



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



# Actitudes y prácticas de pediatras y posgrados de Pediatría sobre la alimentación complementaria en niños menores de 2 años

METODOLOGÍA CIENTÍFICA II

2020

Prof. Agda Anabella Santoro - Clínica Pediátrica C

Prof. Adj Maite Arana - Clínica Pediátrica C

Asis. Silvia Koziol - Clínica Pediátrica C

Br. Acosta Fátima - Facultad de Medicina

Br. Amaral Victoria - Facultad de Medicina

Br. Boleso Fernando - Facultad de Medicina

Br. Bruno Nicolás - Facultad de Medicina

Br. Franco Ivana - Facultad de Medicina

Br. Michtti Lucia - Facultad de Medicina

# Índice

Resumen .....	Pag 2
Introducción.....	Pag 3
Objetivos .....	Pag 10
Metodología.....	Pag 11
Resultados .....	Pag 12
Discusión.....	Pag 20
Conclusión y perspectivas .....	Pag 22
Referencias bibliográficas .....	Pag 23
Anexos.....	Pag 27
Anexo 1: Encuesta realizada.....	Pag 27

## Resumen

**Introducción:** La alimentación adecuada en los primeros 24 meses de vida son fundamentales para el desarrollo óptimo de los niños y disminuir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo anteriormente descrito y por la incidencia de problemas nutricionales que afectan a niños de esta franja etaria, se decide crear en Uruguay la Guía de alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses publicada en el año 2016. Con el objetivo de describir las prácticas que presentan pediatras, residentes y posgrados de pediatría con respecto a las recomendaciones actuales sobre la alimentación complementaria en nuestro país, se realiza un estudio observacional, de carácter transversal.

**Material y métodos:** Se incluyeron pediatras, residentes y posgrados asociados a la Sociedad Uruguaya de Pediatría y además residentes y posgrados que estén cursando actualmente. Los datos fueron obtenidos mediante encuesta, realizada a través de la plataforma Formularios de Google, de carácter múltiple opción.

**Resultados:** Del total de profesionales encuestados (66), 97% refieren conocer la guía de alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses. Se obtuvo evidencia significativa que variables personales, como los años de experiencia pediátrica y lugar de residencia de los profesionales, influyen en la toma de decisiones con respecto a las recomendaciones que se explicitan en la guía.

**Conclusión:** Se constato que la gran mayoría de los profesionales del área, refieren conocer y aplicar la Guía de alimentación complementaria. No obstante, se comprobó que no incorporan ciertas recomendaciones de jerarquía dispuestas por la ultima guía en su práctica clínica. De este estudio, surge la necesidad de promocionar la utilización de la nueva guía, llevando a cabo cursos de actualización y difusión por parte de las autoridades sanitarias y académicas.

**Palabras claves:** Pediatría, Guía, Alimentación complementaria, niños entre 6 y 24 meses.

## **Introducción**

### ***Justificación:***

Los hábitos alimentarios aprendidos desde la niñez influyen para el resto de la vida, por lo tanto, intervenir en este ámbito en etapas precoces de la vida es fundamental para modificar prácticas alimentarias perjudiciales y la prevención de enfermedades crónicas.

La adecuada alimentación complementaria y lactancia materna en los primeros 24 meses de vida son fundamentales para el desarrollo óptimo de los niños y disminuir la incidencia de anemia. A su vez influye en el desarrollo de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión arterial en edades posteriores. Por lo tanto, en esta etapa de la vida integrar a las familias como herramienta para promover prácticas alimentarias adecuadas es fundamental, para ello se les debe informar sobre recomendaciones basadas en evidencia, aspectos técnicos de la alimentación y solucionar dudas mediante consejería, tratando de individualizar las situaciones para cada familia teniendo en cuenta sus necesidades y recursos.

Por los motivos antes mencionados y por la incidencia de problemas nutricionales que afectan a niños de esta franja etaria como son sobrepeso, obesidad, anemia y retraso en el crecimiento se decide crear en Uruguay la Guía de alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses publicada en el año 2016. La misma fue creada con los objetivos de unificar las recomendaciones para el inicio de la alimentación complementaria basadas en la evidencia, abordar la alimentación de forma integral incluyendo aspectos técnicos y hábitos recomendables en el momento de comer. En el marco de la aplicación de los anteriores es que se respeta el derecho de los niños a recibir una adecuada alimentación en el inicio de la vida.

Dentro del contenido de la guía se mencionan temáticas que no estaban presentes en las pautas de alimentación del niño sano en los dos primeros años publicada en el año 2002. Los temas que se incluyen en la reciente guía son el derecho a la alimentación, formas de introducir los alimentos, consistencia de los alimentos, higiene de alimentos, consejería de alimentación infantil en la familia y alimentación cuando el niño enferma.

Destacando la importancia de la alimentación complementaria y la presencia de la guía actual, la aplicación de la misma debería estar presente en las recomendaciones que realiza el personal de salud cuando brinda asesoramiento sobre alimentación complementaria.

Considerando el hecho de que no hay ninguna investigación que informe el nivel de difusión de la guía y su utilización es que se pretende obtener información al respecto. Teniendo en cuenta que los pediatras, posgrados y residentes de pediatría son gran parte del personal médico que realiza consejería sobre la alimentación complementaria es que se decide investigar si utilizan las recomendaciones de la guía en su práctica médica.

### ***Marco teórico:***

En los dos primeros años de vida la alimentación cumple un rol fundamental para el buen desarrollo y crecimiento de los niños. Por tal motivo se ha creado una Estrategia Mundial en la cual la OMS y UNICEF promueven que la lactancia materna exclusiva sea hasta los primeros 6 meses, el inicio de la alimentación complementaria sea a partir de los 6 meses de edad y que la lactancia materna sea a demanda hasta los 2 años o más.

Se entiende por lactancia materna exclusiva cuando el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre, nodriza o leche materna extraída del pecho y no recibe otros líquidos, sólidos o agua.

(1)

Son muchos los beneficios de la lactancia materna tanto para el niño como para la madre, se ha observado que en los niños hay una disminución del riesgo de presentar obesidad en la infancia y adolescencia. También se considera que disminuye el riesgo de hipertensión e hipercolesterolemia en la edad adulta. (2)

En cuanto a la alimentación complementaria esta comprende la incorporación de alimentos y líquidos sumado a la leche materna. Se recomienda iniciarla luego de

cumplidos los 6 meses de vida ya que la leche materna no es suficiente para cubrir las demandas nutricionales del niño. (1)

En la actualidad se considera dentro de la alimentación complementaria otros aspectos más allá de lo nutricional, como es la adecuación de los alimentos en cuanto a su variedad, consistencia y textura. También se debe enfatizar en una alimentación receptiva, en la cual el cuidador encargado de la alimentación debe ser sensible a los signos del niño e interpretar su saciedad, gusto y disgusto. Se debe buscar un ambiente adecuado y brindar el tiempo necesario para generar que la comida sea un momento agradable. (3)

Se ha comprobado que las buenas prácticas alimenticias son un factor protector para la prevención de enfermedades.

