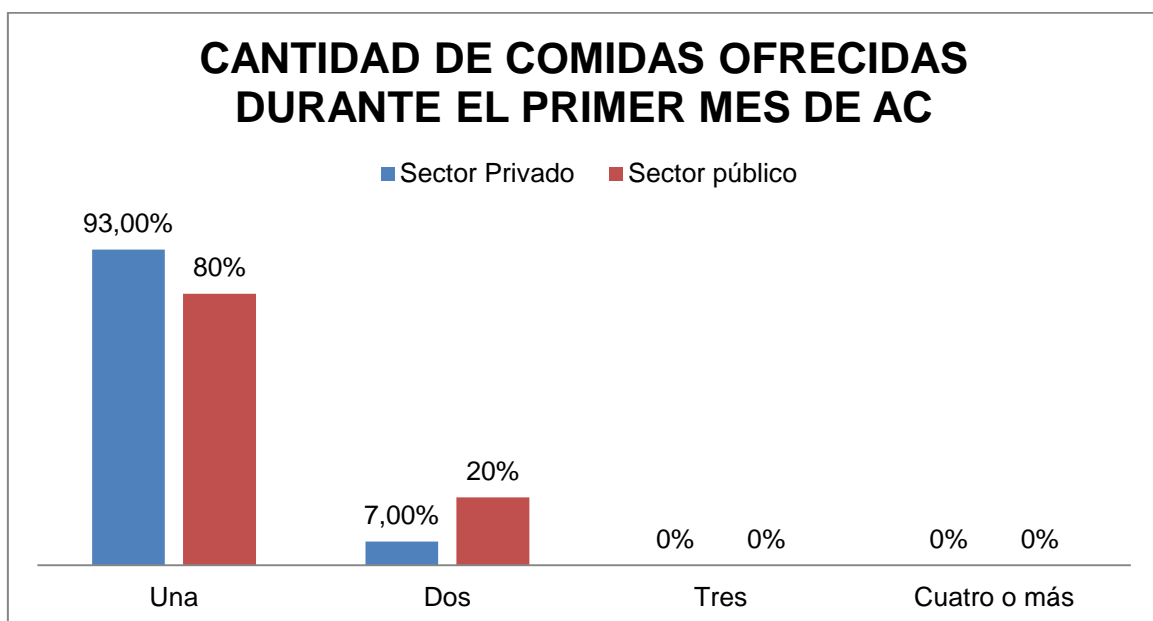


Con respecto a la cantidad de comidas con las que se inició la alimentación complementaria, la mayoría de los casos lo hizo con una al día salvo por un 20% de la población del Hospital Vilela y un 7% del Hospital Español que comenzaron ofreciendo dos (Ver gráfico XXVI).

Tabla XIX: Distribución de los niños según cantidad de comidas ofrecidas durante el primer mes de alimentación complementaria.

Sector de atención	Total (n)	Cantidad de comidas ofrecidas durante el primer mes			
		Una (n)	Dos (n)	Tres (n)	Cuatro o más (n)
Privado	30	28	2	0	0
Público	30	24	6	0	0
Total	60	52	8	0	0

Gráfico XXVI: Distribución de los niños según cantidad de comidas ofrecidas durante el primer mes de alimentación complementaria.



