

Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina

Differences in breastfeeding and complementary feeding practices, according to basic WHO indicators, in children with different socio-demographic conditions of Rosario, Argentina.

LIC. MG. MARÍA ELISA ZAPATA^{1,2}, LIC. JULIETA FORTINO², LIC. CELESTE PALMUCCI², LIC. SOLANGE PADRÓS², LIC. ELIANA PALANCA², LIC. AGUSTINA VANESIA², DR. ESTEBAN CARMUEGA¹

¹Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. ²Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Facultad de Química, Licenciatura en Nutrición. Rosario, Santa Fé, Argentina.

Correspondencia: mariaelisazapata@gmail.com - **Recibido:** 21/10/2014. **Aceptado en su versión corregida:** 26/1/2015

Resumen

Introducción. La Organización Mundial de la Salud ha elaborado una serie de indicadores básicos que proporcionan información sobre las prácticas de lactancia y alimentación en niños de 0 a 23 meses de edad. El objetivo de este estudio fue evaluar los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses con diferentes condiciones sociodemográficas en Rosario, Argentina.

Población y método: Se realizó un estudio transversal, descriptivo en dos centros asistenciales (público y privado) de la Ciudad de Rosario, Santa Fe. Se seleccionaron para su evaluación 400 niños que asistieran a la consulta espontánea durante el mes de julio de 2012. Se aplicó un cuestionario general y un recordatorio de 24h. El análisis se basó en 381 niños a término, menores de 24 meses (192 de un centro público y 189 de un privado). Las diferencias fueron evaluadas por la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados: En el centro asistencial público y privado, el inicio temprano de la lactancia materna fue de 83,3 vs. 87,8%, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue 79,1 vs. 46,7% ($p<0,001$), la lactancia materna continua al año de vida fue 29,4 vs. 38,9%, la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves fue 71,4 vs. 100% ($p=0,012$), la diversidad alimentaria mínima fue de 45,3 vs. 70,7% ($p<0,001$), la frecuencia mínima de comidas 74,5 vs. 98,0% ($p<0,001$), la dieta mínima aceptable fue 41,5 vs. 70,7% ($p<0,001$) y el consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro fue 66,0 vs. 93,9% ($p<0,001$).

Conclusiones: Se observan diferencias en las prácticas de cuidado temprano entre ambas poblaciones. En términos generales en el ámbito oficial se observa un mejor cumplimiento de la lactancia exclusiva y en el ámbito privado una mejor calidad y diversidad de la alimentación complementaria. Estas diferencias en el cumplimiento de los indicadores pueden estar relacionadas con las características sociodemográficas de la población atendida en ambos centros, como así también con la modalidad de atención, apoyo a las familias e información que brindan ambos centros asistenciales. Conocer mejor las prácticas de cuidado temprano puede contribuir a acciones de capacitación profesional y de promoción de salud más efectivas.

Palabras clave: practicas, lactancia materna, alimentación complementaria, indicadores OMS, condiciones sociodemográficas.

Abstract

Introduction. The World Health Organization has developed a set of basic indicators for assessing breastfeeding and feeding practices, in infants 0-23 months of age. The aim of this study was to assess the breastfeeding and complementary feeding indicators in children younger than 24 months with different socio-demographic conditions in Rosario, Argentina.

Materials and Method: A cross-sectional study was carried out in two care centers (state and private) of Rosario City, Santa Fe. 400 children attending spontaneously at centers during the month of July 2012 were selected for evaluation. A general questionnaire was administered as well as a 24-hour-reminder. The analysis was based on 381 infants, under 24 months (192 from state centers and 189 from private ones). The differences were evaluated by the Chi-square test.

Results: Early breastfeeding initiation was 83,3 vs. 87,8% at state and private health center respectively; exclusive breastfeeding under 6 months was 79,1 vs. 46,7% ($p<0,001$); continued breastfeeding at 1 year of age was 29,4 vs. 38,9%; the introduction of solid, semi-solid, or soft foods was 71,4 vs. 100% ($p=0,012$), the minimum dietary diversity was 45,3 vs. 70,7% ($p<0,001$); the minimum meal frequency was 74,5 vs. 98,0% ($p<0,001$); the minimum acceptable diet was 41,5 vs. 70,7% ($p<0,001$); and consumption of iron-rich or iron-fortified foods was 66,0 vs. 93,9% ($p<0,001$).

Conclusion: Differences in early care practices were observed in both populations. In general, exclusive breastfeeding was higher within the state sector and quality and diversity of complementary feeding were better in the private sector. These differences while complying indicators may be related to the socio-demographic characteristics of the population attended in both centers, as well as the type of care, support to patients and information both health centers provide. Learning early child-care-practices better could contribute to actions for professional training and more effective health promotion.