Una de las principales enfermedades que está vinculada a la mala alimentación es el desarrollo de sobrepeso y obesidad, siendo los primeros dos años la ventana crítica para la prevención de esta. La misma, está asociado a varios factores, siendo estos la ganancia de peso acelerada (notándose por la introducción temprana de la alimentación complementaria) (1), menor duración de lactancia materna, ingesta dietética deficiente y el desarrollo de preferencias alimentarias obesogénicas. (4) Además, se ha visto que la lactancia materna en comparación con la leche de vaca o fórmula, se asocia a una menor ganancia de peso acelerada (24,2 % vs 44,6 %) (1) Otra de las enfermedades que previene, es el desarrollo de anemia ferropénica, viéndose una mayor

prevalencia en el segundo semestre de vida (41%) etapa en la cual el niño necesita parte del aporte mediante la alimentación complementaria (5)

También las malas prácticas alimenticias pueden llevar a una situación de malnutrición o desnutrición del niño, las cuales además de tener un riesgo de muerte, también asocian un retraso en el crecimiento, retraso en el desarrollo motor y un deterioro de la función cognoscitiva (6). Sumado a esto, la malnutrición está asociado a un aumento del riesgo y gravedad de enfermedades infecciosas, debido a que el déficit proteico y de micronutrientes comprometen las funciones inmunes innatas y adaptativas (7)

Uno de los puntos en el que se hallaban controversias sobre el tiempo de introducción de los alimentos complementarios, era en los alimentos alergénicos (maní, leche, gluten, huevo, etc). Sin embargo, estudios observaron que el retraso de estos alimentos no redujo la frecuencia de alergia alimentaria, por ende, no debe retrasarse la introducción de estos alimentos (8)

En el marco de lo previamente mencionado, donde se hace hincapié en la importancia de una adecuada alimentación complementaria en los niños sanos de entre 6 a 24 meses es que en 2002 se publica la Pauta de alimentación del niño sano en los dos primeros años de vida por el Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, una versión revisada de la ya publicada anteriormente en 1997. Nace de la necesidad de esquematizar de manera simple, clara y generar un criterio unívoco sobre el correcto aporte de energía, proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales que requiere el niño según la etapa de vida que esté cursando. La manera óptima de introducir los alimentos adecuados teniendo en cuenta nuestra realidad cultural y contexto socio económico en el que se encuentra inmerso el niño. Estas recomendaciones nutricionales están basadas en las recomendaciones del comité experto FAO/OMS y de la Academia Nacional de Ciencias de USA.

Los principales lineamientos de esta pauta se basan en la leche materna como alimento ideal para los niños de hasta 6 meses, especificando otras alternativas cuando la lactancia materna no es posible o en casos donde no se puede acceder a fórmulas industrializadas. Luego, la introducción de alimentación sólida complementaria debe ser a partir de los 6 meses de edad, justificándose esta edad ya que la introducción precoz, previa a los 6 meses, desplazaría el consumo de leche materna, lo que significa menos aporte de energía para el niño (9). Además de esto, no es conveniente introducir los alimentos sólidos cuando el desarrollo neuromuscular es inmaduro, ya que se expone al niño a problemas de deglución, obesidad (porque es incapaz de demostrar saciedad), intolerancias digestivas, diarreas y riesgo nutricional (por presentar un tubo digestivo inmaduro) (10). Es de gran importancia asegurarse que el aporte nutricional en el niño mayor a seis meses sea acorde a sus necesidades energéticas, proteicas, calóricas y vitamínicas, ya que es

un periodo de gran vulnerabilidad, que predispone la alta prevalencia de malnutrición infantil y que no es alcanzado con la lactancia exclusiva (11).

En el año 2017 el Ministerio de Salud Pública con la colaboración de UNICEF y RUANDI presentó la Norma Nacional de Lactancia Materna y la guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses, enmarcada en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 con el fin de establecer normas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los seis meses, y la lactancia materna con alimentación complementaria hasta los 2 años o más. Actualmente la situación de la lactancia materna en Uruguay es prácticamente universal desde el año 2011. Con el objetivo de seguir reafirmando la implicancia que tiene en el descenso de la morbilidad infantil neonatal, la reducción de prevalencia de anemia en los dos primeros años de vida y la reducción de la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, es que se engloba la nueva norma. (12)

Teniendo en cuenta las características uruguayas en cuanto a geografía, alimentación y disponibilidad de alimentos fortificados con vitamina D, es que un grupo interdisciplinario formado por el Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría y el Programa Nacional de la Niñez del MSP realizaron una revisión de la recomendación sobre la indicación de vitamina D en los lactantes en el año 2012. Con la finalidad de obtener un consenso sobre la suplementación de dicha vitamina en los niños uruguayos atendiendo las características previamente mencionadas. Si bien en Uruguay no se han realizado investigaciones ni publicaciones sobre los niveles de vitamina D en niños, la evidencia científica reporta que hay un mayor riesgo de déficit de vitamina D en ellos, producto de que la exposición a la luz solar es una forma de obtener dicha vitamina. Una de las consecuencias del déficit de la misma es el raquitismo en el niño. (13)

Atendiendo la mayor deficiencia nutricional en nuestro medio, la cual es el déficit de hierro, es que en 2014 se publica las Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro, formando parte del Plan Nacional de Salud Perinatal y Primera Infancia por parte del Ministerio de Salud Pública. Centrada en los grupos de alto riesgo de padecer deficiencia de hierro y anemia como lo son adolescentes, embarazadas y niños y niñas menores a dos años. La importancia radica en las repercusiones que tiene en el niño menor a dos años, afectando la esfera del desarrollo cognitivo, inmunidad y asociándose a una mayor tasa de morbilidad. Las recomendaciones abarcan desde las fuentes de hierro, alimentos que favorecen/inhiben su absorción, suplementación de hierro y tratamiento de anemia. (14)

Con el objetivo de disminuir la incidencia de anemias ferropénicas y las malformaciones del tubo neural a causa del déficit de ácido fólico, en Uruguay se crea la ley número 18.071 la cual, en el artículo dos manifiesta que se debe realizar la fortificación de harina con ácido fólico y hierro según la presente reglamentación. (15)

Con el propósito de realizar un estudio de la situación de la primera infancia en Uruguay y luego diseñar políticas enfocadas a este, es que se realiza la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud con la última cohorte en el año 2018. Esta encuesta arroja que, de los hogares encuestados, un 9% de los niños fueron diagnosticados alguna a vez por anemia, gran parte de este porcentaje fue en hogares en situación de pobreza. También se obtuvo que el 88% recibió suplemento de hierro. En cuanto al retraso de talla, los niños uruguayos presentan entre 4,5 y 5% y el bajo peso para la talla presenta baja prevalencia. Prestando atención a la epidemia mundial en cuanto a la obesidad, Uruguay no escapa de esto, comenzando en edades muy precoces. En cuanto a la situación de sobrepeso y obesidad en niños menores a dos años, la encuesta ENDIS arroja un valor promedio de 10%, utilizando el indicador peso/talla, ubicándonos como uno de los países con mayor incidencia en la región. Otro dato de gran valor aportado por la encuesta ENDIS es que aproximadamente un 13% de los hogares presenta niveles de inseguridad alimentaria y con una dieta escasa en frutas, verduras y pescado. (16)

La nueva guía de alimentación complementaria del niño entre 6 a 24 meses fue creada en el mes de noviembre del año 2016. (17) A nivel de la salud pública se establecen objetivos sanitarios nacionales que consisten en la reducción de exposición de personas y poblaciones a factores de riesgo modificables, dados por su entorno, fortaleciendo al mismo tiempo las capacidades de toma de decisiones y adoptar comportamientos saludables para su pleno desarrollo. (18) A lo largo de esta guía se puede contemplar la intención de lograr estos objetivos, proponiendo protección y promoción de una alimentación saludable en todo el ciclo de vida, pero sobre todo en los primeros 24 meses ya que es un período crítico para establecer hábitos alimentarios saludables que contribuyan a disminuir la tendencia creciente de obesidad y enfermedades crónicas. (19,20) Otros de los objetivos de esta guía es orientar a los equipos de salud sobre el adecuado manejo de la alimentación complementaria, basada en la evidencia, trascender el paralelismo entre alimentación y nutrir, generando una visión integrada de la experiencia de comer. Estas son acciones necesarias para proteger la salud y el desarrollo óptimo e integral de los niños uruguayos menores de 2 años y así poder cumplir eficazmente con los objetivos sanitarios argumentados por el ministerio de salud de nuestro país.