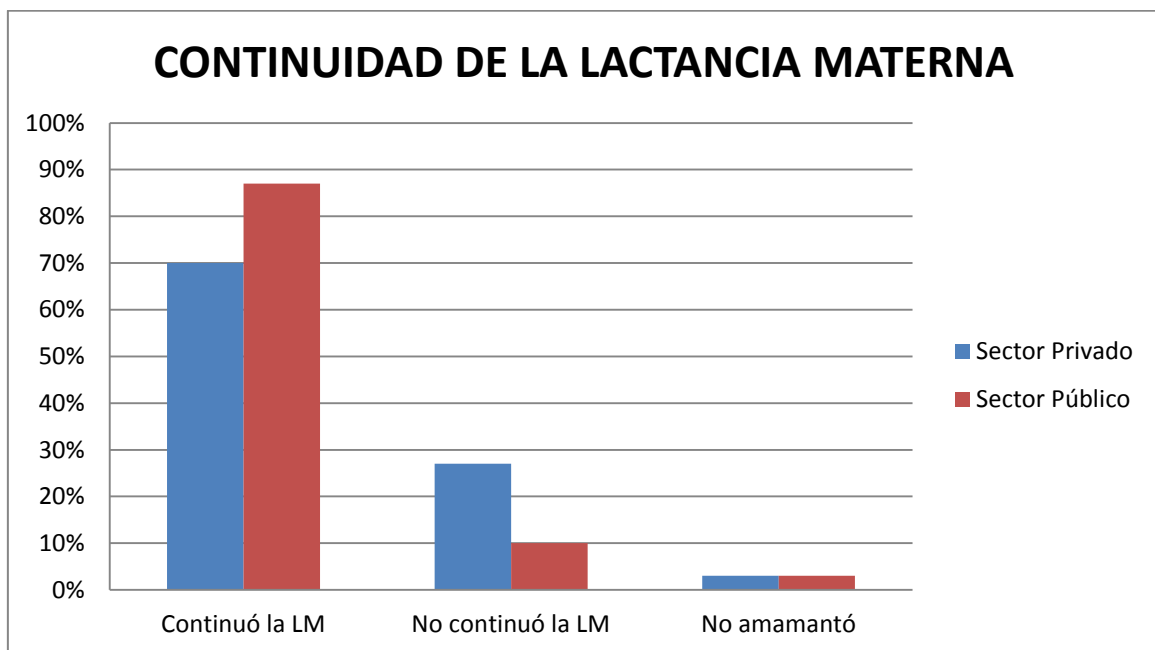
Al iniciar la alimentación complementaria el 70% de las madres del sector privado y el 87% de las del sector público continuaron con la lactancia materna.

Sólo una madre de cada uno de los sectores no amamantó a los niños (Ver gráfico XXVII).

Tabla XX: Distribución de los niños según continuidad de la lactancia materna al inicio de la alimentación complementaria.

Sector de atención	Total (n)	Continuidad de la lactancia materna		
		Si (n)	No (n)	No amamantó (n)
Privado	30	21	8	1
Público	30	26	3	1
Total	60	47	11	2

Gráfico XXVII: Distribución de los niños según continuidad de la lactancia materna al inicio de la alimentación complementaria.



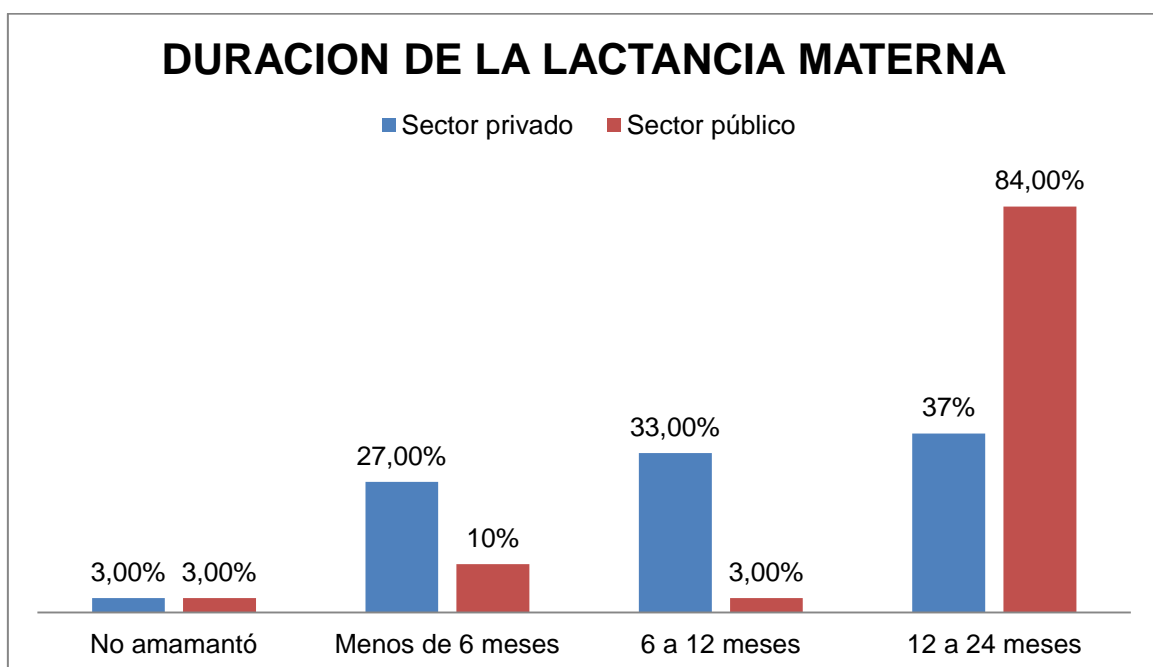
En cuanto a la duración de la lactancia materna cabe destacar que el 84% de las madres del sector público continuó amamantando a los niños entre los 12 y 24 meses mientras que en el sector privado sólo lo hizo el 37% de las mismas.