Keywords: practices, breastfeeding, complementary feeding, WHO indicators, sociodemographic conditions

Introducción

La infancia temprana es considerada la etapa de desarrollo más importante en todo el ciclo vital de un individuo (1,2) y con mayor repercusión en el resto de la vida (3). Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima (4,5).

El estado nutricional de un niño menor de dos años y, en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de sus prácticas de alimentación (6). 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 (7).

La evidencia demuestra que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez (6).

Por la falta de bases científicas y consenso sobre indicadores fáciles de medir, con respecto a las prácticas de alimentación adecuadas de los niños de 6 a 23 meses de edad, la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y sus aliados, han elaborado una serie de indicadores sencillos, válidos y fiables para evaluar las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria durante los dos primeros años de vida (7).

Estos indicadores fueron propuestos y elaborados a partir de las recomendaciones y objetivos de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, validando un modelo de encuesta que permitiese describir con un set único y sencillo las prácticas alimentarias tempranas. Esta serie de indicadores; deben considerarse en su conjunto y no de manera aislada debido a los aspectos multidimensionales de la alimentación adecuada a esta edad. Los indicadores básicos contemplan el inicio temprano de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, lactancia materna continua al año de vida, introducción de alimentos complementarios (sólidos, semisólidos o suaves), diversidad alimentaria mínima, frecuencia mínima de comidas, dieta mínima aceptable y consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro (6).

El objetivo principal de este estudio fue evaluar y comparar el cumplimiento de los 8 indi-

cadore básicos de lactancia materna y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses con diferentes condiciones sociodemográficas de la ciudad de Rosario, Argentina; y evaluar las prácticas relacionadas con la lactancia materna y la alimentación complementaria en ambos grupos.

Materiales y método

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, en un centro asistencial público y uno privado del distrito centro de la ciudad de Rosario. El tamaño muestral fue estimado considerando la prevalencia de lactancia materna (44%) y la introducción temprana de alimentos (50%) de la Encuesta sobre situación de lactancia materna en Argentina (8) y la introducción de alimentos antes del 6º mes (50%) de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (9) (ENNyS), considerando el 95% de confianza y una precisión o error admitido de 0,05. El tamaño muestral fue ajustado de acuerdo al número de nuevas consultas de niños menores de 2 años del Centro de Salud Martín de la ciudad de Rosario (10).

Fueron incluidos aquellos niños de 0 a 23 meses de edad, nacidos a término, sin patologías o situaciones que supongan contraindicación de lactancia materna, cuyas madres accedieron a participar y firmar el consentimiento informado.

Se seleccionaron en forma aleatoria simple 400 pares de madres y niños menores de 23 meses que asistieron a los centros asistenciales seleccionados para atención ambulatoria (200 en público y 200 en privado) en el mes de julio de 2012. La selección de las mismas se realizó en la sala de espera, en el horario de atención al público, la visita al centro se realizó de manera regular, durante varios días, en los mismos horarios.

La información fue recolectada por estudiantes de nutrición entrenadas, mediante una encuesta con preguntas cerradas y recordatorio alimentario de 24h.

Las variables evaluadas fueron edad materna actual y al momento del parto, peso de nacimiento, edad gestacional de nacimiento, lugar de nacimiento, tipo de parto, paridad (número de hijos),

nivel educativo materno (se definieron tres grupos, nivel educativo bajo considerado como primario completo o inferior, nivel educativo medio hasta secundario completo y alto que contempla educación terciaria o superior), ocupación materna habitual, lactancia materna en la primera hora de vida, ayuda para prender el niño al pecho, información sobre importancia de lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes, fuente de información sobre lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes y momento en que recibió dicha información, lactancia materna actual, edad de abandono de lactancia materna, motivos de abandono de lactancia materna, información sobre el momento y la forma de introducir los alimentos, fuente de información sobre alimentación complementaria.

Con la excepción del indicador "inicio temprano de la lactancia materna", todos los indicadores se basaron en datos sobre el estado actual, por ejemplo, la edad actual del niño y otra información del día anterior al estudio, más que sobre datos retrospectivos. Se seleccionó el período de recordatorio del día anterior ya que ha sido ampliamente utilizado y es adecuado en estudios de ingesta alimentaria cuando el objetivo es describir las prácticas de alimentación de los lactantes dentro de la población (6). Los indicadores estimados se definen a continuación:

1. Inicio temprano de la lactancia materna: Proporción de niños menores de 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.
2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.
3. Lactancia materna continua al año de vida: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados.
4. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves: Proporción de lactantes de 6 a 8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves.
5. Diversidad alimentaria mínima: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios. Los grupos incluidos fueron: (I) cereales, raíces y tubérculos, (II) legumbres y nueces, (III) lácteos

- leche, yogur, queso-, (IV) carnes -vacuna, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras-, (V) huevos, (VI) frutas y vegetales ricos en vitamina A, (VII) otras frutas y vegetales,
6. Frecuencia mínima de comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más. El número mínimo de veces se define como: 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses, 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses, 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses.
 7. Dieta mínima aceptable: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna). Este indicador está definido como indicador de resumen, calculado a partir del indicador diversidad alimentaria mínima y frecuencia mínima de comidas.
 8. Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos especialmente diseñados para lactantes y niños pequeños, fortificados con hierro o que sean fortificados en el hogar.