Esta nueva guía muestra claramente la variabilidad de alimentos que se deben consumir en el inicio de la alimentación complementaria y su relación con los aportes nutritivos, como aquellos alimentos que son ricos en hierro, zinc, ácidos grasos omega 3, vitaminas A y C y otros minerales como el calcio. (21) En comparación con la vieja guía establecida en el 2002, esta guía menciona los diferentes grupos de alimentos como carnes, pescados, fideos, arroz, legumbres, verduras, frutas, productos lácteos y huevos y aceites haciendo importante hincapié en que la elección de cada grupo depende de la economía del hogar, las preferencias familiares y culturales abarcando

de esta manera el aspecto socioeconómico de las familias, sus posibilidades y recursos permitiéndole al pediatra ofrecer alternativas según la situación de cada familia.

Al hablar de grupos de alimentos es fundamental mencionar aquellos que son potencialmente alergénicos, de los mismos se ha establecido no retrasar su incorporación más allá de los 6 meses porque no disminuye el riesgo de alergias e incluso puede aumentarlo. Esto es un aspecto fundamental ya que la información referente en la guía anterior difiere a las recomendaciones actuales. (22,23)

La forma de introducción de los alimentos es un tema relevante que explica la nueva guía ya que esta considera los posibles riesgos de intolerancia a ciertos alimentos sino se cumple con la forma de introducción adecuada. Se recomienda que sea gradualmente en pequeñas cantidades, de a uno por vez, cada 3 a 5 días una vez que haya sido tolerado alguno de los alimentos previamente introducidos en el inicio. (24,25,26) La importancia de reconocer y responder a las señales de apetito y saciedad es un pilar importante que también se menciona, relacionado al número de comidas por día que se le ofrece al niño. (21)

No solo la forma de introducción de alimentos fue llevada a cabo por la nueva guía, sino que la necesidad de insistir en la consistencia de los alimentos es otra de las diferencias que se encuentran en esta guía comparada con la vieja. Además de poder asegurar una alta densidad de nutrientes gracias a las diversas variedades de consistencia de esos alimentos conforme el niño va creciendo, es preciso explicar a las familias que esto ayudará a estimular el desarrollo motor, neuronal y del lenguaje, en las funciones de masticación, deglución, fonación y el habla. (21,27,28)

Es interesante apreciar que en la última guía se tomaron en cuenta las buenas prácticas de higiene, almacenamiento y conservación de los alimentos, debido a que se encontraron varios estudios que mostraron la posible relación entre la falta de higiene, el retraso del crecimiento y la anemia por inflamación intestinal prolongada, lo que podría ser un factor de riesgo para el inadecuado desarrollo cognitivo, psicomotor y socioemocional del niño.

Como se mencionó anteriormente esta nueva guía considera aspectos socioeconómicos y culturales de cada familia que ingresa a la consulta médica, por ese motivo las familias tendrán diversas opciones, por ejemplo, de cómo beber el agua; embotellada sin gas, agua potable con filtros y el agua potable de la canilla siempre hervida. (29,30)

Ambas guías brindan información acerca de los alimentos que integran el comienzo de la alimentación complementaria, pero la nueva guía agrega la consejería en donde se aconseja a la familia y al niño acerca de su nutrición. Para brindar una adecuada consejería es necesario conocer y respetar los pensamientos, las creencias y la cultura del entorno familiar, mostrar interés y comprensión, aceptar los sentimientos de las personas y reforzar la confianza respecto a sus

prácticas. Este proceso complejo se logra a través de la comunicación no verbal, dejando espacio para preguntas abiertas, brindando información relevante con lenguaje sencillo, generando empatía y evitando los juicios tratando de reconocer o elogiar lo que la familia hace bien.

Es importante destacar que la nueva guía se introduce en un marco de derechos a diferencia de la guía anterior. Si vemos a la alimentación desde una perspectiva de derechos podemos destacar que en el ámbito político Uruguay ha adherido y ratificado el derecho humano a la alimentación adecuada en los tratados internacionales y de forma implícita en la Constitución de la República mediante el Código de la niñez y adolescencia Ley 17.823 (31) y a su vez en lo institucional se crea esta guía para que el derecho a una alimentación adecuada pueda ser ejercido.

Según el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los estados adoptarán las medidas apropiadas para “Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente”. También “Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos”. (32)

Por ende, para garantizar la aplicación de este derecho, y lo dispuesto en el artículo 24, se incluye en la nueva guía. Con esta herramienta de actualización que abarca la alimentación de manera integral, enfocada en la población uruguaya, sus recursos y costumbres, se espera que los pediatras generen herramientas para combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria. Es necesario para que el derecho a la alimentación sea pleno, asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres conozcan los pilares básicos de la salud y su vínculo con la nutrición de sus hijos. En este proceso creemos que los pediatras cumplen un rol clave.

## **Objetivos**

### **Objetivo General y Específicos**

#### ***Objetivo General***

- Describir las prácticas que presentan pediatras, residentes y posgrados de pediatría con respecto a las recomendaciones actuales sobre la alimentación complementaria en niños entre 6 y 24 meses en nuestro país.

#### ***Objetivos específicos***

- Analizar si los profesionales encuestados conocen la Guía de alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses publicada por el Ministerio de Salud Pública en el año 2016.
- Explorar si han incorporado a su práctica clínica las recomendaciones de la guía mencionada.
- Describir si existen posibles relaciones entre las diferentes variables personales (sexo, lugar en el que ejerce, años de experiencia, ocupación y sector) y la aplicación de la guía.
- Identificar cuáles son las recomendaciones de la guía menos incorporadas en la práctica clínica.

## **Metodología**

Para poder determinar las prácticas de los especialistas ya mencionados sobre la alimentación complementaria en menores de 2 años, se realizó un estudio observacional, de carácter transversal.

La población estuvo constituida por una muestra representativa de pediatras y residentes/posgrados socios de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP). Además, teniendo en cuenta que la misma no cuenta con la mayoría de los residentes de pediatría, se aplicó la encuesta a los residentes/posgrados que se encuentran cursando en el momento actual y deseen participar. Por ende, la muestra final que se obtuvo, no sólo es significativa de los pediatras y posgrados del área, sino que también de los residentes que actualmente estén cursando.

Los participantes se reclutaron de dos formas. Contando con la autorización de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, quien se encargó de enviar la encuesta a sus afiliados y a través de los jefes de residentes los cuales enviaron la encuesta a los residentes y posgrados actualmente cursando.

Los datos fueron recogidos mediante una encuesta, realizada a través de la plataforma Formularios de Google, de carácter múltiple opción, con un total de 23 preguntas y una sola respuesta correcta por pregunta. Para salvaguardar los datos personales de los participantes, la misma se realizó de manera anónima, con previo consentimiento informado. Esta, se hizo de forma no presencial, a través de plataformas digitales.

Las variables que se tuvieron en cuenta son: Incorporación de las prácticas alimenticias mencionadas en la guía y de sus diferentes ítems (forma y tiempo de introducción de los alimentos, presentación de alimentos, incorporación de líquidos, conocimientos sobre beneficios de lactancia materna, introducción de alimentos con potencial alergénico, cambios de alimentación en el niño enfermo y costumbres de prácticas alimenticias intrafamiliares); sexo; nivel formativo (residente/posgrado o pediatra); años de experiencia; sector para el que trabaja (público/privado); lugar en el cual se desempeña (interior/capital) y utilidad de la guía.

Las variables cualitativas se expresaron en números totales porcentuales y con gráficos realizados con Excel. Obtenidos estos datos, se evaluó si existen diferencias estadísticamente significativas aplicando test de Chi cuadrado de Pearson mediante el programa estadístico JASP.

## Resultados

Se encuestó un total de 66 personas de las cuales 40 (60,7%) son pediatras y 26 (39,3%) son residentes/posgrados, del total 61 son mujeres y 5 hombres. A su vez 4 encuestados han cesado su actividad.

