

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

(UNAN MANAGUA)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA

**Consejería nutricional a madres y cuidadoras con relación a la
promoción de prácticas alimentarias adecuadas y la prevención de la
malnutrición en los primeros 12 meses de vida, de niños y niñas nacidos
en el Hospital Alemán Nicaragüense, enero 2018-enero 2019**

AUTORA:

Dra. Reyna Calderón Zambrana, Médico Residente de Pediatría.

TUTORA:

Dra. Briget Lola, Especialista en Pediatría.

Managua, Febrero 2019

DEDICATORIA

Después de tantos años de esfuerzo y dedicación veo un sueño hecho realidad, el cual sin su apoyo y dirección no hubiese sido posible, por eso quiero dedicar este trabajo de manera especial a:

Dios todo poderoso, que me ha brindado la sabiduría, el entendimiento y guía idónea durante toda mi vida.

A mis padres los cuales con tanto amor, esfuerzo y trabajo, me han proporcionado todas las herramientas necesarias para poder lograr y perseverar en el cumplimiento de mis metas.

A mis hermanos que siempre me han apoyado en los momentos difíciles.

A mi hijo que ha sido la fuente de inspiración y voluntad de lucha día a día.

A mis maestros, que me han brindado una gran formación por medio de sus conocimientos, dedicando aun tiempo extra para compartir sus experiencias, con la motivación de convertirnos en médicos fieles a nuestra vocación.

A todas las personas que durante mi periodo de estudio me brindaron su mano, ahora amigos que guardo con mucho aprecio.

AGRADECIMIENTO

Por su colaboración, el tiempo e interés proporcionado en el estudio que se realizó, que no hubiese sido posible finalizarlo sin su apoyo, a mi tutora Dra. Briggeth Lola, quien con mucha paciencia me brindo sus conocimientos y ayuda incondicional.

Al personal de Salud del Hospital Alemán Nicaragüense, a mis maestros: Dra. Lola, Dra. Vanegas, Dra. Morales, Dra. López, Dr. Nuñez, Dr. Espinoza, Dra. Brenes, Dr. Mendoza, Dra. Tijerino, quienes han estado desde el inicio de mi Residencia y fundado las bases de mis conocimientos como Pediatra, que han hecho posible la realización de este estudio. Muchas Gracias, siempre les estaré Agradecida.

A las autoridades del Hospital Alemán Nicaragüense, Dra. Hernández, Dra. Magali Rugama, por su apoyo incondicional a lo largo de estos 3 años de Residencia.

A mis padres, quienes han estado presentes en cada paso de la realización de este trabajo brindándome fortaleza, inspiración, y amor.

A las madres y pacientes en este estudio, quienes aceptaron su participación de forma voluntaria, así como la recepción de las recomendaciones realizadas.

RESUMEN

Con el propósito de evaluar el impacto de la consejería nutricional a madres y cuidadoras con relación a la promoción de prácticas alimentarias adecuadas y la prevención de la malnutrición en los primeros 12 meses de vida, de niños y niñas nacidos en el hospital Alemán Nicaragüense, entre enero 2018 y enero 2019, se entrevistaron a 257 madres cuyos bebés nacieron en el Hospital, y se identificó quienes había recibido consejería nutricional al nacimiento. El estudio reveló que en cuanto a las prácticas alimenticias en el niño menor de 6 meses, la gran mayoría reciben lactancia materna, pero de esta menos de la mitad recibe lactancia materna exclusiva. Un tercio de los niños y niñas entre 6 y 12 meses mantiene la lactancia materna continua y recibe la frecuencia de comidas al día recomendada por la OMS o bien diversidad alimentaria mínima. Menos de una tercera parte recibe dieta mínima aceptable (alimentación complementaria con frecuencia y diversidad según las recomendaciones). Las madres y cuidadoras que recibieron consejería nutricional reportan con mayor frecuencia prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, que las madres y cuidadoras que no recibieron consejería: Mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, mayor frecuencia de lactancia materna continua entre los 6 y 12 meses, mayor frecuencia de dieta mínima aceptable entre los 6 y 12 meses, mayor frecuencia de alimentación con alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro entre los 6 y 12 meses de vida. La frecuencia de desnutrición, sobrepeso y obesidad es menor entre el grupo de niños y niñas de madres que recibieron consejería nutricional en comparación con el grupo de niños y niñas de madres que no recibieron consejería.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| ANTECEDENTES..... | 3 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 7 |
| OBJETIVOS..... | 8 |
| HIPÓTESIS..... | 9 |
| MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| DISEÑO METODOLÓGICO..... | 25 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 39 |
| ANEXOS..... | 52 |

INTRODUCCIÓN

La familia y la madre en particular tienen una importante influencia en el estado nutricional de los niños, en consecuencia, la persona responsable por el cuidado del niño debe tener el tiempo, los conocimientos y las destrezas adecuadas relacionadas con la adecuada distribución de los alimentos, el suministro de ciertos alimentos a niños menores de dos años y medidas de higiene y cuidado del niño enfermo. ¹

Por esta razón las consejerías nutricionales han demostrado importantes efectos sobre el aumento de las coberturas de lactancia materna exclusiva, en la mejoría de la alimentación complementaria. ¹

Las madres que reciben adecuada consejería pueden ser capaces de hacer un mejor uso de la información disponible acerca de la nutrición infantil y la salud, y por lo tanto pueden mejorar la calidad de los alimentos de los niños. Aparte de las mejores condiciones de crianza en el hogar, las mujeres con conocimiento apropiado sobre alimentación hacen un uso más eficiente de los servicios de salud, en los diferentes niveles de complejidad²

La nutrición adecuada durante los primeros dos años de vida es fundamental para el desarrollo pleno del potencial de cada ser humano. Esta etapa se caracteriza por su rápida velocidad de crecimiento, que impone mayores requerimientos de energía y nutrientes y colocan en riesgo nutricional a los lactantes que se ven expuestos a malas prácticas de alimentación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) ha destacado el rol fundamental de la lactancia materna y alimentación complementaria como la intervención preventiva de mayor impacto en la supervivencia del niño, su crecimiento y desarrollo. La alimentación complementaria (AC) se define como el proceso que inicia cuando la lactancia materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales de los lactantes y por tanto, se necesita la introducción de otros alimentos, además de continuar la lactancia materna.³

Es importante señalar que la piedra angular de intervención en alimentación complementaria en todos los contextos es la educación y asesoramiento a los cuidadores sobre el uso de

alimentos localmente disponibles; además de considerar la suplementación con micronutrientes o el uso de alimentos fortificados cuando las deficiencias alimentarias sean un problema común y no aporten una cantidad suficiente de nutrientes.

Este estudio pretendió evaluar si la consejería como forma de intervención educativa a madres y cuidadores sobre alimentación del niño entre 0 y 12 meses impactó en las prácticas alimentarias y en el estado nutricional de los niños y niñas en estudio.

ANTECEDENTES

Estudios en Latino América

En Guatemala Enero 2008 se realizó un estudio para determinar las Prácticas Alimentarias y Estado Nutricional de los niños y niñas menores de 3 años que asisten por primera vez a la Consulta Externa del Hospital Infantil Juan Pablo II; siendo el objetivo principal determinar algunas de las prácticas alimentarias más comúnmente utilizadas, relacionando lactancia materna con alimentación complementaria y acceso a educación alimentaria nutricional de padres y/o encargados, comparando las prácticas alimentarias con el estado nutricional de los niños investigados. La diferencia entre los diferentes estados nutricionales no estriba de la educación alimentaría nutricional que han recibido los padres o encargados, ni completamente del presupuesto familiar, sino de la educación a nivel general y la forma de poner en práctica los hábitos alimentarios.⁴

En el 2010 en la ciudad de Juárez, México se publica el estudio “Alimentación complementaria y presencia de obesidad en niños chihuahuenses menores de 7 años” donde se estudió la prevalencia de sobrepeso y obesidad, el 5.4% de los participantes tuvieron sobrepeso/obesidad. El 85% de los participantes recibieron alimentación complementaria en los primeros 6 meses después de su nacimiento, 5.4% de los niños ablactados en forma temprana y 6.7% de los ablactados en el periodo correcto. Se concluyó que no había una diferencia significativa de sobrepeso/obesidad entre los grupos de niños ablactados tempranamente y los no ablactados, en esta población. El factor agua en la población con peso normal fue tal vez un elemento que influyo en la ingesta de alimentos en la población con peso normal, moderando el apetito, sin embargo no se sabe en qué momento introdujo este elemento por lo que se consideró variante interesante a investigar.⁵

En el 2013 en la consulta externa del hospital infantil de Sonora, México se estudió los “Patrones de alimentación en niños menores de un 1 de edad” mediante encuestas, encontrando que un 77% de las madres encuestadas no ofrecían lactancia materna exclusiva, se consideró que el descenso de la lactancia materna exclusiva se explicaba por el aumento

de consumo de fórmulas, otras leches y agua, lo que orientaba, que la población está desprovista de información sobre la lactancia, y había una deficiente promoción a la nutrición infantil. El grupo de madres estudiadas se caracterizó, por iniciar alimentación complementaria antes o después de la edad recomendada, sobre la base de lo aconsejado por “nadie” o por “un familiar”, más que por el personal médico. Se propuso mejorar los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios, para que siempre recomienden la lactancia materna y así poder incrementar el número de lactantes con patrón de alimentación adecuado.⁶

En el 2014 se publicó en Toluca, México un estudio titulado “Nivel de conocimientos sobre ablactación que presentan los padres de familia de la estancia Cendi Mexiquense” donde se buscaba evaluar el nivel de conocimientos de los padres de Familia acerca de una adecuada ablactación encontrándose que el 72% de los padres de familia presentó un nivel de conocimientos adecuado y el 28% un nivel de conocimientos escaso, siendo un factor de riesgo el nivel escaso de conocimientos alimentarios para una inadecuada práctica de alimentación complementaria.⁷

Estudios en Nicaragua

Mejia Gonzalez (2017) Con el propósito de evaluar el estado nutricional y su asociación con las prácticas de alimentación en niños 1 a 23 meses, que acudieron a Emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense en abril del 2017, se llevó a cabo un estudio de tipo observacional transversal analítico, realizando mediciones antropométricas y determinando el estado nutricional de 140 niños (70 entre 1 y 6 meses, y 70 entre 6 y 12 meses) según los valores de referencia de crecimiento de la OMS. De forma adicional se entrevistó a las madres y cuidadores de dichos niños en relación a las prácticas nutricionales. El principal parámetro alterado en los niños en estudio fue la relación peso para la edad. En cuanto a las prácticas alimenticias en el niño menor de 6 meses, en cerca del 85% reciben lactancia materna, de esta solo el 48% recibe lactancia materna exclusiva y en el 52% hay introducción de otros líquidos y alimentos. En 44% de los casos se alimenta a los niños y niñas con leche de fórmula y en el 20% se introdujeron los alimentos, especialmente las papillas o purés. Hay una alta

prevalencia del uso de biberón con cerca del 44%. En cuanto a las prácticas alimentarias de los niños y niñas entre 6 y 12 meses se observó que solo en un 30% se mantiene la lactancia materna continua. En el grupo que recibe lactancia materna el 33% recibe una frecuencia de alimentos menor a la recomendada por la OMS y en el grupo que no recibe lactancia materna fue del 35%. Solo el 33% recibe diversidad alimentaria mínima y solo el 30% recibe dieta mínima aceptable (alimentación complementaria con frecuencia y diversidad según las recomendaciones). Solo un 31% recibió alimentos ricos en hierro. Al evaluar las prácticas de alimentación según grupo de edad, se observó una relación directa entre las prácticas adecuadas y el estado nutricional. En el grupo menor de 6 meses los niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva, presentaron el mejor estado nutricional. En el caso de los niños mayores de 6 meses, no hubo relación en cuanto la frecuencia del consumo de alimentos, pero si hubo influencia de la diversidad alimentaria (consumo de al menos 4 tipo de grupos alimentarios el día anterior). Aquellos que recibieron diversidad alimentaria presentaron mejor estado nutricional. Por otro lado, los niños que no recibieron lactancia materna continua presentaron mayor deterioro del estado nutricional.

JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada dependen de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. Con frecuencia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas apropiadas de alimentación es un factor determinante de malnutrición más importante que la falta de alimentos.³

La alimentación del individuo desde el nacimiento hasta los primeros años de vida interviene de forma decisiva durante toda su vida. Es de conocimiento general que la lactancia materna es importante para la alimentación infantil óptima durante los primeros 6 meses de vida, y que, de igual forma se hace necesario brindar alimentación complementaria a partir de esa edad.²

La adecuación nutricional en los alimentos complementarios es esencial para la prevención de la morbilidad y la mortalidad infantil, así como la desnutrición y el sobrepeso. El retraso en el crecimiento lineal adquirido a principios de la infancia no se puede revertir fácilmente después del segundo año de vida. En este contexto, proporcionar a los lactantes una alimentación óptima debe ser el objetivo clave de una estrategia global para garantizar la seguridad nutricional de una población.

Aunque las madres son las encargadas de la alimentación del niño, son los profesionales de la salud los que están a cargo de la promoción y el éxito final de esta acción; también depende de la definición de las políticas gubernamentales apropiadas, de la participación y el apoyo de la sociedad civil en su conjunto.

En los últimos años, se han hecho algunos avances importantes en la promoción de la lactancia materna, pero, por desgracia, estos no se aplican a la alimentación complementaria. Los nuevos conocimientos adquiridos durante los últimos 20 años han dejado obsoletos varios conceptos y recomendaciones que habían sido comunes en la práctica pediátrica durante mucho tiempo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras con relación a la promoción de prácticas alimentarias adecuadas y la prevención de la malnutrición en los primeros 12 meses de vida, de niños y niñas nacidos en el hospital Alemán Nicaragüense del 1 enero del 2018 al 1 de enero del 2019?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras con relación a la promoción de prácticas alimentarias adecuadas y la prevención de la malnutrición en los primeros 12 meses de vida, de niños y niñas nacidos en el hospital Alemán Nicaragüense del 1 enero del 2018 al 1 de enero del 2019.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las madres y cuidadoras y las características generales de los niños y niñas, en estudio.
2. Describir las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en el grupo de madres y cuidadoras de los niños y niñas, en estudio.
3. Comparar la frecuencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, entre el grupo de niños y niñas de madres que recibieron consejería nutricional y el grupo de niños y niñas de madres que no recibieron consejería.
4. Determinar si existen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de lactancia materna continua, práctica de dieta mínima aceptable y alimentación a niños o niña con alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro entre los 6 y 12 meses de vida, entre el grupo de niños y niñas de madres que recibieron consejería nutricional y el grupo de niños y niñas de madres que no recibieron consejería.
5. Establecer si existen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de desnutrición o sobrepeso y/o obesidad, según practicas alimentarias.

HIPÓTESIS

- 1) Las madres y cuidadoras que recibieron consejería nutricional reportan con mayor frecuencia prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, que las madres y cuidadoras que no recibieron consejería:
 - Mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida
 - Mayor frecuencia de lactancia materna continua entre los 6 y 12 meses
 - Mayor frecuencia de dieta mínima aceptable entre los 6 y 12 meses
 - Mayor frecuencia de alimentación con alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro entre los 6 y 12 meses de vida
- 2) La frecuencia de desnutrición, sobrepeso y obesidad es menor entre el grupo de niños y niñas de madres que recibieron consejería nutricional y el grupo de niños y niñas de madres que no recibieron consejería.

MARCO TEÓRICO

La nutrición adecuada durante los primeros dos años de vida es fundamental para el desarrollo pleno del potencial de cada ser humano. Esta etapa se caracteriza por su rápida velocidad de crecimiento, que impone mayores requerimientos de energía y nutrimentos y colocan en riesgo nutricio a los lactantes que se ven expuestos a malas prácticas de alimentación.^{1,2}

Actualmente se reconoce que el periodo que comprende del nacimiento a los dos años de edad es una ventana crítica para la promoción de un crecimiento y desarrollo óptimos, y un buen estado de salud. Estudios longitudinales han mostrado en forma consistente que esta es la etapa de mayor riesgo para presentar desaceleración del crecimiento y desarrollo, deficiencias de micronutrientes y enfermedades comunes como la diarrea.^{1,2}

A largo plazo, las deficiencias nutricionales tempranas se relacionan a menor capacidad de trabajo y rendimiento intelectual, salud reproductiva y estado de salud en general durante la adolescencia y etapa de adulto. Las prácticas inadecuadas de lactancia y alimentación complementaria, en conjunto con la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas, constituyen la primera causa de desnutrición en los primeros años de la vida. Además, ahora se conoce que el déficit o exceso en el consumo de energía y algunos nutrimentos pueden participar en la programación metabólica temprana, con consecuencias a largo plazo, incluso sobre la aparición de enfermedades crónicas del adulto^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) ha destacado el rol fundamental de la lactancia materna y alimentación complementaria como la intervención preventiva de mayor impacto en la sobrevivencia del niño, su crecimiento y desarrollo. La alimentación complementaria (AC) se define como el proceso que inicia cuando la lactancia materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutrimentales de los lactantes y por tanto, se necesita la introducción de otros alimentos, además de continuar la lactancia materna.⁶⁻¹⁰

Lactancia materna exclusiva y continuación de la lactancia materna

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños».

La OMS y el Unicef recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año.⁶⁻

11

Según la OMS y el Unicef, a partir de los dos primeros años la lactancia materna tiene que mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo. En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés de pocas semanas o meses, así como también se encuentran casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años.⁶⁻¹¹

Algunos estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete.⁶⁻¹¹

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La **alimentación complementaria** es el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los 2 años.

Los primeros 2 años de la vida representan un período de desafío especial para la nutrición y salud de los niños porque su tasa metabólica relativamente elevada y la rápida velocidad de crecimiento imponen unos requerimientos nutrimentales relativamente mayores.¹⁰⁻¹⁵

Además, la inmadurez del tracto gastrointestinal, de la coordinación neuromuscular y de la función inmunológica del lactante limita los tipos de alimentos que es capaz de consumir y lo expone a un riesgo elevado de infección transmitida a través de los alimentos y a alergias alimentarias.¹⁰⁻¹⁵

Por estas razones, las recomendaciones para la óptima alimentación del niño deben considerar los requerimientos de los nutrimentos indispensables a su edad específica, los alimentos apropiados, fuente de estos nutrimentos, y los métodos adecuados para prepararlos.
10-15

Cuándo debe iniciarse la ablactación o alimentación complementaria

Los alimentos complementarios deben iniciarse cuando el bebé ya no obtenga suficiente energía y nutrientes de la leche materna por sí sola. Para la mayoría de los bebés se trata de entre 4 y 6 meses de edad. Esta es también la edad en que los nervios y los músculos de la boca se desarrollan lo suficiente como para que el bebé logre masticar, morder y masticar.¹⁰⁻¹⁵

Antes de los 4 meses, los bebés impulsan el alimento fuera de la boca porque no pueden plenamente controlar el movimiento de la lengua. A los 4-6 meses de edad se hace más fácil poder alimentar con papillas gruesas, purés y alimentos majados porque los niños y niñas:¹⁰⁻¹⁵

- Pueden controlar mejor sus lenguas.
- Empiezan a hacer movimientos de arriba y hacia abajo de “masticado”
- Comienzan a obtener sus dientes.
- Les gusta poner cosas en la boca.

- Están interesados en nuevos sabores.

Esta es también la época en que su sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir una variedad de alimentos.¹¹

Por qué es peligrosa la alimentación complementaria precoz

Dar alimentos complementarios antes de tiempo es peligroso porque:¹⁰⁻¹⁵

1. El niño no necesita estos alimentos, y puede desplazar la leche materna. Si se les da alimentos así, el niño toma menos leche materna, y la madre produce menos leche, más tarde, puede ser más difícil de satisfacer las necesidades nutricionales del niño o niña.
2. El niño recibe menos de los factores de protección en la leche materna, por lo que aumenta el riesgo de enfermedades, el riesgo de diarrea también aumenta porque la alimentación complementaria puede no ser tan limpia como la leche materna.
3. Los alimentos dados en lugar de la leche materna suelen ser papillas o sopas diluidas o muy acuosas porque son más fáciles de comer para los bebés. Estos alimentos llenan el estómago, pero proporcionan menos nutrientes que la leche materna, por lo que las necesidades del menor no se cumplen.
4. Las madres tienen un mayor riesgo de quedar embarazadas si amamantan con menos frecuencia.

Por qué no debe iniciarse la alimentación complementaria de forma tardía

Empezar la alimentación complementaria demasiado tarde también es peligroso porque:¹⁰⁻¹⁵

1. El niño o niña no recibe alimentos extras necesarios para cubrir las necesidades nutricionales y energéticas.
2. El niño deja de crecer.
3. El riesgo de desnutrición y deficiencia de micronutrientes aumenta.