Todos los indicadores fueron estimados de acuerdo a la edad del niño en días, tal como lo recomienda la OMS.

Se diseñó y construyó una base de datos en programa Microsoft Excel®. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 20.0®. Las variables categóricas se describieron como porcentajes. Las variables continuas se describieron como media y desviación estándar. Se calculó, además, el intervalo de confianza (IC) al 95%. Las comparaciones entre los grupos del estudio se realizaron con la prueba de Chi-cuadrado. El nivel de significación estadística utilizado fue $\alpha = 0,05$.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Todos los aspectos involucrados en el desarrollo de este proyecto se realizaron adhiriendo a las normativas vigentes nacionales e internacionales y a los criterios contemplados en los principios enunciados en

la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y de la Ley de Secreto Estadístico N°17.622 que garantiza el anonimato de los participantes y la confidencialidad de la información durante el procesamiento de los datos. Se solicitó el consentimiento informado de la madre antes de la inclusión del niño en el estudio.

Resultados

El análisis se realizó en 381 pares de madres y niños (n=192 en público, n=189 en privado), se excluyeron 19 por haber nacido antes de la semana 37 o tener 24 meses cumplidos al momento de la recolección de datos. Las características generales

de la muestra se presentan en la Tabla 1. En cuanto a la población materna, la edad promedio fue de 30 ± 6 años, las madres del centro asistencial público fueron 3 años más jóvenes, pero con mayor cantidad de hijos que las del centro privado. Al momento del parto (del niño encuestado) hubo más cantidad de madres con edad de alto riesgo según las estadísticas vitales (11) (<20 años) en el centro público respecto al privado, y mayor proporción con riesgo intermedio (>34 años) en el privado en relación al público. El nivel educativo fue menor en las madres del centro asistencial público, y la cantidad de mujeres con trabajo fijo fue mayor en el centro privado.

En referencia a las condiciones del parto, se observó una mayor prevalencia de parto natural, con diferencias estadísticamente significativas según

Tabla 1. Descripción de la muestra [media \pm DS en %, (IC95%)]

	Total	Público	Privado
N	381	192	189
%	100	49,6 (44,6-54,6)	50,4 (45,4-55,4)
Lugar de nacimiento			
Hospital público	44,5 (39,4-49,4)	85,4 (79,7-89,8)	2,6 (1,1-6,2)
Institución privada	55,6 (50,6-60,6)	14,6 (10,2-20,3)	97,4 (93,8-98,9)
Tipo de parto			
Parto natural	59,1 (54,0-63,9)	68,8 (61,8-74,9)	49,2 (42,1-56,3)
Cesárea	40,9 (36,1-46,0)	31,2 (25,1-38,2)	50,8 (43,7-57,9)
Edad gestacional de nacimiento			
Semanas	39,4 \pm 1,3 (39,3-39,5)	39,6 \pm 1,3 (39,5-39,8)	39,2 \pm 1,4 (39,0-39,4)
A término (37 a 41 semanas)	91,9 (88,6-94,2)	89,1 (83,8-92,8)	94,7 (90,4-97,1)
Postérmino (\geq 42 semanas)	8,1(5,8-11,4)	10,9 (7,2-16,2)	5,3 (2,9-9,6)
Peso de nacimiento			
Promedio (gr)	3234 \pm 442 (3189-3278)	3155 \pm 372 (3103-3208)	3313 \pm 492 (3243-3383)
Bajo (>1500-<2500g)	3,7 (2,2-6,1)	4,7 (2,4-8,8)	2,6 (1,1-6,2)
Insuficiente (\geq 2500-<3000g)	22,0 (18,1-26,5)	21,4 (16,1-27,7)	22,8 (17,3-29,3)
Normal (3000- <4000g)	69,0 (64,2-73,5)	71,9 (65,1-77,8)	66,1 (59,1-72,6)
Alto (\geq 4000g)	5,2 (3,4-8,0)	2,1 (0,8-5,4)	8,5 (5,2-13,4)
Edad niño			
Meses	8,4 \pm 6,5 (7,8-9,1)	8,3 \pm 5,4 (7,6-9,1)	8,5 \pm 7,5 (7,4-9,6)
<6 meses	46,2 (41,2-51,2)	44,8 (37,9-51,9)	47,6 (40,6-54,8)
6 a 12 meses	24,4 (20,3-29,0)	27,1 (21,2-33,8)	21,7 (16,4-28,2)
\geq 12 meses	29,4(25,0-34,2)	28,1 (22,2-34,9)	30,7 (24,5-37,7)
Edad materna			
Actual (años)	30,0 \pm 5,7 (29,4-30,5)	28,4 \pm 5,8 (27,6-29,2)	31,6 \pm 5,1 (30,9-32,3)
Al momento del parto (años)	29,3 \pm 5,7 (28,7-29,8)	27,7 \pm 5,8 (26,9-28,5)	30,9 \pm 5,0 (30,2-31,6)
Edad materna al momento del parto según riesgo			
Alto (<20 años)	8,1 (5,8-11,4)	13,5 (9,4-19,2)	2,6 (1,1-6,2)
Bajo (20-34 años)	77,4 (72,9-81,4)	76,6 (70,0-82,0)	78,3 (71,8-83,6)
Intermedio (>34 años)	14,4 (11,2-18,4)	9,9 (6,4-15,0)	19,0 (14,0-25,3)
Nivel educativo materno			
Bajo	13,4 (10,3-17,2)	21,4(16,1-27,7)	5,3 (2,9-9,6)
Medio	38,8 (34,1-43,9)	45,3 (38,4-52,4)	32,3 (26,0-39,3)
Alto	47,8 (42,8-52,8)	33,3 (27,0-40,3)	62,4 (55,3-69,1)
Ocupación materna			
Trabajo fijo	51,7 (46,7-56,7)	42,7 (35,9-49,8)	60,8 (53,7-67,6)
Trabajo temporario	18,4 (14,8-22,6)	34,4 (28,0-41,4)	2,1 (0,8-5,5)
No trabaja	29,9 (25,5-34,7)	22,9 (17,5-29,4)	37,0 (30,4-44,2)
Paridad (incluye al niño encuestado)			
1	50,4 (45,4-55,4)	35,9 (29,4-43,0)	65,1 (58,0-71,6)
2	31,5 (27,0-36,4)	38,0 (31,4-45,1)	24,9 (19,2-31,6)
3	12,6 (9,6-16,3)	18,2 (13,4-24,4)	6,9 (4,0-11,5)
4 o más	5,5 (3,6-8,3)	7,8 (4,8-12,6)	3,2 (1,4-6,9)