En este grupo se incluyó a las madres que en el momento de la encuesta continuaban brindando lactancia materna (Ver gráfico XXVIII).

Tabla XXI: Distribución de los niños según duración de la lactancia materna.

Sector de atención	Total (n)	Duración de la lactancia materna			
		No amamantó (n)	Menos de 6 meses (n)	6 a 12 meses (n)	12 a 24 meses (n)
Privado	30	1	8	10	11
Público	30	1	3	1	25
Total	60	2	11	11	36

Gráfico XXVIII: Distribución de los niños según duración de la lactancia materna.



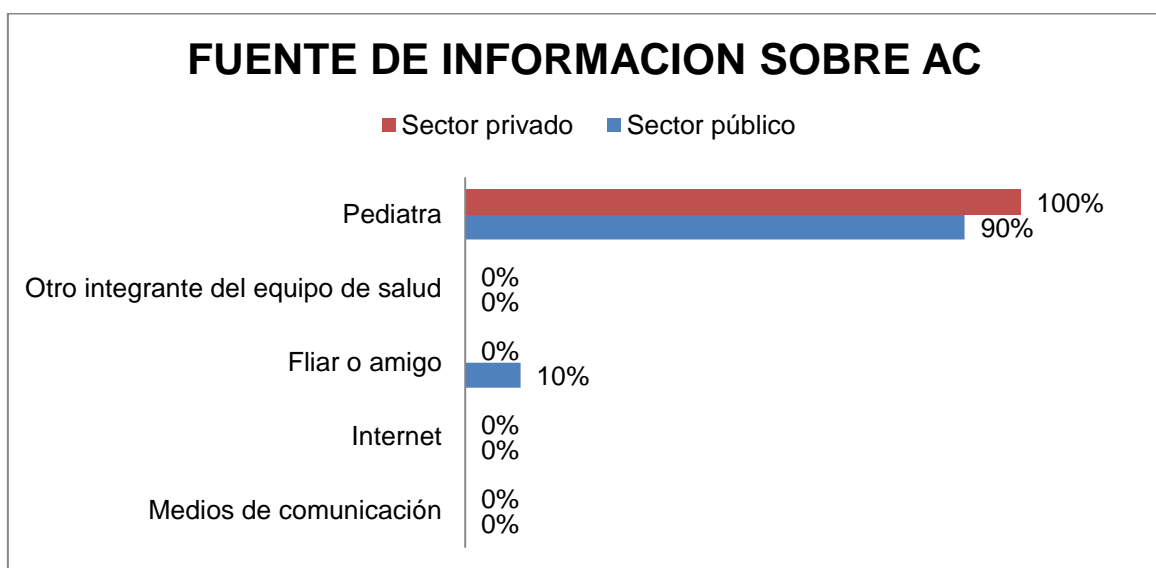
El total de las madres que atienden a los niños en el sector privado y el 90% de las que lo hacen en el público recibieron información sobre alimentación complementaria por parte del pediatra.

El 10% de las madres encuestadas en el Hospital Vilela señalaron haber obtenido la información por parte de un familiar o amigo (Ver gráfico XXIX).

Tabla XXII: Distribución de los niños según fuente de información sobre alimentación complementaria.

Sector de atención	Total (n)	Fuente de información sobre AC				
		Pediatra (n)	Otro integrante del equipo de salud (n)	Familiar o amigo (n)	Internet (n)	Medios de comunicación (n)
Privado	30	30	0	0	0	0
Público	30	27	0	3	0	0
Total	60	57	0	3	0	0

Gráfico XXIX: Distribución de los niños según fuente de información sobre alimentación complementaria.



CAPITULO X: DISCUSION

La incorporación de alimentos distintos a la lactancia fue realizada en forma temprana en la mitad de los casos en ambas muestras, es decir entre los 4 y 5 meses de edad. Estos resultados coinciden con los de la investigación realizada en la ciudad de Salta (Cbianca, 2011) y con los resultados encontrados en la República Argentina (ENNyS, 2010) en los cuales el 40% de los niños inició la alimentación complementaria de manera temprana.