Cuáles son los tipos de alimentos complementarios

Hay dos tipos de alimentos complementarios:

Alimentos especialmente preparados y alimentos familiares habituales que son modificados para que sean fáciles de comer y proporcionar los nutrientes suficientes. ¹⁰⁻¹⁵

Si se facilita a las madres de niños pequeños un asesoramiento nutricional que sea sólido y conforme a los valores culturales y en el que se recomiende la utilización más amplia posible de alimentos autóctonos, se contribuirá a que en el hogar se preparen y administren sin ningún peligro *alimentos locales*. ¹⁰⁻¹⁵

Además, los *alimentos complementarios de bajo costo*, preparados con ingredientes localmente disponibles utilizando tecnologías apropiadas de producción en pequeña escala en la comunidad, pueden ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de lactantes de más edad y otros niños pequeños. ¹⁰

Los *alimentos complementarios procesados industrialmente* también ofrecen una opción a algunas madres que tienen medios para comprarlos y conocimientos e instalaciones para prepararlos y administrarlos sin peligro. Deben satisfacer las normas aplicables recomendadas por la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius y estar en conformidad con el Código Internacional Recomendado de Prácticas de Higiene para Alimentos para Lactantes y Niños. ¹⁰

Para asegurarse de que los alimentos complementarios satisfacen las necesidades nutricionales, tienen que cumplir los requisitos siguientes: ¹⁰⁻¹⁵

◆ **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.

◆ **Adecuados**: para ello deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del niño o niña en crecimiento.

◆ **Inocuos**: se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.

◆ **Darse de forma adecuada**: se deben dar atendiendo 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.

Principios de orientación para la alimentación complementaria

1. Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios.

Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna. ¹²⁻¹⁴

2. Mantenimiento de la lactancia materna.

Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los 2 años de edad o más.

3. Alimentación perceptiva.

Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social.

Específicamente: ¹²⁻¹⁴

- a) Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños y niñas mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- b) Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- c) Si los niños y niñas rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- d) Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño o niña pierde interés rápidamente.
- e) Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor, hablar con los niños y niñas y, mantener el contacto visual.

4. Preparación y almacenamiento seguro de los alimentos complementarios.

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

- a) Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
- b) Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación.
- c) Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.

- d) Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños, y
- e) e) evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

5. Cantidad necesaria de alimentos complementarios.

Comenzar a los 6 meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. ¹²⁻¹⁴

6. Consistencia de los alimentos.

Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños y niñas. ¹²⁻¹⁴

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 infantes puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia. ¹²⁻¹⁴

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

7. Frecuencia de alimentos y densidad energética.

Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y la cantidad es normalmente consumida durante cada comida. ¹²⁻¹⁴

Para el niño amamantado promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño debe recibir 3-4 comidas al día además de meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. ¹²⁻¹⁴

Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los menores consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes. ¹²⁻¹⁴

8. Contenido nutricional de alimentos complementarios.

Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.

Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido adecuado de grasa. Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y sodas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos. ¹²⁻¹⁴

9. Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres.

Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades. ¹²⁻¹⁴

10. La alimentación durante y después de la enfermedad.

Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más. ¹²⁻¹⁴

Principios de orientación para la alimentación complementaria

Algunos lactantes no pueden gozar de los beneficios de la lactancia materna en los primeros meses de vida o interrumpen la lactancia materna antes de la duración recomendada de 2 años o más. ¹²⁻¹⁴

Son pocas las condiciones por las cuales una madre no puede amamantar (VIH positiva y en algunas situaciones especiales como enfermedad severa materna, muerte, incapacidad, falta de deseo de la madre por dar el pecho). ¹²⁻¹⁴

Las madres VIH-positivas que eligen continuar la lactancia materna *deben descontinuarla tan pronto como la alimentación de sustitución sea **asequible, factible, aceptable, sostenible y segura** para ellas y para sus bebés*, dadas las circunstancias locales, su situación personal y los riesgos de la alimentación de sustitución según la edad del lactante. Los riesgos y retos de la interrupción temprana de la lactancia materna son mayores cuando el lactante es menor, especialmente antes de los 6 meses de edad, pero no hay bases científicas que indiquen una edad específica para la interrupción de la lactancia materna que sea aplicable a todas las madres VIH-positivas. ¹²⁻¹⁴

La leche materna normalmente contribuye de manera significativa a la nutrición del lactante más allá de los primeros 6 meses de vida. Al proporcionar consejería acerca de la interrupción temprana de la lactancia y luego de que ésta ocurre, se debe enfatizar la importancia de una buena nutrición para el niño no amamantado. ¹²⁻¹⁴

Si una madre VIH positiva elige la lactancia materna, el personal tendrá la responsabilidad de apoyarla que practique la lactancia materna exclusiva y de asegurar que ella aprenda una buena técnica.¹²⁻¹⁴

Recomendaciones para una transición segura

Cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda que las mujeres infectadas con el VIH interrumpan la lactancia materna por completo.¹

Habilidades necesarias para una transición segura

Considerando la experiencia de campo y en base al consenso de los expertos en el tema, las habilidades necesarias para una transición segura incluyen:

1. Cómo alimentar al lactante con una taza.
2. Técnicas para extracción de la leche materna.
3. Técnicas para el tratamiento al calor de la leche materna si la madre decide dar al lactante leche extraída durante el periodo de transición.
4. Cómo preparar y alimentar al niño con alimentos de sustitución de forma segura después de que la lactancia materna haya cesado.

IMPORTANCIA DE LA CONSEJERÍA.

Las madres necesitan estar preparadas para manejar algunos de los desafíos prácticos y sociales que enfrentarán, tales como el manejo de las comidas nocturnas, hallar formas alternativas de reconfortar al niño o niña impaciente que llora y manejar las presiones sociales para amamantar por parte de familiares y la comunidad.¹

Se debe aconsejar a las madres sobre la disponibilidad de servicios de salud y otros servicios comunitarios para ellas y sus bebés en caso de que se presente algún problema.¹

Etapas de la ablactación o alimentación complementaria

La alimentación durante el primer año de la vida se lleva a cabo en tres etapas: ¹²⁻¹⁴

a) *Período de lactancia*, en el que la única fuente de nutrientes es la leche (humana o fórmula láctea).

b) *Período transicional*, es el período donde se introducen alimentos preparados especialmente para lactantes además de la leche humana y se presenta el destete.

c) *Período de alimentación modificado*, en el cual se ofrece al lactante los alimentos disponibles para el consumo familiar (*integración a la dieta familiar*).

La velocidad a la que progresa un lactante a través de estos estadios se determina por la velocidad individual de maduración del sistema nervioso y del aparato digestivo.

Esquemas de ablactación

Cuando uno piensa en un esquema de dieta saludable, la primera pregunta que surge es ¿cómo debe ser? ¹²⁻¹⁴

La premisa fundamental es que la dieta sea *adecuada*. Esto significa que:

1. Sea de ***calidad*** nutricia inobjetable. Que contenga nutrientes de alto valor biológico, especialmente en aminoácidos y ácidos grasos poli-insaturados indispensables.

2. Tenga la cantidad ***suficiente*** para cubrir los requerimientos nutrimentales de los diferentes grupos etarios desde el embarazo hasta la senectud.

3. Sea *variada* e incluya diariamente los grupos básicos de alimentos y de preferencia en todos los tiempos de comida del día. Esta característica favorece la sinergia entre los alimentos y mejora la biodisponibilidad de los nutrimentos contenidos en ellos (vg. hierro y ácido ascórbico); ¹²⁻¹⁴

4. Sea *equilibrada*. Con una proporción óptima en la distribución de energía obtenida de los tres macro nutrimentos: hidratos de carbono, preferentemente en alimentos como cereales integrales, frutas y verduras o tubérculos (55-60%), grasas ($\leq 30\%$ y no más de 10% saturadas), como aceites vegetales o productos animales (pescado) con un contenido significativo de ácidos grasos poli-insaturados omega 3 y 6, y proteínas (10-15%) de alto valor biológico, ya sea de origen animal o una combinación de leguminosas con cereales, por ejemplo: frijol con maíz. ¹²⁻¹⁴

5. Sea *inocua*. Que no contenga un solo ingrediente (aditivo, conservador, colorante, saborizante, hormona, modificación química del alimento, etc.) que sea nocivo para la salud de la persona que la ingiere. ¹²⁻¹⁴

6. Sea *bacteriológicamente pura*. La eventual presencia de gérmenes enteropatógenos es nula o mínima y es incapaz de causar una enfermedad.

Recomendaciones para un esquema de ablactación

1. Introducir un solo alimento a la vez. Ofrecerlo durante dos o tres días para comprobar su tolerancia. ¹²⁻¹⁴

2. No mezclar los alimentos.

3. No forzar su aceptación ni la cantidad de alimento.

4. En general, primero ofrecer la leche humana o fórmula y luego el alimento semisólido. Tratar de que sean complementarios.

5. La cantidad de alimento variará día a día e irá en aumento. Poco a poco disminuirá el volumen de leche consumido.

6. Promover el consumo de alimentos naturales.

7. Preparar los alimentos sin agregar sal, azúcar u otros condimentos.
8. Los alimentos deben ofrecerse primero como papilla, posteriormente se pueden ofrecer picados y a partir del año de edad, valorar la introducción de alimentos en pedazos pequeños.
9. Los alimentos deben prepararse con extrema higiene.
10. La alimentación debe ajustarse a la práctica y al menú familiar, así como favorecer la socialización y el aprendizaje del niño.
11. Deben emplearse utensilios adecuados, permitir que el niño intente comer solo aunque se ensucie.
12. Los jugos de fruta deben ofrecerse cuando el niño pueda tomar líquidos en taza. De preferencia naturales, preparados sin cáscara y a partir de los 12 meses de edad.
13. Cuando se ofrezcan caldos o sopas, hay que proporcionar el alimento y no solo el líquido.
14. De preferencia el alimento debe estar a temperatura ambiente.

Esquema de alimentación según edad: ¹⁵⁻¹⁶

- 6 meses: Lactancia materna exclusiva A libre demanda Líquidos
- 6-7 meses: Carne (ternera, pollo, pavo, res, cerdo, hígado), verduras, frutas, Cereales (arroz, maíz, trigo, avena, centeno, amaranto, cebada, tortilla, pan, galletas, pastas, cereales infantiles precocidos adicionados) 2 a 3 veces al día Purés, papillas.
- 7-8 meses: Leguminosas (frijol, haba, garbanzo, lenteja, alubia) 3 veces al día, purés, picados finos, alimentos machacados
- 8-12 meses: Derivados de leche (queso, yogurt y otros). Huevo y pescado 3-4 veces al día, picados finos, trocitos
- >12 meses: Frutas cítricas, leche entera. El niño o niña se incorpora a la dieta familiar 4-5 veces al día Trocitos pequeños.¹³

Se recomienda introducir solo un alimento nuevo a la vez por dos o tres días, con el propósito de valorar su tolerancia y descartar alergia al mismo. Por ejemplo, si el lactante ha comido y tolerado manzana, pera y zanahoria, y se desea agregar calabacita a la dieta, se introducen estos cuatro alimentos durante tres o cuatro días, para después agregar uno nuevo más.