el lugar de nacimiento ($p < 0,001$). Mientras que el 71,6% (IC95% 64,3 - 77,9%) de los niños que nacieron en Hospital Público nacieron por parto natural, el 49,1% (IC95% 42,4 - 55,8%) de los niños que nacieron en instituciones privadas lo hicieron por parto natural. La media de peso de nacimiento de los niños atendidos en centros privados fue mayor al de los niños de centros públicos.

En la tabla 2, se observa el nivel de cumplimiento de los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria, según centro asistencial. El inicio temprano de la lactancia materna y la lactancia materna al año de vida fueron similares en ambos centros. En tanto que, el resto de los indicadores presentaron diferencias estadísticamente significativas. La lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue mayor en el centro público ($p < 0,001$), mientras que la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves, la diversidad alimentaria mínima, la frecuencia mínima de comidas, la dieta mínima aceptable y el consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro fue mayor en los niños atendidos en el centro asistencial privado.

Las prácticas relacionadas con la lactancia materna se observan en la tabla 3. Las madres de niños atendidos en el sector público, recibieron ayuda para prender a sus hijos al pecho con mayor frecuencia que las del privado, a pesar de que este centro privado cuenta con el servicio de puericultoras. En ambos casos, fue la enfermera quien brindó ayuda con mayor frecuencia.

La recepción de información sobre la importancia de lactancia materna exclusiva hasta 6º mes fue mayor en las madres del centro privado. La mayor parte de las madres que recibieron dicha información en el centro público, la recibieron antes del embarazo, en tanto que las madres del sector privado la recibieron durante el embarazo. Asimismo, la información provino de diferentes fuentes en ambos centros, mientras el médico fue el principal

informante en el centro público, en el privado los otros integrantes del equipo de salud o la auto-búsqueda fueron las principales fuentes.

Como es esperable, la cantidad de niños que recibe pecho en la actualidad desciende conforme avanza la edad en ambos centros. En relación a la edad de abandono de la lactancia, se observa que los niños atendidos en el sector privado, en promedio reciben pecho por 1,5 meses más que los del público. Al explorar los motivos de abandono de lactancia materna, se observó que el principal motivo de abandono en las madres de niños atendidos en el sector privado fue "me quedé sin leche", mientras que en el público los motivos son más variados.

En relación a las prácticas relacionadas con la alimentación complementaria (Tabla 4), se observó que la introducción inoportuna de alimentos es una práctica que afecta a cerca de la mitad de los niños, indistintamente del centro asistencial y de la recepción de información sobre la forma adecuada de introducir los alimentos [43,9% (IC95% 36,9 - 51,1%) en las madres que recibieron información y 52,6% (IC95% 31,0 - 73,3%) en las que no recibieron].