Respecto al sector en donde desempeñan su profesión 28,8% ejerce solo en sector privado, 24,2% en el sector público y 47% en ambos.

La residencia laboral de los encuestados se distribuye en un 53% en Montevideo, 34,8% en interior y 12,2% en ambas residencias.

Se destaca que 98,5% refiere conocer alguna guía de alimentación pediátrica dentro de nuestro país.

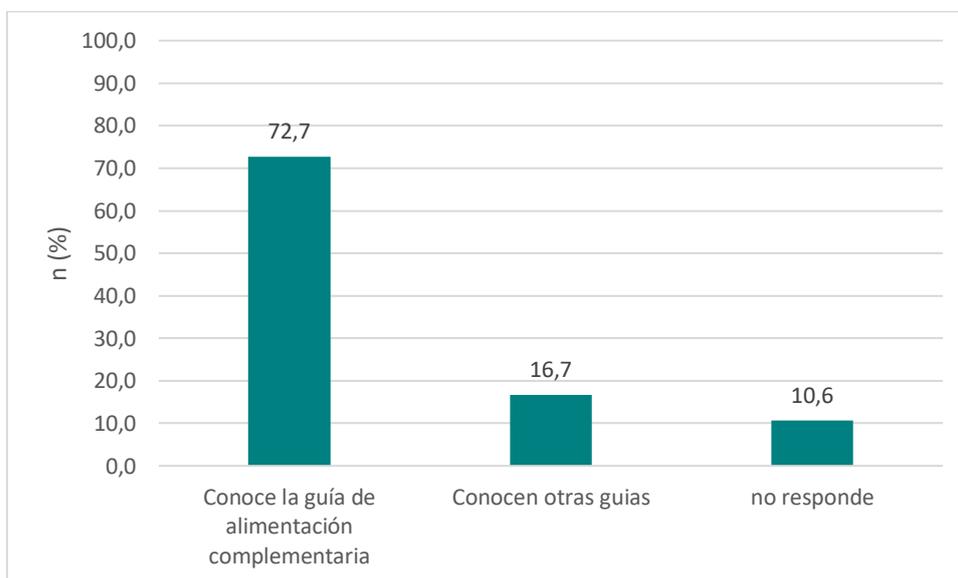
**Tabla 1.**

Variables		Pediatras		Residente/posgrado		Total	
		Fr. Abs	%	Fr. Abs	%	Fr. Abs	%
Sexo	Femenino	37	60,7%	24	39,3%	61	92,4%
	masculino	3	60%	2	40%	5	7,6%
Ocupación		40	60,7%	26	39,3%	66	100%
Años de experiencia de pediatra	5 años	9	22,5%				
	Entre 5 y 10 años	5	12,5%				
	Entre 11 y 20 años	11	27,5%				
	> 20 años	16	40%				
Año de residencia/posgrado	Primero				10	38,4%	
	Segundo				9	34,6%	
	Tercero				7	27%	
Ejerce ocupación	Si	38	95%	24	92,3%	62	94%
	No	2	5%	2	7,7%	4	6%
Año que cesó su actividad	2020	1	100%	1	100%	2	100%

Sector en qué trabaja	Privado	15	37,5%	4	15,4%	19	28,8%
	Publico	5	12,5%	11	42,3%	16	24,2%
	Ambos	20	50%	11	42,3%	31	47%
Residencia laboral	Montevideo	17	42,5%	18	69,2%	35	53%
	Interior	20	50%	3	11,5%	23	34,8%
	Ambos	3	7,5%	5	19,3%	8	12,2%
Conoce guía de alimentación complementaria pediátrica Uruguay	Si	39	97,5%	26	100%	65%	98,4%
	no	1	2,5%	0	0%	1	1,6%

Se indago sobre si conocen otras guías de alimentación Uruguayas. Del 98,5% de los encuestados que refiere conocer alguna guía de alimentación complementaria uruguaya, 72,7% (48) refieren conocer la guía de alimentación complementaria para el niño de 6 a 24 meses creada por el MSP y el 16,7 % (11) refieren conocer otras. El 9,1% (6) no respondieron a esta pregunta.

**Gráfico 1.** Distribución porcentual sobre conocimiento de la guía de alimentación complementaria creada por el MSP y otras.

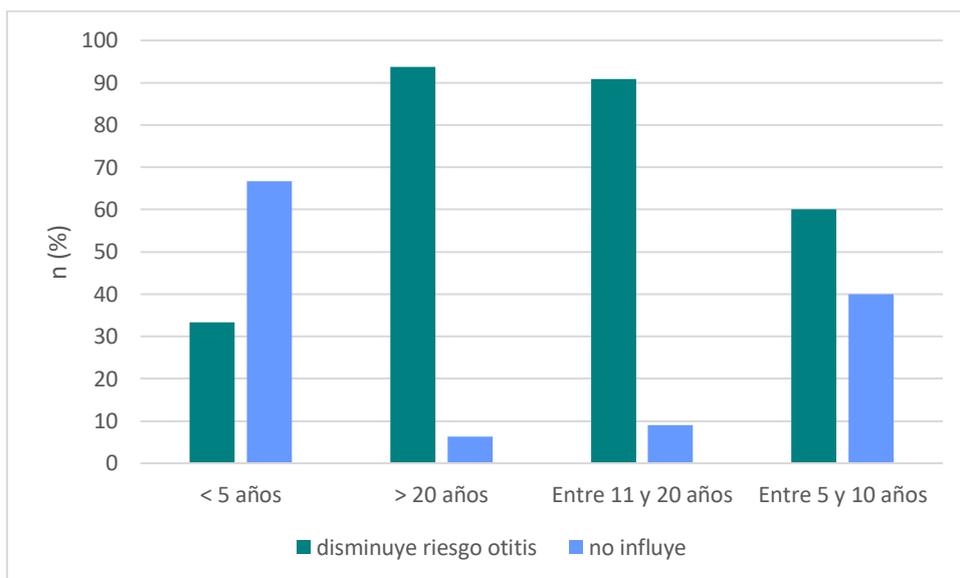


En cuanto a la relación entre lactancia materna y el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles el 92,4 % de los participantes considera que disminuye el riesgo de sobrepeso y obesidad y 6.1% considera que disminuye el riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 pero no del tipo 1. En menor porcentaje 1,5% considera que no influye en el riesgo de Hipertensión Arterial.

En cuanto a la relación entre la lactancia materna y el riesgo de enfermedades infecciosas del total de encuestados 75,8% refiere que la lactancia materna disminuye el riesgo de Otitis y 24.4% considera que no influye en el riesgo de Otitis. Ninguno de los encuestados considera que aumenta el riesgo de Otitis.

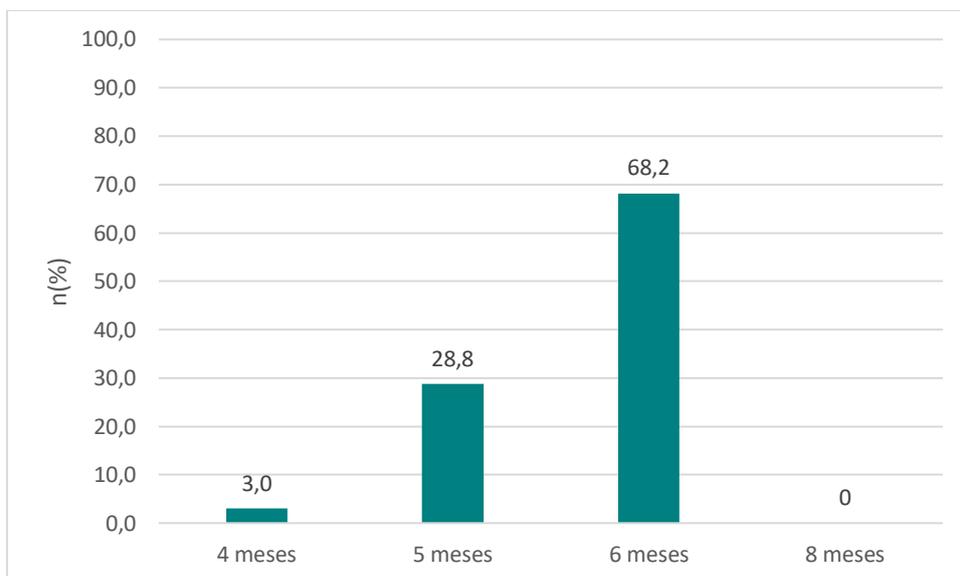
Una de las variables personales que influye en el resultado son los años de experiencia pediátrica.