Es conveniente garantizar el aporte de hierro y zinc por medio de la alimentación complementaria, por lo que se recomienda a partir de los 6 meses de edad, el consumo diario de carne y otros alimentos de origen animal (1-2 onzas).¹³

Esquema de alimentación complementaria

| Edad cumplida | Alimentos a introducir | Frecuencia | Consistencia |
|---------------|---|--------------------|---|
| 0-6 meses | Lactancia materna exclusiva | A libre demanda | Líquida |
| 6-7 meses | Carne (ternera, pollo, pavo, res, cerdo, hígado) [*] , verduras, frutas Cereales (arroz, maíz, trigo, avena, centeno, amaranto, cebada, tortilla, pan, galletas, pastas, cereales infantiles pre cocidos, adicionados) | 2 a 3 veces al día | Purés, papillas |
| 7-8 meses | Leguminosas (frijol, haba, garbanzo, lenteja, alubia) | 3 veces al día | Purés, picados finos, alimentos machacados |
| 8-12 meses | Derivados de leche (queso, yogurt y otros). Huevo y pescado ^{**} | 3 a 4 veces al día | Picados finos, trocitos |
| > 12 meses | Frutas cítricas, leche entera ^{***} El niño o niña se incorpora a la dieta familiar | 4 a 5 veces al día | Trocitos pequeños |

* Excepto embutidos o carnes frías elaborados con cualquiera de estas carnes.

** Se deben introducir si no existen antecedentes familiares de alergia al alimento; si es así, introducirlo después de los 12 meses.

*** La leche entera de vaca no se recomienda antes del primer año.

Se recomienda introducir solo un alimento nuevo a la vez por dos o tres días, con el propósito de valorar su tolerancia y descartar alergia al mismo.

Es conveniente garantizar el aporte de hierro y zinc por medio de la alimentación complementaria, por lo que se recomienda a partir de los seis meses de edad, el consumo diario de carne y otros alimentos de origen animal (1-2 onzas).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Estudio, observacional, analítico, longitudinal, del tipo cohorte retrospectiva.

Periodo de evaluación: 1 de enero del 2018 al 1 de enero del 2019.

Lugar de estudio: Hospital Alemán Nicaragüense

Población y muestra

Población

Está constituida por el binomio madre-hijo nacidos en el Hospital Alemán en el período de estudio.

Muestra

Se estimó el tamaño de la muestra para dar respuesta a los objetivos del estudio a través del programa **Power and Sample Size Calculator 2.0**, aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

En el siguiente cuadro se detallan los parámetros introducidos en la fórmula y el resultado de cálculo muestral:

| Total de la población (N) | NO conocido |
|---|--------------------|
| Nivel de confianza o seguridad (1-α) | 95% |
| Precisión (d) | 5% |
| Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) | 30% |
| TAMAÑO MUESTRAL (n) | 257 |

La aplicación de la fórmula arrojó que se necesitaba estudiar a 257 binomios madre-hijo. Este grupo luego fue dividido, cuando se le preguntó a la madre si al momento del nacimiento y durante su estancia hospitalaria recibió consejería, o si recibió consejería durante sus visitas al hospital o centro de salud, al momento de nacimiento. Los casos fueron seleccionados de forma prospectiva y aleatoria de acuerdo a la secuencia de visitas al hospital duran el periodo de estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Binomio madre – hijo nacidos en el Hospital Alemán durante el periodo de estudio

Que aceptó participar en el estudio de forma voluntaria

Recién nacidos a término sin alteraciones del peso

Criterios de exclusión:

Que abandonaron el estudio

Enfermedades graves que alteró la relación de los resultados

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Ficha de recolección de la información

Para la elaboración de la ficha se hizo una revisión de la literatura y se consultaron médicos con experiencia en el tema, se procedió a elaborar una ficha preliminar (piloto) y se validó con 10 binomios madre-hijos.

Una vez revisada y finalizada la ficha se procedió a la recolección de la información.

La ficha de recolección de la información estuvo conformada por incisos cerrados, los cuales incluyeron información acerca de los siguientes grandes aspectos:

La ficha de recolección de la información está conformada por 4 grandes secciones, los cuales están diseñados en forma de ítems cerrados:

- I. Datos Sociodemográficos de la madre y características generales del niño
- II. Evaluación antropométrica y nutricional
- III. Prácticas alimentarias con respecto al niño de 0 a 6 meses
- IV. Prácticas alimentarias con respecto al niño de 6 a 12 meses

La ficha es basada en el modelo propuesto por la Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 2016.

La medición de todas las variables se hizo para evaluar tres momentos dependiendo del grupo de edad

- Al momento del nacimiento (si recibió consejería nutricional o no)
- Practicas a los 6 meses
- Practicas a los 12 meses

Fuente de información

Primaria: La información fue obtenida a partir de la entrevista directa a las cuidadoras y examinación directa del niño o niña.

Medidas antropométricas

Una vez aplicado el cuestionario se procedió a la medición del peso con el uso de una balanza gravimétrica de piso, previamente calibrada o bien una balanza horizontal de mesa según correspondió. La talla fue medida con un tallímetro milimetrado portátil, con un máximo de 100 cm. Para ambos procedimientos se siguió un manual de procedimientos estandarizados para este estudio, basado en las recomendaciones de la OMS para evaluación nutricional a través de medidas antropométricas.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 22.0 versión para Windows (SPSS 2013)

Estadística descriptiva

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas) se describieron en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia.

Las variables cuantitativas están expresadas en términos de medidas de resumen de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango).

Exploración de la asociación entre variables (cruce de variables)

Para explorar la asociación entre variables cualitativas (categóricas) se usó la prueba de Chi cuadrado (χ^2). Para explorar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas se usó la prueba de U de Mann Whitney o T de Student según correspondió. Se consideró que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa si el valor de p fue es <0.05 .

Consideraciones éticas

El estudio recibió la autorización de las autoridades del Hospital para su realización. Se garantizó la privacidad y confidencialidad suprimiendo el nombre del paciente utilizando un código para la identificación del paciente. La información obtenida fue única y exclusivamente para fines de investigación.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES (MOVI)

| Objetivo específico | Variable conceptual | Sub-variables o dimensiones | Variables operativas | Técnicas de recolección de la información |
|--|---|--|---|--|
| 1. Identificar las características sociodemográficas de las madres o cuidadores y del niño o niña menor de 2 años, en estudio. | Característica o factores que actúan como indicadores de la situación social, económica y demográfica de las madres y cuidadores de los niños y niñas en estudio y las características biológicas predominantes al momento del estudio. | Características sociodemográficas de las madres o cuidadores | Parentesco Sexo Paridad Área de procedencia Nivel educativo | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF |
| | | Características del niño o niña menor de 2 años | Sexo Edad | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>Peso para la talla</p> <p>Peso para la edad</p> | <p>Medición directa de variables antropométricas con tallímetro y pesa gravimétrica horizontal y analizadas usando los patrones de referencia de crecimiento del niño pequeño de 1 a 23 meses de la OMS (Programa Athro PLUS)</p> |
|--|--|--|--|---|

| Objetivo específico | Variable conceptual | Sub-variables o dimensiones | Variables operativas | Técnicas de recolección de la información |
|---|--|------------------------------------|--|--|
| 2. Determinar las prácticas alimentarias con respecto a los niños y niñas entre 1 y 6 meses edad, en estudio. | Acciones y hábitos promovidos por los padres relacionados con los patrones de alimentación o ingesta de nutriente a los que son sometidos los niños y niñas entre 1 y 6 meses, en correspondencia con las recomendaciones de la OMS. | Lactancia materna exclusiva | <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna* (Si el niño o niña fue amamantado el día de ayer) • Alimentación con leche materna (de otras formas) • Alimentación del bebe cuando la madre no está • Introducción de líquidos • Exclusivamente con leche materna • No exclusivamente | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | con leche materna • No lactancia materna | |
|--|--|--|---|--|

| Objetivo específico | Variable conceptual | Sub-variables o dimensiones | Variables operativas | Técnicas de recolección de la información |
|--|---|------------------------------------|---|--|
| 3. Describir las prácticas alimentarias de las madres y/o tutores de los niños y niñas entre 6 y 12 meses de edad, en estudio. | Acciones y hábitos promovidos por los padres relacionados con los patrones de alimentación o ingesta de nutriente a los que son sometidos los niños y niñas entre 6 y 12 meses, en correspondencia con las recomendaciones de la OMS. | Lactancia materna continua | Consumo de lactancia materna el día de ayer en niños entre 6 y 12 meses | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF |
| | | Frecuencia de comidas recomendada | Número de veces que consumió alimentos el día anterior | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|--|
| | | | <p>Frecuencia recomendada para niños amamantado de 6 a 8 meses</p> <p>Frecuencia recomendada para Niños amamantado de 9 a 23 meses</p> <p>Frecuencia recomendada para Niños no amantados de 6 a 12 meses</p> | estandarizado por la FAO y UNICEF |
| | | Diversidad mínima recomendada | <p>Grupo 1: Granos, raíces y tubérculos</p> <p>Grupo 2: Leguminosas y nueces</p> <p>Grupo 3: Productos lácteos</p> <p>Grupo 4: Carnes</p> <p>Grupo 5: Huevos</p> | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF |

| | | | | |
|--|--|------------------------|--|---|
| | | | <p>Grupo 6: Frutas y verduras ricas en vitaminas</p> <p>Grupo 7: Otras frutas y verduras</p> <p>Otros tipos de alimentos</p> <p>Número de grupos alimentarios consumidos el día anterior</p> <p>Diversidad alimentara (≥ 4 grupos)</p> | |
| | | Dieta mínima aceptable | <p>Diversidad alimentara (≥ 4 grupos)</p> <p>Frecuencia mínima recomendada de comida</p> | <p>Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF</p> |

| | | | | |
|--|--|--|----------------------|--|
| | | Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro | Consumo de alimentos | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF |
|--|--|--|----------------------|--|

| Objetivo específico | Variable conceptual | Sub-variables o dimensiones | Variables operativas | Técnicas de recolección de la información |
|--|---|---|--|--|
| 4. Establecer la asociación entre las prácticas alimentarias reportadas por las madres y cuidadores y el estado nutricional de los niños y niñas en estudio. | Probabilidad de presentar bajo peso o muy bajo peso para la edad según la presencia o ausencia de prácticas adecuadas de alimentación según la edad del niño o niña menor de 2 años, y en base a las recomendaciones de la OMS. | Ausencia de prácticas adecuadas en < 6 meses | No lactancia materna exclusiva Introducción de alimentos antes de los 6 meses Uso de biberón | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF |
| | | Ausencia de prácticas adecuadas en entre 6 y 12 meses | No Lactancia materna continua al año de vida No Diversidad alimentaria mínima Menor de la Frecuencia mínima de comidas (alimentación complementaria) | Entrevista cara a cara (Fuente directa) siguiendo un cuestionario estructurado estandarizado por la FAO y UNICEF |

| | | | | |
|--|--|-------------------------|--|-------|
| | | | <p>No se logra la dieta mínima aceptable (alimentación complementaria)</p> <p>Ausencia de consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro</p> | |
| | | Riesgo de mal nutrición | <p>categorías combinadas de bajo peso o muy bajo peso</p> <p>Medición directa de variables antropométricas</p> <p>patrones de referencia de crecimiento del niño pequeño de 1 a 23 meses de la OMS (Programa Athro PLUS)</p> | ----- |