El resto en el sector privado lo hizo a los 6 meses, tal como es recomendado. En el ámbito público los resultados se encontraron divididos entre alimentación oportuna y tardía, esta última en un rango que se encontró entre los 7 y 9 meses de edad.

Entre los motivos del momento de inicio de la alimentación complementaria primó la indicación médica, en la totalidad de los casos del sector privado y la mayoría del sector público, aunque el 40% de este último indicó haber comenzado la incorporación de alimentos por decisión propia o por recomendación de familiares o amigos.

Con el objeto de explicar estos resultados se relacionaron la edad y el nivel de instrucción materna con el inicio de la alimentación complementaria respectivamente.

En el sector privado, la alimentación temprana y oportuna fue llevada a cabo por el grupo de madres de mayor edad y mayor nivel de instrucción.

En el sector público, la alimentación se realizó en forma oportuna entre las madres de mayor nivel educativo y que pertenecían al grupo de 21 a 30 años, pero un porcentaje de estas últimas también comenzaron la alimentación complementaria tempranamente.

Las madres con un nivel de instrucción menor comenzaron la incorporación de alimentos en forma temprana o tardía.

En cuanto a los alimentos que se incorporaron a la alimentación de los niños se obtuvieron los siguientes resultados:

- La elección de las hortalizas fue similar en ambos sectores. Las más consumidas son zanahoria, calabaza, zapallito, papa y batata y ambas muestras presentan una ingesta deficiente de vegetales de hojas verdes y de crucíferas.
- En ambos grupos las frutas más consumidas son manzana, banana y naranja.
- El consumo de manzana, banana, zapallo y zanahoria resultó ser mayormente adecuado en el sector privado porque en el público la incorporación se realiza antes del tiempo recomendado.
- La mayoría de los niños evaluados consume yogurt, quesos, carne vacuna, pollo y huevos y no presentan diferencias en ambos grupos.
- La incorporación de pollo a la dieta suele hacerse en forma tardía entre los niños del sector público y la clara de huevo es consumida por todos los niños en general antes de la edad recomendada.
- Si existe diferencia en el consumo de pescado y de hígado, siendo mayor este último entre los niños del hospital público y el primero entre los del hospital privado, pero ambos alimentos son consumidos solamente por la mitad de la muestra. Esto es de suma importancia ya que el pescado es fuente de ácidos grasos esenciales y el hígado de proteínas animales y hierro.
- La mayoría de los niños consume quesos de todos los tipos pero un gran porcentaje en ambos grupos suele incorporarlos después de la edad recomendada.

- La leche de vaca presenta iguales características en ambos sectores, la mitad de los niños la consumen y de ellos el 50% lo hace antes del año. Esto no es aconsejable debido a que se trata de un alimento alergénico y a la carga de solutos que representa para el riñón del infante.
- En cuanto a los alimentos ricos en hidratos de carbono no se encontraron diferencias y la mayoría de los niños los consume, salvo en el caso de mermeladas y dulces cuyo consumo en el sector público duplica al privado.
- Los alimentos con TACC suelen incorporarse antes de lo indicado en ambas poblaciones con la consecuente exposición al riesgo de desarrollo de enfermedad celíaca.
- Entre las legumbres sólo se elige la lenteja para incorporar a la dieta y lo consumen el 50% de los niños de cada grupo.
- Tampoco se hallaron diferencias en el consumo de grasas, todos los niños consumen aceite y el 70% de ambos sectores manteca y crema de leche.
- Casi la totalidad de la población estudiada consume sal. La mayor parte de los niños del hospital público lo hacen antes del año y lo mismo ocurre con la tercera parte de la muestra del hospital privado. Esta cifra es preocupante debido a la creciente cifra de niños con hipertensión arterial producto del consumo temprano de sodio, tanto a través de la sal de mesa como de los productos industrializados ricos en este mineral.
- La elevada ingesta de sodio, el agregado temprano de alimentos con gluten y el consumo de leche de vaca antes del año observados coinciden con la investigación realizada en Santiago del Estero (Macias, 2013).
- Pese a que el consumo de agua es apropiado en todos los niños, en el sector público se incorporó en la mitad de los casos a los 4 y 5 meses de edad, práctica

que es desaconsejada ya que esta puede estar contaminada y ser un vehículo de infecciones y causante de diarrea y desnutrición en los niños.