En la figura 1, se muestran las prácticas de alimentación del día previo según la edad de los niños. En los primeros meses de vida, se observa

Figura 1. Prácticas de alimentación según edad (%)

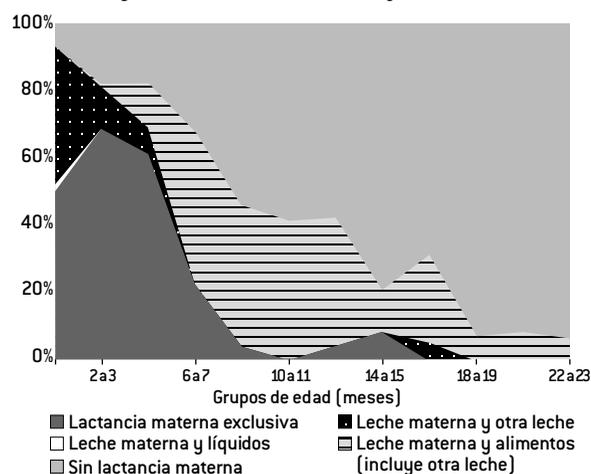


Tabla 2. Cumplimiento de indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria (%; IC95%)

	Total	Público	Privado	p
Inicio temprano de lactancia materna (<730 días)	85,6 (81,6-88,8)	83,3 (77,4-88,0)	87,8 (82,3-91,8)	NS
Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (<183 días)	62,5 (55,0-69,4)	79,1 (69,1-86,5)	46,7 (36,5-57,1)	<0,001
Lactancia materna continua al año de vida (≥365 y <487 días)	32,7 (21,1-46,9)	29,4 (16,3-47,2)	38,9 (19,3-62,9)	NS
Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves (≥183 y <274 días)	81,1 (67,9-89,8)	71,4 (54,0-84,2)	100,0	0,012
Diversidad alimentaria mínima (≥183 y <730 días)	57,6 (50,6-64,2)	45,3 (36,0-54,9)	70,7 (60,9-78,9)	<0,001
Frecuencia mínima de comidas (≥183 y <730 días)	85,9 (80,3-90,0)	74,5 (65,3-82,0)	98,0 (92,2-99,5)	<0,001
Dieta mínima aceptable (≥183 y <730 días)	55,6 (48,7-62,3)	41,5 (32,5-51,2)	70,7 (60,9-78,9)	<0,001
Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro (≥183 y <730 días)	79,5 (73,4-84,5)	66,0 (56,5-74,5)	93,9 (87,1-97,3)	<0,001

Tabla 3. Prácticas relacionadas con la lactancia materna [media±DS en % (IC95%)]