RESULTADOS

En cuanto a las características de los participantes en estudio, se logró captar a 70 madres de niños menores de 6 meses y 187 madres de niños entre 6 y 12 meses. (Ver cuadro 1)

El 95% de los informantes era la madre. El 95% procedía del área urbana, y hasta un 70% tenía 2 embarazos anteriores o menos, con educación primaria y secundaria en un 70% combinado. (Ver cuadro 1)

Los lactantes menores de un año se caracterizaron por un predominio leve del sexo femenino. (Ver cuadro 2)

De forma global, en cuanto al estado nutricional el 20% de los menores de 6 meses y el 17% de los bebés entre 6 y 12 meses estaba en alerta de bajo peso, y en ambos grupos cerca del 15% estaba en bajo o muy bajo peso (Ver cuadro 3)

El 84% de los menores de 6 meses recibían lactancia materna, (Ver cuadro 4) sin embargo solo el 48% lo recibía de forma exclusiva (Ver cuadro 5)

En el grupo de 6 a 12 meses un 64% continuaba recibiendo lactancia materna. (Ver cuadro 6)

El 68% de los niños amamantado de 6 a 8 meses, el 70% de los niños amamantado de 9 a 12 meses y el 64% de los niños no amantados de 6 a 12 meses recibían la frecuencia mínima recomendada de alimentos según la OMS (Ver cuadro 7)

Del total de casos entre 6 y 12 meses, solo el 42% consumió 5 grupos o más de alimentos el día anterior (Cuadro 8 y 9) y solamente el 38% cumplía con la diversidad mínima y la frecuencia mínima, es decir tenía dieta mínima aceptable (Cuadro 9 y 10)

Por otro lado, en este grupo de edad solo el 38% consumió alimentos ricos o fortificados en hierro. (Ver cuadro 11)

Al evaluar la asociación entre la exposición a consejería y la ausencia de prácticas alimentarias adecuadas, en los niños en estudio, se observó que las madres que no recibieron consejería tenían mayor riesgo de prácticas deficientes alimentarias. (Cuadro 12A)

En el grupo < 6 meses el OR de no lactancia materna exclusiva fue de 11 (Cuadro 12A)

En cuanto a la ausencia de prácticas adecuadas en entre 6 y 12 meses se observó que las que no recibieron consejería el OR de No Lactancia materna continua al año de vida de 2.9 (1.3 – 6.6; p=0.001), no Diversidad alimentaria mínima 5.6 (1.3-8.2; p=0.012), menor de la Frecuencia mínima de comidas (alimentación complementaria), 1.6 (0.9 – 3.1; p=0.087), no se logra la dieta mínima aceptable (alimentación complementaria) 4 (1.3 -7.6; p=0.001), y ausencia de consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro 3.2 (1.9 – 6.6; p=0.003) (4- 21; p=0.001). (Cuadro 12A)

Con respecto a la asociación entre la ausencia de prácticas alimentarias adecuadas y el estado nutricional, en los niños en estudio se observó lo siguiente para el grupo < 6 meses:

- No lactancia materna exclusiva 7 (1.5- 12; p=0.001) para desnutrición y 0.9 (0.7 - 2.1; p=0.121) para sobrepeso.
- Introducción de alimentos antes de los 6 meses 1.8 (1.1 – 2.4; p=0.042) para desnutrición y 4 (1.5-7.3; p=0.042) para sobrepeso.

En el grupo de 6 a 12 meses se observó lo siguiente (Ver cuadro 12B):

No Lactancia materna continua al año de vida 3.3 (1.5 – 4.6; p=0.001) para desnutrición y 2.7 (1.4-4.4; p=0.032) para sobrepeso.

No Diversidad alimentaria mínima 2.8 (1.3-3.5; p=0.012) para desnutrición y 6 (2.7-9.9; p=0.001) para sobrepeso.

Menor de la Frecuencia mínima de comidas (alimentación complementaria) 5 (2.9 – 10.11; p=0.0001) para desnutrición 0.7 (0.4-1.5; p=0.654) para sobrepeso.

No se logra la dieta mínima aceptable (alimentación complementaria) 6 (3.3 -9.6; p=0.021) para desnutrición y 0.53 (0.21- 1.5; p=0.867) para sobrepeso

Ausencia de consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro 1.7 (1.1 – 2.6; p=0.0032) para desnutrición y 0.78 (0.3-2.1; 0.111) para sobrepeso.

DISCUSIÓN

La consejería en lactancia materna (administrada tanto a individuos como grupos) ha sido reconocida como el enfoque preventivo más efectivo en la reducción de la morbi-mortalidad infantil.¹⁰⁻¹¹ Asimismo, las intervenciones de educación nutricional para promover una alimentación complementaria óptima han mejorado las prácticas de la alimentación infantil, el consumo de alimentos, y el estado nutricional del niño en contextos de desnutrición.

Directa o indirectamente, la malnutrición es responsable de aproximadamente un tercio de las muertes de los menores de 5 años. Bastante más de dos tercios de estas muertes, a menudo relacionadas con prácticas alimentarias inadecuadas, se producen en el primer año de vida.

La OMS enfatiza que una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo.

En el presente estudio el principal parámetro alterado en los niños en estudio fue la relación peso para la edad, 1 de cada cuatro niños estudiados presentaron bajo peso o muy bajo peso. Según la OMS y según una revisión publicada por Straus y colaboradores, señalan que hasta un 30% de los niños en Latinoamérica presentan bajo peso para la edad. Es decir que nuestra población estudiada está en correspondencia con lo publicado por series internacionales.¹⁴

En el presente estudio fue evidente la asociación entre las prácticas inadecuadas de alimentación y la mal nutrición.

Según el presente estudio, en el grupo de niños entre 1 y 6 meses, 8 de cada 10 niños o niñas reciben lactancia materna, y 48% recibe lactancia materna exclusiva. La mitad recibió introducción precoz de otros alimentos, de los niños que no reciben lactancia materna exclusiva casi todos reciben con leche de fórmula. Estos datos concuerdan con los datos publicados por la OMS en el 2006, indicando que señalaba que a nivel mundial, solamente el 34.8% de lactantes recibían lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida¹⁷

La Unicef también reportó que para el 2017, los niveles de lactancia materna exclusiva estaban en el mismo rango. En el estudio publicado por UNICEF a partir de datos obtenidos de 64 países que cubren el 69% de nacimientos ocurridos en países en desarrollo, sugieren que esta situación viene mejorando. Entre los años 1996 y 2006, la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida se ha incrementado del 33% al 37%. Se han apreciado incrementos significativos en el África Subsahariana, donde la tasa se ha incrementado del 22% al 30%; en Europa, la tasa se ha incrementado del 10% al 19%. En Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con lactancia materna exclusiva se incrementó del 30%, alrededor del 1996, al 45% alrededor del 2006. Sin embargo 10 años después en Nicaragua se mantienen los mismos niveles de lactancia materna exclusiva que los observados en Latinoamérica en el 2007. Esto sugiere que realmente no ha habido grandes avances en cuanto a esta práctica alimentaria.¹²

En cuanto a las prácticas alimentarias en el niño o niñas de 6 a 12 meses, en nuestro estudio se señala que son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional. Este estudio indica que dos terceras partes de los niños y niñas no se alimentaban ni con la frecuencia ni con la diversidad recomendada, y solo un 30% cumplía con la diversidad mínima aceptable. La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 12 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee. Esto está totalmente en correspondencia con el informe de López y colaboradores y el reporte del 2016 de la OMS sobre prácticas de alimentación complementaria que concluye que menos de un cuarto (25%) de los niños de 6 a 12 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiadas para su edad.¹⁴

Santillana y colaboradores en su informe sobre alimentación complementaria en América Latina y el Caribe, publicado en el 2014, indica que solo el 34% de los niños entre 6 y 12 meses recibía dieta mínima aceptable. Similar a lo observado en nuestro estudio. Esto sugiere que en Latinoamérica la estrategia de educación a madres y cuidadores no ha sido suficiente

para alcanzar índices más altos de dieta mínima aceptable, por lo que se requiere investigaciones y de estrategias realmente eficaces.²⁰

En cuanto a la asociación entre las prácticas inadecuadas alimentarias entre los niños de 1 a 23 meses en estudio y el bajo peso o muy bajo peso. En nuestro estudio se encuentra que las prácticas inadecuadas elevan el riesgo entre 2 hasta 8 veces, en la mayoría de casos, el riesgo de presentar bajo peso o muy bajo peso para la edad.