La consistencia de los primeros alimentos incorporados fue la adecuada en la mayoría de los casos de ambas muestras y la cantidad de comidas con las que se inició la alimentación complementaria también.

Junto a la alimentación complementaria se recomienda continuar la lactancia materna hasta los 2 años de edad. El agregado de alimentos no demostró ser un condicionante para el cese de ésta, pero la continuidad de la misma sólo se mantuvo en la mayoría de los casos en el sector público. Estos datos coinciden con los del estudio llevado a cabo en La Paz, Bolivia (Jimenez, 2012) en los que se concluyó que existe una adecuada promoción de la lactancia materna.

Sólo un 37% de las madres encuestadas en el sector privado mantuvo la lactancia entre los 12 y 24 meses.

La mayoría de las madres indicaron haber recibido información sobre las prácticas de alimentación complementaria por parte del pediatra, aunque un porcentaje proveniente del sector público señaló haberla obtenido de familiares o amigos.

CAPITULO XI: CONCLUSIONES

Los resultados hallados, en general, discreparon con la hipótesis planteada, ya que fueron considerablemente homogéneos en ambos sectores estudiados. Sin embargo se observó que el momento de inicio de la alimentación complementaria y la adecuación en la introducción de los distintos alimentos no es la recomendada en la mitad de la población evaluada.

No se encontró asociación entre la edad de inicio de la alimentación complementaria y la edad materna como se pensaba. Distinto es el caso en cuanto al nivel de instrucción de la madre, ya que en el hospital público se encontró relación entre el menor nivel educativo alcanzado y el comienzo de la alimentación temprana y tardía. Podría tomarse a este sector de la población como foco para hacer hincapié en la educación alimentaria y el seguimiento riguroso de la edad de inicio de la alimentación complementaria.

Los alimentos incorporados a la dieta fueron similares en ambos hospitales y en general, se incluyen todos los grupos alimentarios. Este resultado es alentador ya que implica que los niños de ambos sectores cuentan con una dieta variada.

El sector privado se caracterizó por un mayor consumo de pescado y el público por incorporar a la alimentación mayor cantidad de hígado, dulces, mermelada y sal que el anterior. Es general el consumo de leche de vaca, clara de huevo y alimentos con gluten se realiza en forma temprana, por lo que se considera necesaria la educación continua de las edades indicadas para la incorporación de cada alimento por parte del equipo de salud.

No se hallaron diferencias significativas en la cantidad de comidas con las que se inició la alimentación complementaria ni en la consistencia de las mismas que fueron adecuadas en ambos sectores.

El inicio de la incorporación de alimentos no coincidió con el cese de la lactancia materna en ninguna de las muestras pero cabe destacar que casi la totalidad de las madres del sector público mantuvieron esta práctica pasados los 12 meses. Esto no ocurre en el sector privado por lo que se aconseja la constante promoción de los beneficios del mantenimiento de la lactancia materna junto a la alimentación complementaria.

CAPITULO XII: RECOMENDACIONES

- ❖ Informar los resultados de esta investigación a los Profesionales Pediátricos de ambas instituciones, debido a que son los encargados de brindar la información a las madres a la hora de iniciar la alimentación complementaria.
- ❖ Fomentar la promoción de la lactancia materna y concientizar sobre los beneficios de la prolongación de la misma hasta los dos años a través de talleres dirigidos a las mujeres gestantes en los centros de salud.
- ❖ Implementar estrategias de educación alimentaria para la población centrados en la temática de la alimentación complementaria y los beneficios de una alimentación completa, variada y adecuada al crecimiento y desarrollo de los niños en esta etapa.

BIBLIOGRAFIA¹

1. Albarenque, S, Mas L, Ferreyra, M, Marchisio, M, Gomila, A y Armelini, P (2005). Lactancia materna y alimentación complementaria. Arch. Argent. Pediatr. v.103 n.3 Buenos Aires mayo/jun. 2005.
2. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. RevPeruMedExp Salud Pública. 2012;29(3):373-8.
3. Bowman, B. y Russell R. (2003) Octava edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
4. Cabianca, G., Borelli, M. F., Ciotta, A., Pantaleón, R. (2016). Factores que influyen en las prácticas alimentarias de los niños menores de 1 año de edad y su relación con el estado nutricional, en la comunidad Chané de Tuyunti, Aguaray, Salta, Argentina. Antropo, (35), 53-65.
5. Cruz Agudo, Yesmina, Jones, Andrew D, Berti, Peter R, & Larrea Macías, Sergio. (2010). Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 60(1), 7-14.
6. Durán, P., Mangialavori, G., Biglieri, A., Kogan, L., & Abeyá Gilardon, E. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Archivos argentinos de pediatría, 107(5), 397-404.