**Grafica 2.** Relación entre los años de experiencia pediátrica y el concepto de que la lactancia materna disminuye o no influye en riesgo de otitis.



En cuanto a partir de que mes recomienda iniciar la alimentación complementaria el 68,2% recomienda iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, 28,8% a partir de los 5 meses y 3% a partir de los 4 meses. Ninguno de los encuestados refiere iniciarla a partir de los 8 meses.

**Gráfico 3:** Distribución porcentual del mes en que recomiendan iniciar la alimentación complementaria

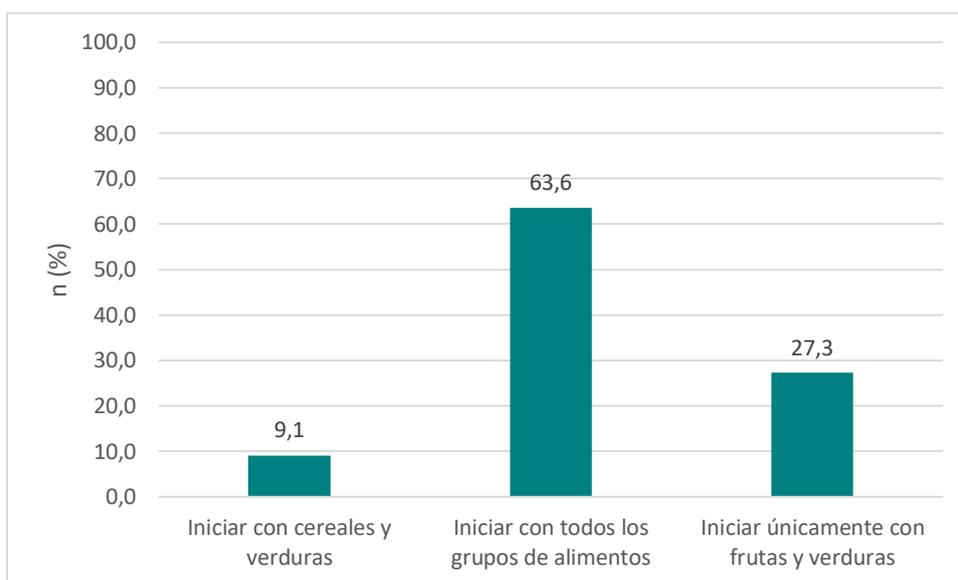


Respecto a la práctica médica diaria, el 75,6 % de los participantes recomienda comenzar con la alimentación complementaria 1 vez por día, aumentando progresivamente. Mientras que el 21, 2 % recomienda 2 veces por día aumentando progresivamente. El 3,0 % restante indico que la introducción de la alimentación complementaria se realizara a demanda del niño.

En cuanto a la presentación de los alimentos del total de participantes el 97,0% recomendó preparar los alimentos en forma de papilla/puré y el 3,0 % señalo comenzar con trozos pequeños. En relación a la opción de comenzar con alimentos procesados ningún profesional indico esta forma de presentación.

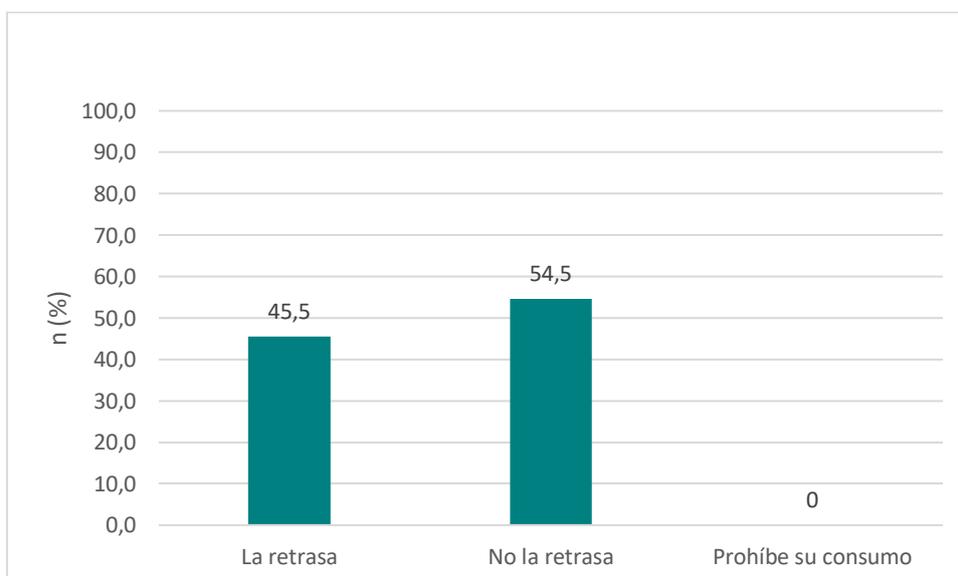
Respecto a los grupos de alimentos con los cuales se debe comenzar el 63,6 % de los participantes en la encuesta manifestó que recomienda iniciar con todos los grupos de alimentos, mientras que el 27,3 % escogió iniciar únicamente con frutas y verduras. El 9,1 % indico iniciar con cereales y verduras.

**Gráfico 4.** Distribución porcentual en relación a la recomendación de grupos de alimentos con los que se debe comenzar.



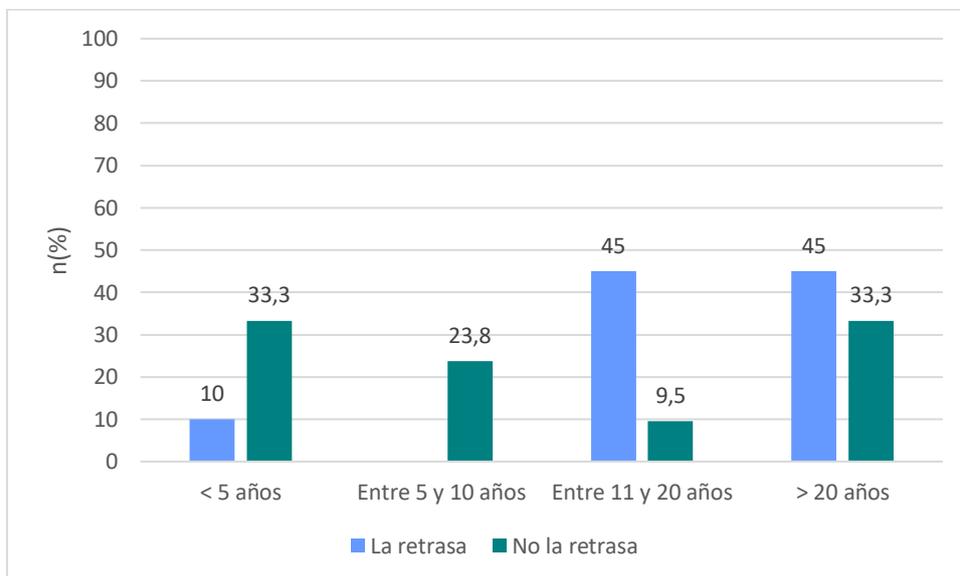
Dentro de la variedad de alimentos complementarios existen algunos que son potencialmente alergénicos para el niño, en la relación a su introducción se constató que el 54,5 % señaló no retrasar aquellos alimentos con potencial alergénico, en contraposición a un 45,5 % de los cuales indicaron retrasar estos tipos de alimentos. No hubo respuestas referentes a la prohibición del consumo de los mismos.