Existe evidencia teórica y empírica, como lo señalado por Robert y colaboradores en un informe publicado por la UNICEF y la OMS en el 2015, que indica que la transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 12 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.¹⁹

Las investigaciones han revelado que los cuidadores necesitan un apoyo especializado para alimentar adecuadamente a los lactantes. En este sentido es necesario que a nivel de nuestros hospitales se refuerzo los conocimientos sobre prácticas alimentarias adecuadas. Actualmente la OMS ofrece directrices sobre la alimentación apropiada en los cursos de orientación sobre Alimentación del lactante y el niño pequeño y sobre Alimentación complementaria, también hay directrices internacionales y nacionales formación de trabajadores sanitarios del primer nivel sobre la AIEPI.^{21, 22}

Por lo tanto se cuentan con las herramientas educativas y con evidencia científica para promover y diseñar estrategias efectivas de promoción de prácticas alimentarias adecuadas en madres y cuidadores de los lactantes y niños pequeños.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características sociodemográficas se observó que en su gran mayoría las madres, procedentes del área urbana con educación media, que tienen principalmente entre uno y dos niños vivos. En el grupo de niños en estudio predominó el sexo femenino.
2. En cuanto a las prácticas alimenticias en el niño menor de 6 meses, la gran mayoría reciben lactancia materna, pero de esta menos de la mitad recibe lactancia materna exclusiva. Un tercio de los niños y niñas entre 6 y 12 meses mantiene la lactancia materna continua y recibe la frecuencia de comidas al día recomendada por la OMS o bien diversidad alimentaria mínima. Menos de una tercera parte recibe dieta mínima aceptable (alimentación complementaria con frecuencia y diversidad según las recomendaciones).
3. Las madres y cuidadoras que recibieron consejería nutricional reportan con mayor frecuencia prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, que las madres y cuidadoras que no recibieron consejería: Mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, mayor frecuencia de lactancia materna continua entre los 6 y 12 meses, mayor frecuencia de dieta mínima aceptable entre los 6 y 12 meses, mayor frecuencia de alimentación con alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro entre los 6 y 12 meses de vida.
4. La frecuencia de desnutrición, sobrepeso y obesidad es menor entre el grupo de niños y niñas de madres que recibieron consejería nutricional en comparación con el grupo de niños y niñas de madres que no recibieron consejería.

RECOMENDACIONES

Al personal de salud

El personal de salud, tanto médico o de enfermería deben hacer énfasis en la consejería integral y oportuna.

Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. En este sentido es fundamental el apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones ya que existe evidencia que la educación y consejería continua impacta en la adopción de prácticas alimentaria adecuadas y por ende se produciría un impacto positivo en la protección del estado nutricional del niño menor de 2 años.

A las autoridades del servicio de pediatría y del hospital

Es clave que se capacite al personal en las bases científicas y técnicas de consejería en aspectos nutricionales, con énfasis en la promoción de la lactancia materna y en los principios de la alimentación complementaria. Se debe diseñar un programa sistemático y organizado con respecto a temas relacionados con la nutrición del paciente pediátrico y para esto se debe contar con el apoyo de un equipo multidisciplinario. Este programa debe ir dirigido a todo el personal de salud que labora en la institución ya que todos y todas entran en contacto con los niños y niñas y sus cuidadores.

Implementar un sistema de monitoreo y vigilancia de la calidad de la consejería brindada a las madres y cuidadores, que permita ir evidenciando tanto los avances como las debilidades de la consejería a lo largo del tiempo.

Al ministerio de salud

Se debe fortalecer las vías y mecanismos de comunicación entre el nivel secundario y primario, ya que el seguimiento del binomio madre hijo a nivel comunitario recae principalmente en las unidades primarias de salud.

Establecer coordinaciones interinstitucionales (MINED, MIFAMILIA, MECFA, Consejos del Poder Ciudadano, Comunicadores sociales, etc.) para promover una cultura de alimentación saludable desde la familia.

A la comunidad científica y académica

Se recomienda a los investigadores profundizar en la relación entre la diversidad alimentaria y el estado nutricional, ya que este indicador en conjunto con la dieta mínimamente aceptable fueron los principales predictores del estado nutricional del niño entre 6 meses y 1 años.

A nivel del hospital se debe implementar estudios prospectivos que exploraren el impacto de estrategias de consejería específicas en los cambios de las prácticas y en el estado nutricional del niño o niña.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*, 2102. Disponible en el siguiente sitio:
http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. *62ª Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. 2009. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-sp.pdf. Consultado: (último acceso noviembre 2 de 2014).
3. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del infante*. (2016)
4. Castañeda, K. (2008). Prácticas Alimentarias y estado nutricional de los niños menores de tres años que asisten por primera vez a la consulta externa del Hospital Infantil Juan Pablo II. Informe de Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Consultado el 4 de octubre del 2015.
5. Mata, G. R. (2010). Alimentación complementaria y presencia de obesidad en niños chihuahuenses menores de 7 años (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez).
6. Ceballos Verdugo, Gladys (2013). Patrones de alimentación en niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Universidad Nacional Autónoma de México.

7. Sánchez, S. L. (2014). Nivel de Conocimientos sobre Ablactación que presentan los padres de familia de la estancia Cendi Mexiquense (Doctoral dissertation, tesis, Universidad Autónoma de México, Toluca México).
8. Mejia Gonzalez, S. V. (2017). Estado Nutricional y prácticas de alimentación en niños 1 a 23 meses, que acuden a Emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, Abril del 2017 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).
9. Lutter Ch. Practicas esenciales de nutrición durante el parto. En: Alimentación y Nutrición del niño pequeño. *Reunión Subregional de los Países de Sudamérica*; Lima, Perú. Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 32-36. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_d_el_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_d_el_Nino_Pequeno(2).pdf). Consultado: (último acceso agosto 20 de 2015)
10. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1 Consultado: (último acceso agosto 20 de 2015)
11. Conclusiones y Recomendaciones. *Reunión Subregional de los Países de Sudamérica*; Lima, Perú. Organización Panamericana de la Salud; 2008. p.7-9; Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_d_el_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_d_el_Nino_Pequeno(2).pdf). Consultado: (último acceso agosto 20 de 2015)
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Unicef, *Estado Mundial de la Infancia*, 2014. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/emi_2014_0.pdf Consultado: (último acceso agosto 20 de 2015)

13. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública Mex* 2013; 55 supl (2):S170-S179.
14. Gomes GP, Gubert MB. Breastfeeding in children under 2 years old and household food and nutrition security. *J Pediatr (Rio J)* 2012; 88(3):279-82.
15. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):537-43. Carrascoza KC et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(10):4139-4146
16. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(4):641-654.
17. D. Jiménez-Benítez A, Rodríguez-Martín R. Jiménez-Rodríguez, Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cádiz. Red Mel-CYTED, *Nutr Hosp* 2010; (Supl. 3) 25:18-25.
18. Rodríguez-García J y Acosta-Ramírez N, Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia, *Rev. Salud Pública* 2008; 10 (1):71-84.

19. Palomino P, Grande M y Linares M. La salud y sus determinantes sociales Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología (RIS) 2014; 72 (1): 71-91.

20. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 2011. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
Consultado: (último acceso agosto 15 de 2015)

21. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
Consultado: (último acceso agosto 15 de 2015)

22. Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y niño pequeño en el año 2014. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130456/1/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf?ua=1 Consultado: (último acceso agosto 22 de 2015)

23. Rama de Nutrición, Sociedad Chilena de Pediatría. Alimentación del niño menor de dos años. Rev Chil Pediatr 2016; 68; 148-51.

24. Brown KH, Dewey KG, Allen LH: Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge. Geneva Switzerland: World Health Organization; 1998.

25. WHO. Complementary feeding: Report of the Global Consultation, and Summary of Guiding Principles for complementary feeding of the breastfed child 2016.

26. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-9.

27. WHO/UNU. Food and Nutrition Bulletin n° 1 2003; vol 24 (1)

28. Lucas A: Programming by early nutrition: An experimental approach. *J Nutr* 1998; 128: 401-6.

ANEXOS

SECCIÓN A. CUESTIONARIO SOCIOECONOMICO PARA PADRES/CUIDADORES

| Padre/tutor | | |
|--------------------------------|--|--|
| 1. Sexo | <i>Seleccione el sexo del padre/tutor</i> | Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> |
| 2. Parentesco | ¿Qué tipo de parentesco tiene con el niño al que cuida? | Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |
| 3. Edad del padre/tutor | ¿Cuál es su fecha de nacimiento? <i>Si es necesario pruebe:</i> ¿En qué día, mes y año nació? | __/__/____ día mes año |
| | Dígame su edad por favor <i>Si es necesario pruebe:</i> ¿Qué edad tenía en su último cumpleaños? <i>Si la información no concuerda con la respuesta anterior, determine cuál es la más precisa</i> | Edad en años cumplidos -- |
| 4. Partos (solo mujeres) | ¿Cuántos hijos tiene? | Número de niños -- Primer embarazo <input type="checkbox"/> |
| 5. Características geográficas | ¿Dónde vive? | <input type="checkbox"/> Distrito _____ <input type="checkbox"/> Ciudad _____ <input type="checkbox"/> Municipio _____ <input type="checkbox"/> Departamento _____ |
| 7. Nivel educativo | ¿Ha asistido a la escuela? <i>Si sí, continúe:</i> ¿Cuál es su nivel máximo de estudios? | Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Educación técnica <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> |
| Bebé o Niño | | |
| 2. Sexo del niño | ¿Es (<i>nombre del niño</i>) hombre o mujer? | Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> |
| 3. Edad del niño | ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño? <i>Si es necesario pruebe:</i> ¿En qué día, mes y año nació (<i>nombre del niño</i>)? ¿Él o ella tiene cartilla de vacunación con la fecha de nacimiento? <i>Si si, registre la fecha de nacimiento tal como está escrita en la cartilla</i> | _____/____/____ año mes día |
| | 4. Peso y Talla | Edad en años -- Edad en meses -- Peso ---- Talla ---- |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

SECCIÓN B.PREGUNTAS SOBRE CONSEJERÍA

¿Al momento del nacimiento recibió algún tipo de consejería nutricional por parte del personal de Salud

Sí__ No__?

¿Al momento del alta después del nacimiento recibió algún tipo de consejería nutricional por parte del personal de Salud?

Sí__ No__?

¿Durante su primera visita al centro de salud recibió algún tipo de consejería nutricional por parte del personal de Salud?

Sí__ No__?

Si la madre o padre contest que si a todas las preguntas se clasificó como persona que recibió consejería nutricional?

Sí__ No__?

Alimentación de niños menores de 6 meses

Explicarle al participante:

Le voy a hacer preguntas acerca de la nutrición de los niños de 0-6 meses. Por favor dígame si no entiende alguna pregunta para que se la clarifique. También dígame si tiene preguntas.

P.1: Lactancia materna*

¿Fue (*nombre del bebé*) amamantado ayer durante el día o la noche?

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

P.2: Alimentación con leche materna*

Algunas veces los bebés son alimentados con leche materna de diferentes maneras, por ejemplo con una cuchara, taza o una botella, o son amamantados por otra mujer.

¿Consumió (*nombre del bebé*) la leche materna en cualquiera de estas formas ayer durante el día o la noche?

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

Question P.3: Alimentando al bebé cuando la madre no está

Cuándo sale de su casa y deja al bebé ¿qué tipo de alimentación le proporcionan?

- Leche materna en biberón, cuchara o taza
- Leche de formula en biberón, cuchara o taza.
- Atoles
- Otros líquidos

En ese caso, ¿quién lo alimenta?