	Total	Público	Privado
Recibió ayuda para prender a su hijo al pecho	56,4 (51,4-61,4)	76,0 (69,5-81,6)	36,5 (29,9-43,6)
Quien lo ayudo a prender al niño al pecho			
Enfermera	67,7 (61,2-73,6)	63,5 (55,4-70,9)	76,8 (65,4-85,3)
Puericultora	12,4 (8,7-17,6)	10,8 (6,7-17,0)	15,9 (9,0-26,6)
Familiar/Amigo	10,6 (7,1-15,5)	12,8 (8,3-19,3)	5,8 (2,2-14,5)
Médico	9,2 (6,0-13,9)	12,8 (8,3-19,3)	1,4 (0,2-9,7)
Recibió información sobre importancia de lactancia materna hasta 6° mes	89,8 (86,3-92,4)	82,8 (76,8-87,5)	96,8 (93,1-98,6)
Momento en que recibió información sobre LME hasta el 6° mes			
Antes del embarazo	31,1 (26,4-36,2)	40,5 (33,1-48,4)	23,0 (17,4-29,6)
Durante el embarazo	41,6 (36,5-47,0)	35,4 (28,4-43,2)	47,0 (39,8-54,3)
Después del embarazo	27,3 (22,8-32,3)	24,1 (18,0-31,4)	30,1 (23,8-37,1)
Quien le brindó información sobre LME 6° mes			
Médico	37,2 (32,5-42,3)	52,1 (45,0-59,1)	21,7 (16,3-28,3)
Otro integrante del equipo de salud	27,4 (23,1-32,1)	26,6 (20,8-33,3)	28,3 (22,2-35,2)
Buscó información por su cuenta	13,6 (10,4-17,4)		27,7 (21,7-34,7)
Nadie me lo dijo	9,0 (6,5-12,4)	17,2 (12,5-23,2)	0,5 (0,1-3,8)
Un familiar o amigo	5,3 (3,5-8,1)	3,6 (1,7-7,5)	7,1 (4,1-11,8)
Los medios de comunicación	5,1 (3,2-7,8)	0,5 (0,1-3,6)	9,8 (6,2-15,0)
Conocimientos previos	2,4 (1,2-4,5)		4,9 (2,6-9,2)
Recibe pecho en la actualidad			
Total	60,9 (55,9-65,7)	57,8 (50,7-64,6)	64,0 (56,9-70,6)
<6 meses	88,6 (83,0-92,6)	83,7 (74,3-90,1)	93,3 (85,9-97,0)
6 a 11 meses	54,8 (44,6-64,7)	50,0 (36,7-63,3)	61,0 (45,4-74,6)
12 a 23 meses	22,3 (15,5-31,0)	24,1 (14,5-37,2)	20,7 (12,1-33,1)
Edad de abandono de lactancia materna			
Meses	5,9±4,0 (5,2-6,5)	5,2±3,0 (4,6-5,9)	6,7±4,8 (5,5-7,8)
Nunca recibió	8,1 (4,7-13,8)	9,9 (5,0-18,6)	6,0 (2,2-14,9)
< 6 meses	39,9 (32,3-48,0)	37,0 (27,2-48,1)	43,3 (32,0-55,4)
6 a 11 meses	39,2 (31,6-47,3)	49,4 (38,6-60,2)	26,9 (17,6-38,7)
≥12 meses	12,8 (8,3-19,3)	3,7 (1,2-10,9)	23,9 (15,1-35,5)
Motivo de abandono de lactancia materna			
Me quedé sin leche	22,3 (16,3-29,7)	15,0 (8,7-24,6)	30,9 (21,0-42,8)
El bebé dejó solo	22,3 (16,3-29,7)	23,8 (15,7-34,3)	20,6 (12,6-31,9)
Decisión materna	10,8 (6,7-17,0)	2,5 (0,6-9,5)	20,6 (12,6-31,9)
Me enfermé	9,5 (5,7-15,4)	11,2 (5,9-20,3)	7,4 (3,1-16,5)
Tuve que salir a trabajar	8,8 (5,2-14,6)	6,2 (2,6-14,2)	11,8 (6,0-21,9)
Me lo aconsejaron	8,1 (4,7-13,8)	15,0 (8,7-24,6)	
Me lo indicó el médico	7,4 (4,2-13,0)	13,8 (7,8-23,2)	
Otros*	4,1 (1,8-8,8)	1,2 (0,2-8,4)	7,4 (3,1-16,5)
Es la edad que dejó el anterior	2,7 (1,0-7,0)	5,0 (1,9-12,6)	
El bebé se enfermó	1,4 (0,3-5,3)	2,5 (0,6-9,5)	
El bebé no aumentaba de peso	1,4 (0,3-5,3)	1,2 (0,2-8,4)	1,5 (0,2-9,8)
Quedé embarazada	1,4 (0,3-5,3)	2,5 (0,6-9,5)	

Nota: * Otros, incluye por drogas, por problemas de salud del papá, porque el bebé tenía hambre, porque el bebé agarró la mamadera.

LME: Lactancia Materna Exclusiva

Tabla 4. Prácticas relacionadas con la alimentación complementaria [media±DS en % (IC95%)]

	Total	Público	Privado
Consumo de alimentos (introducción)			
Total	54,1 (49,0-59,0)	51,6 (44,5-58,6)	56,6 (49,4-63,5)
En niños < 6 meses	9,1 (5,6-14,4)	8,1 (3,9-16,1)	10,0 (5,3-18,2)
En niños ≥ 6 meses	92,7 (88,2-95,6)	86,8 (78,9-92,0)	99,0 (93,1-99,9)
Edad de introducción de alimentos			
Meses	5,4±1,1 (5,2-5,6)	5,3±1,2 (5,0-5,5)	5,5±1,1 (5,3-5,8)
< 4 meses	2,4 (1,0-5,7)	3,0 (1,0-9,0)	1,9 (0,5-7,2)
4 a 5 meses	42,2 (35,6-49,1)	44,4 (34,9-54,4)	40,2 (31,3-49,8)
≥6 meses	55,3 (48,5-62,0)	52,5 (42,7-62,2)	57,9 (48,4-67,0)
Recibió información sobre el momento y la forma de introducir los alimentos	73,0 (68,3-77,2)	80,2 (73,9-85,3)	65,6 (58,5-72,1)
Quien le brindó información sobre introducción de alimentos			
Médico	50,1 (45,1-55,2)	46,4 (39,4-53,5)	54,0 (46,8-61,0)
Nadie me lo dijo	27,0 (22,8-31,7)	19,8 (14,7-26,1)	34,4 (27,9-41,5)
Otro integrante del equipo de salud	15,0 (11,7-18,9)	29,2 (23,1-36,0)	0,5 (0,1-3,7)
Un familiar o amigo	3,4 (2,0-5,8)	4,7 (2,4-8,8)	2,1 (0,8-5,5)
Conocimientos previos	3,1 (1,8-5,5)		6,3 (3,6-10,9)
Buscó información por su cuenta	0,8 (0,3-2,4)		1,6 (0,5-4,8)
Los medios de comunicación	0,5 (0,1-2,0)		1,1 (0,3-4,2)

una alta prevalencia de lactancia materna, complementada por lactancia artificial en dos terceras partes de los niños. Mientras que la lactancia materna exclusiva desciende a partir de los 4 meses, conforme aumenta la introducción de alimentos.