¹ Según pautas elaboradas por las Normas APA para referencias bibliográficas.

7. ENNyS. (2010). La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/la_alimentacion_de_los_ninos_menores_de_2_anos.pdf.
8. Gatica C, Méndez de Feua M. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. Arch. Argent Pediatr 2009; 107(6):496-503.
9. Jiménez, R., Aillon, M. (2013). Patrones de alimentación en menores de 2 años. Revista Médica La Paz, 19(1), 22-26.
10. Longo, E. (2006). Guías alimentarias para la población infantil- Consideraciones para los equipos de salud, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Disponible en: <http://enfermeria.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp79/tc/internacional/ialcom13.pdf>.
11. Longo, E., Lema, S. y Lopresti, A. (2010). Guías Alimentarias para la Población Argentina: Manual de multiplicadores. Quinta reimpresión de la primera edición. Buenos Aires, Argentina: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas.
12. Lorenzo, J. et. al. (2004). Evaluación del Crecimiento. Nutrición Pediátrica. Primera edición. Rosario, Argentina: Corpus.
13. Lorenzo, J. (2007). Nutrición del niño sano. Primera edición. Rosario, Argentina: Corpus.
14. Macías S., Rodríguez S., Ronayne de Ferrer P. Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. Rev. Chil. Nutr, 2013; 40(3):235-242.

15. Naumann S., Pinotti, L. Lactancia materna y alimentación complementaria en la Quebrada de Humahuaca: una aproximación cualitativa. Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(12):6-14.
16. O.M.S. (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud, Ginebra Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf.
17. O.P.S.(2003). Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado. Unidad de Nutrición. Salud de la Familia y Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Pág. 8. Documento recuperado el 10 de septiembre de 2012 en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf.
18. Olaya G, Borrero ML. Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses. Perspect Nutr Humana. 2009;11:139-51.
19. Torresani, M. (2006). Alimentación complementaria. Cuidado Nutricional Pediátrico. Segunda edición. Buenos Aires: Eudeba.
20. S.A.P. (2001). Guía de Alimentación para Niños Sanos de 0 a 2 años. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Nutrición. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf.
21. Sáenz-Lozada, María L., & Camacho-Lindo, Ángela E. (2007). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Revista de Salud Pública, 9(4), 587-594.

ANEXOS

ANEXO I: Notas autorización para la realización de encuestas.



Universidad de Concepción del Uruguay

Centro Regional Rosario

Rosario, 24 de octubre de 2017

Sr. Jose Gentilini

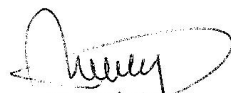
Director Hospital Español

Rosario

Tengo el agrado de dirigirme a usted a los efectos de solicitar autorización para que la Sra. Lorena Soledad García DNI 29.345.879, alumna de la carrera de Licenciatura en Nutrición del Centro Regional Rosario de la Universidad de Concepción del Uruguay pueda realizar el trabajo de campo de recolección de datos sobre Prácticas de Alimentación Complementaria, a través de encuestas realizadas a madres de pacientes pediátricos en la sala de espera, a fin de recopilar datos como parte del Trabajo Final de Investigación Tesina, requisito indispensable para la obtención del título según indica el Plan de Estudios.

Cabe aclarar que la información será utilizada con absoluta reserva y sólo a los efectos mencionados.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para saludarlo con mis consideraciones más distinguidas.


Dr. JOSÉ GENTILINI
DIRECTOR MÉDICO
HOSPITAL ESPAÑOL

SE AORDA ZA



A Coordinadora Comité de Docencia
Dra. ALICIA ALETTI


Habiendo analizado la solicitud de pedido de campo para realizar la Tesis de final de carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, en donde se observa que están presentes el consentimiento informado y el instrumento para la recolección de datos y a la espera de la confirmación del tiempo en que se llevará a cabo más el número de encuestas estimado. La Sub-Comisión de Pre-grado no tiene impedimentos para que se realice, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- realizar las encuestas en sala de espera - Consultorios Externos-
- Disponibilidad Lunes a Viernes de 9 a 12 horas
- Referente LIC. JULIETA MUNIATEGUI
- Devolución a la institución de los datos recolectados y analizados.