**Gráfico 5.** Distribución porcentual de la introducción de alimentos alergénicos en la alimentación complementaria.



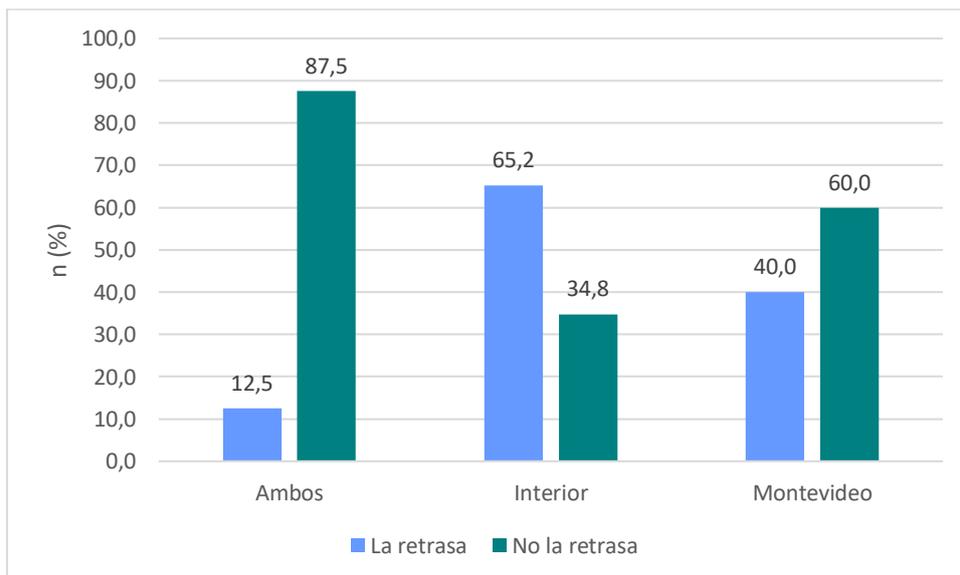
Nuevamente los años de experiencia pediátrica es la variable personal que influye en la toma de esta decisión.

**Grafica 6.** Relación entre años de experiencia y decisión de retrasar o no aquellos alimentos con potencial alergénico



Otra variable personal que influye en retrasar o no los alimentos potencialmente alergénicos es el lugar de residencia de los encuestados.

**Grafica 7.** Relación entre lugar de residencia y decisión de retrasar o no aquellos alimentos con potencial alergeno.



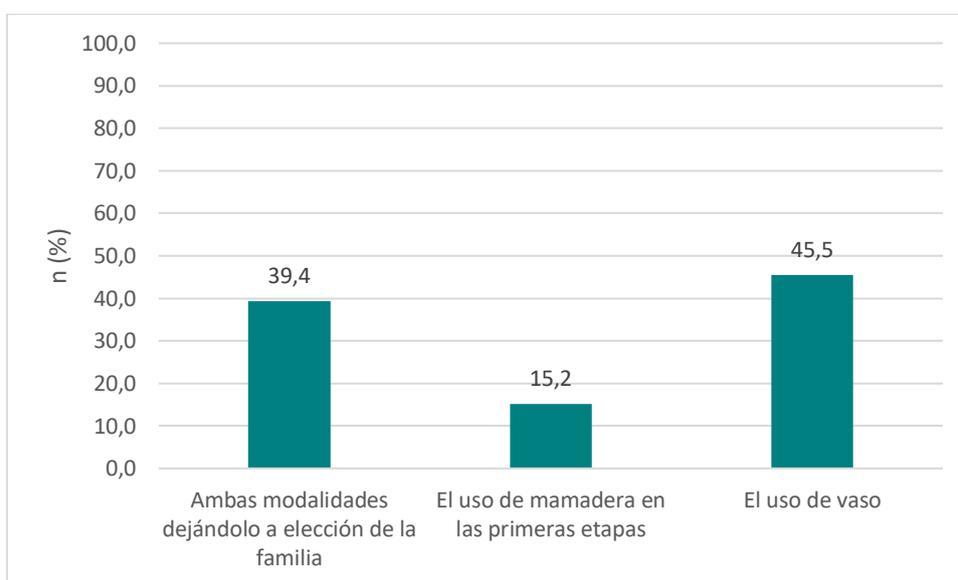
Respecto a la conducta de alimentación en el niño cursando una enfermedad aguda, la gran mayoría de los participantes, en un 77,3%, recomienda mayor frecuencia de líquidos, leche materna y alimentos. Solamente un 22,7% de los participantes no realiza cambios en la

alimentación habitual. Ninguno de los participantes optó por la recomendación de agregar bebidas hipertónicas a la alimentación habitual.

Respecto a la consejería sobre la alimentación infantil, un 92,4% de los participantes considera necesario indagar respecto a la alimentación de los integrantes del hogar. 4,5% de los participantes indaga únicamente sobre la alimentación del niño y el restante 3% se centra solamente en aconsejar sobre buenas prácticas.

Respecto a la incorporación de líquidos, del total de participantes, un 45,5% recomienda la utilización de vaso a la hora de incorporar los mismos. Un 39,4% recomienda tanto el uso de vaso como mamadera, dejándolo a criterio de los padres del niño. Por último, un 15,2%, recomienda incorporar los mismos mediante la utilización de mamadera.

**Gráfico 8:** distribución porcentual referente a la forma de incorporación de líquidos



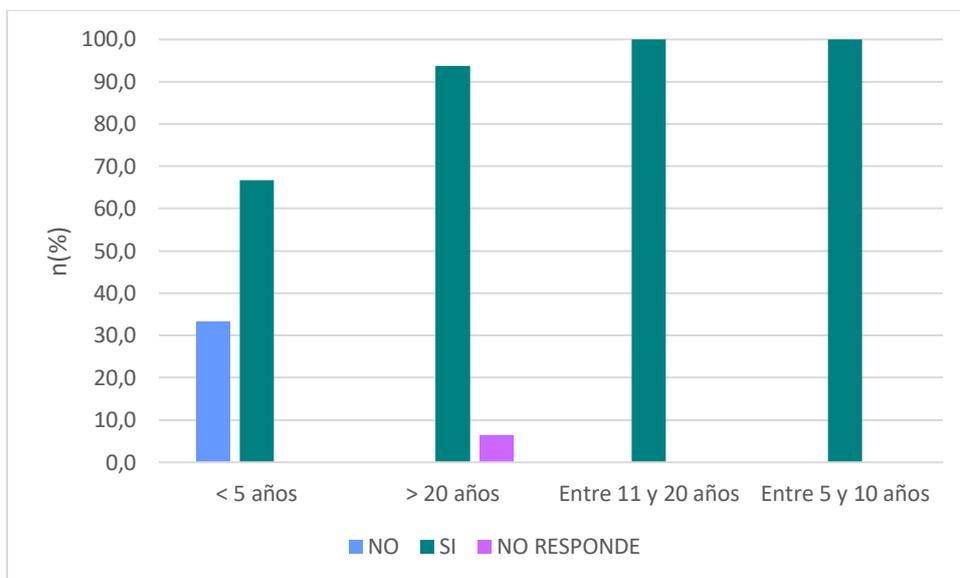
Desde el año 2016 Uruguay cuenta con Guía de alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses el 97% de los encuestados afirma conocerla y un 3% no la conoce.

Entre los participantes que refieren conocer la guía, la gran mayoría 96,9%, refiere que la misma es de utilidad en su práctica clínica diaria. Un 3,1% no le es de utilidad.