Discusión

Como consecuencia de su reciente implementación, en Argentina, no se han encontrado estudios que evalúen en conjunto todos los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria propuestos por la Organización Mundial de la Salud, aunque si existen datos para alguno de ellos en particular. En el primer informe para Argentina de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (12), con el objetivo de comparar el cumplimiento a nivel de países, se establece una puntuación para el indicador de inicio temprano de la lactancia materna. De acuerdo a dicha puntuación, se clasifica como "bajo" a cifras de 0-29%, "regular" 30 a 49%, "bueno" 50 a 89% y "excelente" 90-100%. En este sentido, los niños evaluados, tanto en el sector público como en el privado se ubicaron en la categoría de bueno, cifra similar a la observada en el estudio sobre nutrición en menores de 3 años en distintas localidades de nuestro país (13). El inicio temprano de la lactancia materna fue bueno en ambos grupos, pero es destacable la alta prevalencia en los niños atendidos en el centro privado, a pesar de que la ayuda para prender el niño al pecho fue menos frecuente que en el sector público, que dos terceras partes eran madres primerizas y que tuvieron una mayor tasa de cesárea que en el sector público.

Para el indicador de lactancia materna exclusiva, se establece como "bajo" de 0 a 11%, "regular" 12 a 49%, "bueno" 50 a 89% y "excelente" 90-100%. A nivel global el cumplimiento del indicador en los niños evaluados fue bueno, pero al analizarlos de acuerdo al centro de atención, en los niños atendidos en el centro privado el cumplimiento fue regular, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos. A pesar de que las madres de los niños atendidos en el sector privado declararon haber recibido más información sobre la importancia de mantener la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida,

hubo menos niños de este centro que cumplieron con la recomendación. Esta menor prevalencia puede también tener relación con la situación laboral de las madres, dado que en nuestro país la licencia habitual por maternidad no cubre el período de lactancia materna exclusiva. La prevalencia observada para la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, fue superior al reportado por el informe del 2010 sobre la Situación de la Lactancia Materna en Argentina (14) del 55% a nivel nacional.

La lactancia materna continuada al año de vida fue similar en niños de ambos centros, pero inferior a la prevalencia descrita por la ENNyS (15) a nivel nacional (2007).

Hubo mayor proporción de niños que reciben pecho en la actualidad en el sector privado que en el público. La edad de abandono de lactancia materna, valorada por la referencia materna, mostró un valor medio de 5,9 meses, sosteniéndose por 1,5 meses más en los niños atendidos en el centro privado. Al igual que la ENNyS, los motivos referidos con mayor frecuencia en las madres que abandonaron la lactancia fueron "Me quedé sin leche", más frecuente en las madres del sector privado y "el bebé dejó solo".

Alrededor de los 6 meses, la necesidad de energía y de nutrientes de un niño comienza a exceder lo que es proporcionado por la leche materna, y los alimentos complementarios son necesarios para satisfacer las necesidades aumentadas. Para evaluar este aspecto la OMS considera adecuado que los niños de 6 a 8 meses reciban alimentos sólidos, semisólidos o suaves (16). La adecuación a este indicador fue significativamente mayor en los niños atendidos en el sector privado.

La diversidad de la dieta es un indicador de una adecuada densidad de micronutrientes. Los datos dietéticos de los niños de 6 a 23 meses tomados de diez países en desarrollo han demostrado que el consumo de por lo menos 4 grupos de alimentos en el día anterior, se asoció con una alta probabilidad de que se consuma al menos un alimento de origen animal y al menos una fruta o verdura, además de un alimento básico (16). Mientras que un tercio de los niños del sector privado no tuvieron una diversidad alimentaria mínima el día previo, más de la mitad de los niños del centro de salud público no alcanzaron la diversidad en su dieta, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos.

El número de comidas que un niño necesita en un día depende de la cantidad de energía que requiere, la cantidad de energía que un niño puede comer en cada comida, y la densidad de energía de la comida que consume. La adecuación a la frecuencia mínima de comidas fue significativamente mayor en los niños del sector privado. En general, en los niños del sector público se ha observado incorporación tardía de alimentos complementarios, hecho que puede estar asociado a la menor diversidad y frecuencia de comidas evidenciadas.