- El padre
- La abuela
- Los hijos
- _____ Otra(s)
- persona(s) _____
- No sabe / No contesta

Question P.4: Introducción de líquidos *

Ahora me gustaría preguntarle acerca de algunos líquidos que (*nombre del bebé*) puede haber bebido ayer durante el día o por la noche. (*Lea la lista de líquidos que comienzan con "agua pura"*)

- A. Agua pura** Sí
 No
 No sabe
- B. Fórmula infantil, tales como (*insertar ejemplos locales*)**
 Sí
 No
 No sabe
- C. Leche tales como leche enlatada, animal en polvo o fresco**
 Sí
 No
 No sabe
- D. Jugo o bebidas de jugo**
 Sí
 No
 No sabe
- E. Caldo claro**
 Sí
 No
 No sabe
- F. Yogurt**
 Sí
 No
 No sabe
- G. Papilla de avena (cereales finos)**
 Sí
 No
 No sabe

H. Cualquier otro líquido como

- Sí
- No
- No sabe

I. Cualquier otro líquido claro

- Sí
- No
- No sabe

Análisis preliminar

De las preguntas P1, P2, P3 y P4 determinar si el niño recibe lactancia materna exclusiva (es decir, alimentados exclusivamente con leche materna)

Exclusivamente con leche materna

Alimentación de niños de 6 a 12 meses

Explicarle al participante:

Le voy a hacer preguntas acerca de la nutrición de los niños de 6-23 meses. Por favor dígame si no entiende alguna pregunta para que se la clarifique. También dígame si tiene preguntas.

Temporada alta de alimento
Temporada baja de alimento

Pregunta P.1: Lactancia materna continua*

¿(Nombre del bebé) tomó pecho o leche materna ayer durante el día o la noche?

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

Pregunta P.2.: Diversidad alimentaria*

Voy a preguntarle acerca de los alimentos que (nombre del bebé) comió ayer durante la el día ó por la noche. Por ejemplo, si (nombre del bebé) se comió una papilla de arroz con verduras, debe responder afirmativamente a algún alimento (al arroz, chayote, zanahoria, etc.).

No mencione los alimentos utilizados en poca cantidad para sazonar o condimentos (como los chiles, especias o hierbas), voy a preguntarle acerca de esos alimentos posteriormente.

Ayer durante el día o por la noche (nombre del bebé) comió o bebió:

(Lea al participante la lista de alimentos. Subraye los alimentos consumido e indique en la columna Si o No si alguno de los alimentos de la lista fue consumido. Anote el número de veces para las preguntas relevantes (Grupo 3)).

| Grupo | Lista de alimentos | No | Si |
|---|---|----|-----------------------------|
| Group 1: Granos, raíces y tubérculos | Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla? | | |
| | Papas blancas, camote, yuca, o cualquier otro alimento a base de raíces? | | |
| Group 2: Leguminosas y nueces | Algún alimento hecho a base de frijoles, habas, chícharos, lentejas o nueces? | | |
| Group 3: Productos lácteos | Fórmula infantil como? | | ¿Cuántas veces? _ _ _ _ |
| | Leche, como leche enlatada, animal en polvo o fresca? | | ¿Cuántas veces? _ _ _ _ |
| | Yogurt? | | ¿Cuántas veces? _ _ _ _ |
| | Queso u otros productos lácteos? | | |
| Group 4: Carnes | Hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre? | | |
| | Algún tipo de carne como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo, pato u otra? | | |
| | Pescado fresco o secos, o mariscos? | | |
| | Gusanos, caracoles o insectos? | | |
| Group 5: Huevos | Huevos | | |
| Group 6: Frutas y verduras ricas en vitamina A | Calabaza amarilla, zanahoria, papas que son amarillas o anaranjadas por dentro? | | |
| | Verduras de hoja verde oscuro como las hojas de amaranto, las hojas de yuca, berzas, espinacas, [insertar ejemplos locales]? | | |
| | Mango maduro, papaya madura, melón cantalupo, durazno fresco o seco o [insertar otras frutas locales ricas en vitamina A]? | | |
| | Alimentos hechos con aceite rojo de palma, nuez de palma roja, salsa de pulpa de nuez de palma roja? | | |
| Group 7: Otras frutas y verduras | Otras frutas o verduras | | |
| Otros alimentos (no deben ser contados en el puntaje de diversidad alimentaria) | Algún aceite, grasa, mantequilla, o alimentos preparados con alguno de estos? | | |
| | Alimentos dulces como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, tartas, galletas? | | |
| | Condimentos para el sabor, tales como chiles, especias, hierbas | | |

No consume alimentos más que leche materna

Análisis preliminar

Número de grupos de alimentos consumidos el día anterior ____ / 7

Pregunta P.3: Frecuencia de las comidas*

¿Cuántas veces (*nombre del bebé*) comió alimentos, es decir las comidas y meriendas que no sean líquidos, ayer durante el día o la noche?

Número de veces | ___ || ___ |

No sabe / No contesta

Análisis preliminar (realizar el análisis posterior a la aplicación de la encuesta)

OMS (2016) recomendaciones para la frecuencia mínima de comidas:

Para los niños alimentados con leche materna:

2-3 veces para los bebés de 6 a 8 meses alimentados con leche materna

3-4 veces para lactantes de 9 a 23 meses alimentados con leche materna

Para los niños no amamantados:

4 veces para los niños de 6 a 24 meses que no son amamantados (incluyendo alimentos lácteos, identificado en pregunta P2)

ANEXOS

Cuadro 1: Características generales de las madres y cuidadores de los niños y niñas entre 0 y 12 meses de edad, en estudio.

| | | Grupo de niños investigados | | | | Total de niños* | |
|----------------------------|-------------|-----------------------------|------|--------------|------|-----------------|------|
| | | > 6 meses a <12 meses* | | 1 a 6 meses* | | n | % |
| | | n | % | n | % | | |
| Número de casos | | 187 | 100 | 70 | 100 | 257 | 100 |
| Parentesco | Madre | 180 | 96.3 | 65 | 92.9 | 245 | 95.3 |
| | Padre | 6 | 3.2 | 4 | 5.7 | 10 | 3.9 |
| | Abuelo (a) | 1 | 0.5 | 1 | 1.4 | 2 | 0.8 |
| | Otro | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| Sexo | Femenino | 181 | 96.8 | 66 | 94.3 | 247 | 96.1 |
| | Masculino | 6 | 3.2 | 4 | 5.7 | 10 | 3.9 |
| Paridad de la madre | Ninguno | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| | Uno | 67 | 35.8 | 29 | 41.4 | 96 | 37.4 |
| | Dos | 73 | 39.0 | 21 | 30 | 94 | 36.6 |
| | Tres | 25 | 13.4 | 11 | 12.9 | 36 | 14.0 |
| | Más de tres | 22 | 11.8 | 9 | 8.6 | 31 | 12.1 |
| Área | Urbana | 176 | 94.1 | 70 | 100 | 246 | 95.7 |
| | Rural | 11 | 5.9 | 0 | 0 | 11 | 4.3 |
| Nivel educativo | Analfabeta | 6 | 3.2 | 0 | 0 | | 0.0 |
| | Primaria | 51 | 27.3 | 26 | 37.1 | 77 | 30.0 |
| | Secundaria | 97 | 51.9 | 31 | 44.3 | 128 | 49.8 |
| | Técnico | 18 | 9.6 | 2 | 2.9 | 20 | 7.8 |
| | Universidad | 15 | 8.0 | 11 | 15.7 | 26 | 10.1 |

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 2: Características generales de los niños y niñas en estudio

| | | n | % |
|-------------|----------------------|------------|--------------|
| Sexo | Femenino | 130 | 50.6 |
| | Masculino | 127 | 49.4 |
| | Total | 257 | 100.0 |
| Edad | 0 a 6 meses | 70 | 72.8 |
| | >6 meses a <12 meses | 187 | 27.2 |
| | Total | 257 | 100.0 |

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 3: Peso para la edad y talla para la edad en niños entre 1 y 12 meses de edad en estudio

| | <i>0 a 6 meses</i> | | <i>6 a 12 meses*</i> | | <i>TOTAL*</i> | |
|--|--------------------|----------|----------------------|----------|---------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| <i>Número de casos</i> | 70 | 100 | 187 | 100 | 257 | 100 |
| <i>Relación peso para la edad</i> | | | | | | |
| <i>Muy Bajo Peso: menor o igual a z-3</i> | 4 | 5.7 | 8 | 4.3 | 10 | 3.9 |
| <i>Bajo Peso: menor o igual a z-2 y mayor a z-3</i> | 8 | 11.4 | 17 | 9.1 | 19 | 7.4 |
| <i>Alerta Bajo Peso: menor o igual a z-1,5 y z-2</i> | 14 | 20 | 31 | 16.6 | 31 | 12.1 |
| <i>Peso Adecuado: mayor a z -1,5 y menor a z-2</i> | 41 | 58.6 | 76 | 40.6 | 71 | 27.6 |
| <i>Alto Peso: mayor o igual a z-2</i> | 3 | 4.3 | 25 | 13.4 | 9 | 3.5 |
| <i>Prueba de Chi² 1 a <6 meses versus 6 a 12 meses: p=0.002</i> | | | | | | |
| <i>Relación talla par la edad</i> | | | | | | |
| <i>Talla Muy Baja: igual o menor a z -3</i> | 1 | 1.4 | 7 | 3.7 | 3 | 1.2 |
| <i>Talla Baja: menor o igual a z -2 y mayor a z -3</i> | 4 | 5.7 | 19 | 10.2 | 7 | 2.7 |
| <i>Talla Alerta: entre menor o igual (≤) a z -1,5 y mayor a z -2</i> | 12 | 17.1 | 33 | 17.6 | 27 | 10.5 |
| <i>Talla Adecuada: entre z -1,5 y z 2</i> | 52 | 74.3 | 72 | 38.5 | 101 | 39.3 |
| <i>Talla Alta: por mayor o igual (≥) a z 2</i> | 1 | 1.4 | 26 | 13.9 | 2 | 0.8 |
| <i>Prueba de Chi² 0 a <6 meses versus 6 a 12 meses: p=0.111</i> | | | | | | |