El 95,3% de los participantes que mencionan conocer la guía, refieren que la misma les brinda herramientas para hacer valer el derecho a una adecuada alimentación de los niños. En contraposición, un 4,7% de los participantes, opina lo contrario.

Los años de experiencia pediátrica influye en la concepción del profesional con respecto a la guía como herramienta para hacer valer los derechos del niño.

**Grafica 9.** Relación entre si considera la guía como una herramienta necesaria para hacer valer los derechos del niño y los años de experiencia como pediatras.



## Discusión

Si bien el 97% de los encuestados respondió conocer la guía, se obtuvo una media de respuestas de 68,8% coincidentes con las pautas establecidas en la misma. Aunque puede considerarse un número favorable, se evidenciaron discrepancias en puntos en donde se cree que el criterio debe estar unificado.

Un 24,2% no tiene incorporado el concepto del efecto protector de la lactancia materna frente al riesgo de enfermedades infecciosas introducido en esta última actualización. Al correlacionar esta respuesta con diferentes variables personales, se obtuvo evidencia significativa que los años de experiencia influyen en los resultados anteriormente mencionados con un valor  $p=0,008$ . Se observó que los pediatras con más años de experiencia tuvieron un mayor número de respuestas correctas en comparación con aquellos con menos. **Gráfica 2**

El 97% de los encuestados considera comenzar la alimentación complementaria entre los 5 y 6 meses. Aunque las pautas establecidas en la guía refieren comenzar la misma a los 6 meses, esta discrepancia puede ser explicada por la diferente interpretación respecto si se considera el transcurso de los 5 meses, o el cumplimiento de los 6. **Gráfica 3**

Otra de las discrepancias encontradas con lo que recomienda la guía es la introducción de alimentos alergénicos. Se observó que aproximadamente la mitad de los profesionales realizan recomendaciones contrarias a la guía optando por retrasar estos alimentos. Se encontró evidencia estadísticamente significativa que nuevamente los años de experiencia influyen en esta recomendación con un valor  $p = 0,011$ . Si bien no podemos discernir dentro de la variable años de experiencia cual difiere estadísticamente del resto, se puede inferir en base a la **gráfica 6** que por encima de los 10 años de experiencia se tiende al retraso de los alimentos.

También se encontró, que el lugar de residencia influye de forma estadísticamente significativa en la recomendación a la hora de incorporar alimentos alergénicos con un valor  $p = 0,023$ . En la **gráfica 7**, se puede observar que en el interior predomina más la decisión de retrasarlos (un 65,2%) en contraposición a los residentes de Montevideo quienes la retrasan en un 40%.

Una interpretación que puede explicar estos resultados es que los profesionales que residen en el interior, acceden a menos actividades de formación y actualización que quienes viven en Montevideo.

Un porcentaje no despreciable de 4,7% de encuestados no considera la guía como una herramienta necesaria para hacer valer los derechos del niño. Existe evidencia estadísticamente significativa que permite relacionar los años de experiencia y esta opinión, con un valor  $p 0,007$ . Sorprende que los profesionales con menos experiencia, hayan renegado de esta guía como herramienta para defender los derechos del niño. **Gráfica 9.**

Únicamente un 21,2% respondió concordante a lo establecido en la guía sobre el número de comidas que se le brinda al niño al inicio de la alimentación complementaria. Aunque el análisis estadístico no arrojó ninguna variable personal que pueda influir en esta respuesta, es un punto fundamental en la alimentación que no está adquirido en un amplio porcentaje de los profesionales.

Un 36,4 % de los encuestados optan por iniciar la alimentación complementaria con los grupos de alimentos “frutas, verduras y cereales”. Al no encontrarse variables que influyen en esta decisión, una explicación plausible es que este porcentaje base su recomendación en los fundamentos de la guía anterior, la cual indica iniciar con estos grupos de alimentos.

Por último, referente a la incorporación de líquidos, también se observaron respuestas ambivalentes a la forma de cómo incorporar los mismos. Un 45,5% de los profesionales respondieron concordante a lo pautado en la guía, la cual refiere utilizar únicamente vaso. Sobre este punto no se encontraron variables que influyen en el tipo de recomendación, pudiendo plantearse que estas discrepancias se deban a la falta de adquisición de las recomendaciones de la nueva guía.

## Conclusión y perspectivas

En base a los objetivos planteados en este estudio, se pudo comprobar que la gran mayoría de los profesionales de esta área refiere conocer la guía, y dentro de estos, un amplio porcentaje menciona aplicarla. Lo anteriormente descrito, se puede sustentar con la media de respuestas concordantes a lo establecido en la guía, sin embargo, se objetivo que existían discrepancias en puntos importantes donde el criterio debería ser homogéneo.

Durante el análisis de datos se constató que los profesionales de esta área, no incorporan ciertas recomendaciones dispuestas por la última guía. Dentro las mismas, se destacan la edad de inicio de alimentación complementaria; el retraso de alimentos alergénicos; número de comidas ofrecidas por día; tipo de alimento brindado, e incorporación de líquidos. Se considera que estos aspectos son pilares fundamentales en la alimentación del niño, y teniendo en cuenta que Uruguay tiene una guía dedicada enteramente a esta temática, es de suma importancia que los profesionales adhieran a sus recomendaciones. Estos resultados, pueden ser explicados por los años de experiencia en pediatría, la cual fue la variable con mayor influencia. Residir en el interior también fue una variable que interviene en el estudio.

Por lo antes mencionado, se debe promocionar con mayor énfasis la existencia y relevancia de incorporar la guía como referencia para la práctica clínica diaria. Esto se puede llevar a cabo mediante cursos de actualización y aumento de la difusión por parte de las autoridades sanitarias y académicas, dirigidas principalmente al interior del país.

A lo largo de este estudio, la dificultad que se encontró, fue el número de participantes que resultó insuficiente. Por esto, y al no existir precedentes de esta temática, este estudio puede ser utilizado como base para el inicio de futuras investigaciones, con más participantes, que permitan obtener resultados con mayor sustento estadístico.

## Referencias bibliográficas

1. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Biblioteca sede OPS, Washington DC 2010. ISBN: 978-92-75-33094-4 NLM WS120
2. D Turck. [Breast Feeding: Health Benefits for Child and Mother] Arch Pediatr. 2005;12 (Suppl 3): S145-65.
3. Gisela PS, Karla OC, Elsa JG. Infant Feeding: Beyond the Nutritional Aspects. J Pediatr. 2006; 92 (3 Suppl 1): S2- S7
4. Karen Matvienko-Sikar, Ciara Griffin, Niamh McGrath, Elaine Toomey, Molly Byrne, Colette Kelly. Developing a core outcome set for childhood obesity prevention: A systematic review. maternal and child nutrition [Internet]. 2019 enero [04 Junio 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199036/>
5. Maria Isabel Bove, Florencia Cerruti. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. [Internet]. 1er edicion. MSP-MIDES-RUANDI- UNICEF; 2011 nov. [citado 4 junio 2020]. Disponible en: [http://www.bibliotecaunicef.uy/doc\\_num.php?explnum\\_id=88](http://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=88)
6. Zelee Hill, Betty Kirkwood, Karen Edmond. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. OPS. 2005; pág. 30.
7. Marwa K. Ibrahim, Mara Zambruni, Christopher L. Melby, Peter C. Melby. Impact of Childhood Malnutrition on Host Defense and Infection. Clinical Microbiology Reviews [Internet]. Oct 2017 [citado 4 junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5608884/>
8. Carlo Caffarelli, Dora Di Mauro, Carla Mastroilli, Paolo Bottau, Francesca Cipriani, Giampaolo Ricci. Solid Food Introduction and the Development of Food Allergies. Nutrients [Internet]. Nov. 2018 [citado 4 junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6266759/>
9. Pauta de alimentación del niño sano en los dos primeros años de vida. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2002 Jun [citado 2020 Jun 03] ; 73( 3 ): 179-185. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168812492002000300008&lng=e](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168812492002000300008&lng=e)  
s