Debido a que la alimentación adecuada de niños de 6 a 23 meses es multidimensional, es importante tener un indicador compuesto que rastree la medida en que se están cumpliendo las múltiples dimensiones que comprenden la adecuada alimentación infantil. El indicador de dieta mínima aceptable combina estándares de diversidad de la alimentación y la frecuencia de la alimentación, considerando la situación de lactancia materna. El indicador proporciona una forma útil para evaluar el progreso en la mejora de la cantidad y calidad de la dieta de los niños (16). Al ser un indicador de resumen entre los dos anteriores, es esperable que su cumplimiento fuera significativamente mayor en los niños del sector privado.

La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia nutricional, y ésta última es causa de retraso en el desarrollo neuropsicomotor. El hierro es necesario para el crecimiento y formación de nuevos tejidos. Los alimentos adecuados ricos en hierro o alimentos fortificados con hierro incluyen alimentos derivados de la carne, alimentos comercialmente fortificados, los cuales contienen hierro, y son especialmente diseñados para los lactantes y los niños pequeños, o alimentos fortificados en el hogar con un polvo de micronutrientes que contiene hierro. La adecuación a este indicador fue significativamente mayor en los niños atendidos en el centro de salud privado.

El mayor cumplimiento de los indicadores de alimentación complementaria puede guardar relación con las mejores condiciones sociodemográficas de los hogares. Las madres de niños atendidos en el sector privado generalmente cuentan con obra social o cobertura prepaga de salud, tienen mayor nivel educativo, tienen con mayor frecuencia un trabajo fijo, mayor edad y menor cantidad de hijos. La mayor recepción de información sobre el momento y la forma de introducir alimentos, manifestada por

las madres del sector público no se ha traducido en mejores prácticas de alimentación complementaria.

A pesar del carácter local de los hallazgos, se evidencia que las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria difieren entre niños que habitan en un mismo distrito de la ciudad, pero que reciben atención en centros de salud de distinta dependencia, y que presentan diferentes características sociodemográficas. Es necesario implementar acciones tendientes a reducir estas disparidades, con el fin de mejorar las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria identificadas por el modelo causal de UNICEF como causa inmediata de la desnutrición infantil.

Mejorar la nutrición infantil es un paso para el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Este es el primer trabajo en Argentina que ha evaluado los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria propuestos por la OMS siguiendo los lineamientos descritos en el documento guía (17). A pesar de que se ha tomado el tamaño muestral sugerido, para poder generalizar y extrapolar los resultados sería necesario evaluar los indicadores en una muestra mayor y de todos los distritos de la ciudad.

Conclusiones

Se observan diferencias en las prácticas de cuidado temprano entre ambas poblaciones. En términos generales en el ámbito oficial se observan un mejor cumplimiento de la lactancia exclusiva y en el ámbito privado una mejor calidad y diversidad de la alimentación complementaria. Estas diferencias en el cumplimiento de los indicadores pueden estar relacionadas con las características sociodemográficas de la población atendida en ambos centros, como así también con la modalidad de atención, apoyo a las familias e información que brindan ambos centros asistenciales. Conocer mejor las prácticas de cuidado temprano puede contribuir a acciones de capacitación profesional y de promoción de salud más efectivas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las madres que prestaron su tiempo para colaborar en el estudio.

Referencias bibliográficas

- 1 Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador. 2007.
- 2 Walker, Susan P et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378 (9799):1325-1338.
- 3 Alderman H, Hoddinott J, Kinsey B. Long term consequences of early childhood malnutrition. *Oxf. Econ. Pap.* (2006) 58 (3):450-474.
- 4 World Health Organization. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition: guidelines for care at the first-referral level in developing countries. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 5 Solomons NW, Vossenaar M. Nutrient density in complementary feeding of infants and toddlers. *Eur J Clin Nutr.* 2013; 67(5):501-6.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. 2009.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra. 2003
- 8 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud. Situación de Lactancia Materna en Argentina. 2007.
- 9 Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y salud. Documento de resultados, 2007
- 10 Municipalidad de Rosario. Sistema Municipal de Estadísticas para la Salud. Secretaría de Salud Pública. Sistema Municipal de Salud. Recursos, actividades y producción de la Red de Servicios. Niños atendidos en el sector público, 2006.
- 11 Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Secretaria de Políticas, Regulación de Institutos. Estadísticas Vitales, Información Básica. Serie 5 - Número 54. 2010.
- 12 Coordinación IBFA Argentina. Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi). Primer informe, Argentina, 2009.
- 13 Calvo E y col. Estudios sobre Nutrición en menores de 3 años (Alimentación y riesgo de desnutrición infantil). Estudio Colaborativo Multicéntrico, 2003
- 14 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Situación de la lactancia materna en Argentina. 2010.
- 15 Duran P y col. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2007.
- 16 World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles. 2010.
- 17 World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 2: measurement. 2010.