Fuente: Ficha de recolección de la información / medición antropométrica

Cuadro 4: Prácticas de alimentación en niños y niñas de 0 a 6 meses de edad en estudio (n=70)

| | | n | % |
|--|--|----|------|
| Número de casos de 0 a 6 | | 70 | 100 |
| Lactancia materna* (Si el niño o niña fue amamantado el día de ayer) | Si | 59 | 84.3 |
| | No | 11 | 15.7 |
| | No sabe / No contesta | 0 | 0 |
| Alimentación con leche materna (de otras formas) (n=11) | Si | 2 | 2.9 |
| | No | 9 | 12.9 |
| | No sabe / No contesta | 0 | 0 |
| Alimentación del bebe cuando la madre no está (n=70) | Leche materna en biberón, cuchara o taza | 11 | 15.7 |
| | Leche de fórmula en biberón, cuchara o taza | 31 | 44.3 |
| | Atoles | 4 | 5.7 |
| | Otros Líquidos | 11 | 15.7 |
| | No sabe / No responde | 13 | 18.6 |
| Introducción de líquidos (n=70)* | Agua pura | 22 | 31.4 |
| | Fórmula de leche infantil | 31 | 44.3 |
| | Leche enlatada, de origen animal (en polvo o fresca) | 2 | 2.9 |
| | Jugo o bebida de jugos naturales | 19 | 27.1 |
| | Jugo o bebida de jugos artificiales | 8 | 11.4 |
| | Caldo (sustancia) | 7 | 10 |
| | Yogurt | 4 | 5.7 |
| | Papilla de avena (cereales finos) | 14 | 20 |
| | Otros líquidos | 16 | 22.9 |
| | Ninguno | 34 | 48.6 |

*Pregunta de respuesta múltiple. Los porcentajes sumas más de 100% ya que un mismo niño puede ser alimentado con más de un tipo de líquido

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 5: Práctica de lactancia materna exclusiva en niños y niñas de 0 a 6 meses
(n=70)

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|----|------|
| | | | |
| Lactancia materna | Exclusivamente con leche materna | 34 | 48.6 |
| | No exclusivamente con leche materna | 27 | 38.6 |
| | No lactancia materna | 9 | 12.9 |
| Total | | 70 | 100 |

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

**Cuadro 6: Lactancia materna continua en los niños entre 6 y 12 meses en estudio
(n=157)**

| | | <i>n</i> | <i>%</i> |
|--|---------------------|------------|--------------|
| <i>Lactancia materna continua</i> | Si | 101 | 64.3 |
| | No | 56 | 35.7 |
| | <i>Total</i> | 157 | 100.0 |

Nota: Del total de binomio madre-hijo mayor de 6 meses, solo en 157 se pudo construir el indicador en base a la respuesta de las entrevistadas.

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 7: Casos que siguen las recomendaciones de frecuencia mínima de consumo de comidas según edad y amamantamiento, en los pacientes en estudio (n=157)

| | n | Frecuencia mínimas recomendada | Casos que siguen la recomendación de la frecuencia mínima de comidas | % |
|---|------------|--------------------------------|--|------|
| <i>Niños amamantado de 6 a 8 meses</i> | 66 | 2 veces | 45 | 68.2 |
| <i>Niños amamantado de 9 a 12 meses</i> | 44 | 3 veces | 31 | 70.5 |
| <i>Niños no amantados de 6 a 12 meses</i> | 47 | 4 veces | 30 | 63.8 |
| Total | 157 | | 106 | 67.5 |

Nota: Del total de binomio madre-hijo mayor de 6 meses, solo en 157 se pudo construir el indicador en base a la respuesta de las entrevistadas.

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 8: Grupos de alimentos consumidos el día anterior por los niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, en estudio (n=157)

| | | n | % |
|------------------------|--------------------------------------|-----|-------|
| Número de casos | | 157 | 100.0 |
| Grupo 1 | Granos, raíces y tubérculos | 60 | 38.2 |
| Grupo 2 | Leguminosas y nueces | 21 | 13.4 |
| Grupo 3 | Productos lácteos | 64 | 40.8 |
| Grupo 4 | Carnes | 51 | 32.5 |
| Grupo 5 | Huevos | 30 | 19.1 |
| Grupo 6 | Frutas y verduras ricas en vitaminas | 42 | 26.8 |
| grupo 7 | Otras frutas y verduras | 33 | 21.0 |
| Otros | Otros tipos de alimentos | 43 | 27.4 |

Nota: Del total de binomio madre-hijo mayor de 6 meses, solo en 157 se pudo construir el indicador en base a la respuesta de las entrevistadas.

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 9: Diversidad alimentaria en niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, en estudio

| | | n | % |
|--|---------------------------|-----|-------|
| <i>Número de grupos alimentarios consumidos el día anterior</i> | De uno a tres grupos (<4) | 90 | 57.3 |
| | De 4 a más grupos (≥4) | 67 | 42.7 |
| | Total | 157 | 100.0 |

Nota: Del total de binomio madre-hijo mayor de 6 meses, solo en 157 se pudo construir el indicador en base a la respuesta de las entrevistadas.

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 10: Casos que siguen dieta mínima aceptable, en los pacientes en estudio de 6 a 12 meses de edad.

| | | Diversidad alimentara (≥ 4 grupos) | | | | Total | |
|--|----|--|-------------|----|-------------|-------|--------------|
| | | Si | | No | | n | % |
| | | n | % | n | % | | |
| Frecuencia mínima recomendada de comida | Si | 61 | 38.9 | 45 | 28.7 | 106 | 67.5 |
| | No | 5 | 3.2 | 46 | 29.3 | 51 | 32.5 |
| | | 66 | 42.0 | 91 | 58.0 | 157 | 100.0 |

Nota: Del total de binomio madre-hijo mayor de 6 meses, solo en 157 se pudo construir el indicador en base a la respuesta de las entrevistadas.

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 11: Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro*, en niños de 6 a 12 meses en estudio

| | | | |
|---|-------|-----|-------|
| | | | |
| Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro | Si | 60 | 38.2 |
| | No | 97 | 61.8 |
| | Total | 157 | 100.0 |

Nota: Del total de binomio madre-hijo mayor de 6 meses, solo en 157 se pudo construir el indicador en base a la respuesta de las entrevistadas.

*Niños de 6 a 12 meses de edad que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro, o un alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños y que estaba fortificado con hierro o un alimento que fue fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro/ Niños de 6 a 12 meses de edad

Fuente: Ficha de recolección de la información / entrevista

Cuadro 12A: Asociación entre la exposición a consejería y la ausencia de prácticas alimentarias adecuadas, en los niños en estudio.

| | OR estimado |
|--|---------------------------|
| | OR (IC 95%; p) |
| Ausencia de prácticas adecuadas en < 6 meses* | |
| No lactancia materna exclusiva | 11 (4- 21; p=0.001) |
| Introducción de alimentos antes de los 6 meses | 14 (7- 32; p=0.0001) |
| Ausencia de prácticas adecuadas en entre 6 y 12 meses** | |
| No Lactancia materna continua al año de vida | 2.9 (1.3 – 6.6; p=0.001) |
| No Diversidad alimentaria mínima | 5.6 (1.3-8.2; p=0.012) |
| Menor de la Frecuencia mínima de comidas (alimentación complementaria) | 1.6 (0.9 – 3.1; p=0.087) |
| No se logra la dieta mínima aceptable (alimentación complementaria) | 4 (1.3 -7.6; p=0.001) |
| Ausencia de consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro | 3.2 (1.9 – 6.6; p=0.003) |

La exposición a l consejería fue definida como consejería efectiva. De forma general todos los casos recibieron algún tipo de consejería, pero se definió como “Recibió consejería cuando la o el entrevistado refirieron haber recibido consejos nutricionales sobre lactancia materna y alimentación complementaria por el personal de salud.

- De los 70 casos de niños de 0 a 6 meses en 40 los entrevistados respondieron que si recibieron consejería (57%)
- De los 157 casos de niños de 6 a 12 meses en quienes se construyeron indicadores, en 86 los entrevistados respondieron que si recibieron consejería (54%)

Cuadro 12B: Asociación entre la ausencia de prácticas alimentarias adecuadas y el estado nutricional, en los niños en estudio.

| | OR estimado para las categorías combinadas de bajo peso o muy bajo peso* | OR estimado para las categorías Alto peso |
|--|--|---|
| | OR (IC 95%; p) | OR (IC 95%; p) |
| Ausencia de prácticas adecuadas en < 6 meses | | |
| | | |
| No lactancia materna exclusiva | 7 (1.5- 12; p=0.001) | 0.9 (0.7 -2.1; p=0.121) |
| | | |
| Introducción de alimentos antes de los 6 meses | 1.8 (1.1 – 2.4; p=0.042= | 4 (1.5-7.3; p=0.042) |
| | | |
| Ausencia de prácticas adecuadas en entre 6 y 12 meses | | |
| No Lactancia materna continua al año de vida | 3.3 (1.5 – 4.6; p=0.001) | 2.7 (1.4-4.4; p=0.032) |
| | | |
| No Diversidad alimentaria mínima | 2.8 (1.3-3.5; p=0.012) | 6 (2.7-9.9;p=0.001) |
| | | |
| Menor de la Frecuencia mínima de comidas | 5 (2.9 – 10.11; p=0.0001) | 0.7 (0.4-1.5; p=0.654) |
| | | |
| No se logra la dieta mínima aceptable (alimentación) | 6 (3.3 -9.6; p=0.021) | 0.53 (0.21- 1.5; p=0.867) |
| | | |
| Ausencia de consumo de alimentos ricos en hierro o | 1.7 (1.1 – 2.6; p=0.0032) | 0.78 (0.3-2.1; 0.111) |

Fuente: Base de datos - SPSS

CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS ENTREVISTADOS

Buenos días/tardes Sr/Sra_____. Soy/somos de **Médicos del Hospital Alemán Nicaragüense**. Estamos trabajando en una investigación relacionada con la nutrición de su niño o niña. El objetivo de esta investigación es conocer sobre las prácticas de nutrición de niños y niñas menores de 1 años que acuden a este hospital. Ahora estamos encuestando a algunos participantes para conocer más acerca de sus prácticas relacionadas con la nutrición. La entrevista tomará aproximadamente **10 a 15 minutos**. También le pedimos su autorización para pesar y medir la talla de su niño o niña. Toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad y sus respuestas y nombre jamás serán revelados. No está obligado a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar nuestra conversación en el momento que usted desee.

Si hacemos esta encuesta, no es para evaluarlo a usted, o criticarlo, entonces por ningún motivo se sienta presionado para dar una respuesta en específico. Le pediría entonces que contestara a las preguntas con toda honestidad. Tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas.

¿Acepta participar en esta encuesta?

SI__**NO**_____ *Si contesta SI, continúe con la siguiente pregunta. Si contesta NO, termine la entrevista.*

¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar? (*Conteste a las preguntas*).

¿Podemos iniciar ahora?