- 10 .Alimentación complementaria del niño entre 0-24 meses | Blog de San Vicente Fundación [Internet]. [citado 3 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.elhospitalblog.com/alimentacion-complementaria-del-nino-entre-0-24- meses/>
11. OMS | Alimentación complementaria [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 3 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)
12. Ministerio de Salud Pública. Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza Ministerial 62/2017. Montevideo: MSP;2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>
13. Estefanell Cristina, Olivera Rocio, Satriano Rosario, Tanzi Maria Noel, Donangelo Carmen, Salmenton Marina et al . Pauta de vitamina D. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2012 Mar [citado 2020 Jun 03] ; 83( 1 ): 31-34. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168812492012000100007&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168812492012000100007&lng=es).
14. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de la Salud Perinatal y Primera Infancia. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro. Montevideo: MSP, 2014. Disponible en: [https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Recomendaciones\\_para\\_la\\_prevenccion\\_y\\_tratamiento\\_anemia.pdf](https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Recomendaciones_para_la_prevenccion_y_tratamiento_anemia.pdf)
15. Ley N° 18.071 PREVENCIÓN DE DIVERSAS ENFERMEDADES. Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores: El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General; 2006. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7167193.htm>
16. Cabella W, De Rosa M, Failache E, Fitermann P, Medina M, Mila J, et al. Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay : primeros resultados de la ENDIS. [Internet]. INE; 2015. Disponible en: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/687>
17. Ministerio de Salud Pública. Coordinación nacional de Lactancia Materna. Área programática de Nutrición. Guía de Alimentación Complementaria para niños entre 6 y 24 meses. Montevideo:MSP; 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa-nacional-de-la-salud-de-la-ninez>
18. ESPGHAN Committee on Nutrition: Breastfeeding. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 49(1):112-125, July 2009

19. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 249-56
20. Cattaneo A, Williams C, Pallás-Alonso CR, Hernández-Aguilar MT, Lasarte-Velillas JJ, Landa-Rivera L, Rouw E, Pina M, Volta A, Oudesluys-Murphy AM. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Matern Child Nutr.* 2011 Oct;7(4):335-43.
21. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Biblioteca sede OPS, Washington DC 2010. ISBN: 978-92-75-33094-4 NLM WS120
22. Greer, FR, Sicherer, SH y Burks, W A. Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods and hydrolyzed formulas. 2008. *Pediatrics*, 121-183.
23. Tham EH, Rajakulendram M, Shek LP. Prevention of food allergy in the real life. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2014; 32:16-24.
24. Nevot S, Gómez C. Prevención de las enfermedades alérgicas. *Pediatr Integral.* XVIII(8):545-553. 2013.
25. H. Szajewska et al. Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36: 607-618
26. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Primary Prevention of Allergic Disease Through Nutritional Interventions. *Parent Prevention Guidelines.* 2015.
27. Peltó G, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull* 2003; 24:45-82.
28. Daza W, Dadán S. Alimentación complementaria en el primer año de vida CCAP Volumen 8 Número 4, Colombia 2012.
29. Ngure FM, Reid BM, Humphrey JH, Mbuya MN, Peltó G, Stoltzfus RJ. Water, sanitation, and hygiene (WASH), environmental enteropathy, nutrition, and early child development: making the links. *Ann N Y Acad Sci.* 2014 Jan;1308:118-28. doi: 10.1111/nyas.12330. Review. PubMed PMID: 24571214.
30. Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association *Circulation* 2016; 134:00 AHA Scientific Statement

31. Código de la Niñez y la Adolescencia N° 17823. Montevideo, Uruguay: Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General; 2004.

32. Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas; 1989.

## **Anexos**

### **Anexo 1: Encuesta realizada.**

Las Respuestas en base a la guía se encuentran subrayadas con amarillo.

#### **1. Sexo:**

- A. Masculino
- B. Femenino

#### **2. Ocupación.**

- A. Residente/Posgrado
- B. Pediatra

#### **3. Si es Pediatra, años de experiencia tras haber completado la formación:**

- A. < 5 años
- B. Entre 5 y 10 años
- C. Entre 11 y 20 años
- D. > 20 años

#### **4. Si es Residente/Posgrado, en qué año de residencia/posgrado se encuentra:**

- A. Primer año
- B. Segundo año
- C. Tercer año

#### **5. Actualmente ejerce esta ocupación.**

- A. Si
- B. No

#### **6. En caso que su respuesta anterior fue negativa, indique el año el cual cesó su actividad.**

#### **7. Sector en el que trabaja:**

- A. Sector privado
- B. Sector público
- C. Ambos

#### **8. Residencia Laboral**

- A. Montevideo
- B. Interior
- C. Ambos

#### **9. Conoce alguna guía de Alimentación complementaria pediátrica uruguaya?**

- A. Si
- B. No

#### **10. En caso de conocer, cuál/cuáles?**

Respuesta corta

#### **11. En cuanto a la relación entre lactancia materna y el riesgo de enfermedades crónicas usted considera:**

- A. No influye en el riesgo de Hipertensión Arterial.
- B. Disminuye el riesgo de sobrepeso y obesidad
- C. Disminuye el riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 pero no de la tipo 1.

**12. En cuanto a la relación entre la lactancia materna y el riesgo de enfermedades infecciosas.**

- A. Aumenta el riesgo de Otitis.
- B. Disminuye el riesgo de Otitis.
- C. No influye en el riesgo de Otitis.

**13. A partir de que mes recomienda iniciar la alimentación complementaria.**

- A. Luego de los 4 meses
- B. Luego de los 5 meses
- C. Luego de los 6 meses
- D. Luego de los 8 meses

**14. En su práctica médica diaria, de qué forma usted recomienda comenzar la introducción de la alimentación complementaria:**

- A. 2-3 veces/día, aumentando progresivamente
- B. A demanda del niño
- C. 1 vez/día, aumentando progresivamente

**15. En cuanto a la presentación de los alimentos, usted recomienda:**

- A. Comenzar con alimentos procesados.
- B. Prepararlos en formas de papilla/puré en un principio.
- C. Comenzar con trozos pequeños.

**16. Respecto a los grupos de alimentos con los cuales se debe comenzar, usted recomienda:**

- A. Iniciar con cereales y verduras.
- B. Iniciar con todos los grupos de alimentos.
- C. Iniciar únicamente con frutas y verduras..

**17. Dentro de la variedad de alimentos complementarios existen algunos que son potencialmente alergénicos para el niño, en la relación a su introducción, usted:**

- A. La retrasa
- B. No la retrasa
- C. Prohíbe su consumo

**18. Respecto al niño enfermo, recomienda:**

- A. Mayor frecuencia de líquidos, leche materna y alimentos
- B. No realizar cambios en la alimentación habitual

C. Agregar bebidas hipertónicas (Gatorade) a la alimentación habitual

**19. Respecto a las costumbres de las prácticas de alimentación de la familia:**

A. Considera importantes indagarlas

B. No cree que repercute en el crecimiento del niño

C. No indaga sobre el tema, es algo íntimo dentro del ámbito intrafamiliar.

**20. Respecto a la incorporación de líquidos usted recomienda:**

A. El uso de mamadera en las primeras etapas

B. El uso de vaso

C. Ambas modalidades dejándolo a elección de la familia

**21. Uruguay cuenta con Guía de alimentación complementaria para niños de entre 6 y 24 meses desde el año 2016, la conoce?**

A. Si

B. No

**22. Si la conoce, le resulta útil en su práctica clínica?**

A. Si

B. No

**23. Si la conoce, considera que la guía da herramientas para hacer valer el derecho de una adecuada alimentación en niños.**

A. Si

B. No