Sin otro particular.
Cordialmente .-


Dra. Alicia M. Aletti
Jefa de Clínica
Hospital de Niños "Victor J. Vilela"


JULIETA MUNIATEGUI
LICENCIADA EN NUTRICION
MAT. 760


Lic. Melly Guzmán
SUPERVISORA Departamento de Enfermería
Hospital de Niños V. J. Vilela
Sub. con. Pregrado
C. D.


Dra. ALICIA M. ALETTI
Coordinadora Comité de Docencia
HOSPITAL DE NIÑOS
"VICTOR J. VILELA"

ANEXO II: Consentimiento informado.

Consentimiento informado para participar de la investigación sobre
“ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS QUE ASISTEN A UN HOSPITAL PUBLICO EN RELACION A UNO DE GESTION PRIVADA DE LA CIUDAD DE ROSARIO”

La Sra./Srta.....

ha accedido a realizar la encuesta sobre Prácticas de Alimentación Complementaria a cargo de la alumna Lorena Soledad García.

Se le ha aclarado que la información obtenida es para uso exclusivo de la realización de la tesina para completar los requisitos del plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición.

Firma:.....

Aclaración:.....

ANEXO III: Encuesta para madres.

- ✓ Edad del niño: en meses

.....

- ✓ Edad materna:

- A. 20 años o menos
- B. De 21 a 30 años
- C. De 31 a 40 años
- D. 40 años o más

- ✓ Nivel educativo de la madre:

- A. Primario incompleto
- B. Primario completo
- C. Secundario incompleto
- D. Secundario completo
- E. Universitario/terciario incompleto
- F. Universitario/terciario completo

- ✓ ¿Amamantó?

- A. Si
- B. No

- ✓ ¿Durante cuánto tiempo?
 - A. No amamantó
 - B. Menos de 6 meses
 - C. De 6 a 12 meses
 - D. De 12 a 24 meses

- ✓ ¿Continuó la lactancia materna al incorporar alimentos a la dieta del niño?
 - A. Si
 - B. No

- ✓ ¿A qué edad?
 - A. Menor de 4 meses
 - B. 4 a 5 meses
 - C. 6 meses
 - D. 7 a 8 meses
 - E. 9 meses o mayor

- ✓ ¿Por qué inició la alimentación complementaria?
 - A. Indicación médica
 - B. Decisión propia
 - C. Recomendación de familiares o amigos

- ✓ ¿Recibió información sobre Alimentación complementaria?
 - A. Si
 - B. No

✓ ¿Quién le brindó información sobre alimentación complementaria?

- A. Pediatra
- B. Otro integrante del equipo de salud
- C. Familiar o amigo
- D. Búsqueda en internet
- E. Medios de comunicación

A. ¿A qué edad se incorporaron los siguientes alimentos?

Alimento	Edad (meses)	No incorporó
Leche de vaca		
Yogur		
Quesos:		
Untable		
Port salut/cremosos		
Semiduros/rallado		
Acelga		
Espinaca		
Zanahoria		
Zapallo		
Zapallitos		
Remolacha		
Tomate		

Lechuga		
Chaucha		
Choclo		
Papa		
Batata		
Manzana		
Banana		
Durazno		
Pera		
Naranja		
Carne vacuna		
Pollo		
Pescado		
Hígado/riñón		
Huevo:		
Yema		
Clara		
Legumbres (porotos, lentejas, garbanzos)		
Fideos y pan		
Arroz, maicena y polenta		
Galletitas saladas		
Galletitas dulces		
Aceite		
Manteca		
Crema de leche		

Cacao en polvo		
Azúcar		
Miel		
Mermelada/Dulce de leche/Membrillo/Batata		
Sal		
Agua		

- ✓ ¿Qué consistencia tenían los alimentos incorporados durante el primer mes de alimentación complementaria?
 - A. Líquida
 - B. Semisólida (papilla)
 - C. Sólida

- ✓ ¿Qué cantidad de comidas realizó el niño durante el primer mes de alimentación complementaria?
 - A. Una
 - B. Dos
 - C. Tres
 - D. Cuatro o más