



Dietas y prácticas de alimentación en niños pequeños, usuarios de un prestador privado de salud, Uruguay. Agosto - septiembre, 2023.

Ciclo de Metodología Científica II - 2023
Grupo 58

Autores:

Mauad, Camila¹; Rodríguez, Cristian¹; Rodríguez, Elisa¹; Rodríguez, Federico¹;
Salvatto, Victoria¹; Tomasso, Micaela¹; Machado, Karina²; Arana, Maite³.

1. Ciclo de Metodología Científica II 2023, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
2. Profesora Agregada Clínica pediátrica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Pediatra Centro de Asistencia del Sindicato Médico (CASMU - IAMPP). Montevideo, Uruguay.
3. Ex Profesora Adjunta. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Pediatra Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU - IAMPP). Montevideo, Uruguay.

Índice de contenidos

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Planteamiento del problema.....	3
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Marco teórico.....	6
Objetivos de la investigación.....	11
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos.....	11
Metodología.....	12
Tipo y diseño de estudio.....	12
Población y Muestra	12
Criterios de inclusión y exclusión	12
Recolección de datos.....	12
Procesamiento y análisis de datos.....	13
Variables.....	13
Normas éticas.....	15
Resultados.....	15
Discusión.....	20
Conclusiones y perspectivas.....	24
Referencias Bibliográficas.....	26
Agradecimientos.....	28
Anexos.....	29
Anexo 1- consentimiento informado.....	29
Anexo 2 - hoja informativa	30
Anexo 3 - Encuesta.....	31
Anexo 4 - Nuevas variables.....	39

Índice de tablas y figuras

Tabla 1 - Alimentación recibida hasta los primeros 6 meses de vida.....	15
Tabla 2 - Dificultades en LM.....	16
Tabla 3 - Alimentos excluidos de origen animal.....	19
Figura 1 - Causa por la cual el niño/a no recibió LM.....	16
Figura 2 - Causa de destete.....	17
Figura 3 - Beneficios reconocidos por los cuidadores al aplicar BLW o BLISS.....	19

Resumen

La alimentación durante los primeros años de vida es crucial para el desarrollo y bienestar de los niños. Las buenas prácticas de alimentación promueven adecuados crecimiento y desarrollo, así como la prevención de enfermedades crónicas. El objetivo de esta investigación fue describir las prácticas de lactancia y alimentación complementaria en niños pequeños, usuarios de un prestador de salud privado de Montevideo.

Se realizó una encuesta a una muestra representativa de familias con niños pequeños, beneficiarios de la institución. La encuesta contó con preguntas relacionadas a hábitos y prácticas de alimentación de los niños. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

De un total de 1800 familias, se obtuvieron 319 respuestas, con una edad promedio de 22.4 meses. El 93.7% recibió lactancia materna (LM) en algún momento, y el 80.7% contó con orientación para la lactancia. El 45% de las madres utilizó intermediarios. Las causas de destete fueron variadas. La introducción de la alimentación complementaria (AC) ocurrió, en promedio, a los 5.89 meses.

Se evidencia una baja adherencia a las pautas de LM y AC. Destaca un alto porcentaje de aplicación de nuevas corrientes. Además, más de la mitad de los padres veganos y vegetarianos excluyen alimentos de origen animal de la dieta de sus hijos. Se propone este estudio como herramienta base para futuras investigaciones.

Palabras clave: lactancia, alimentación complementaria, destete, BLW, vegetarianismo.

Abstract

Nutrition during the early years of life is crucial for the development and well-being of children. Good feeding practices promote appropriate growth and development, as well as the prevention of chronic diseases. The aim of this research was to describe breastfeeding and complementary feeding practices in young children, users of a private healthcare provider in Montevideo.

A survey was conducted among a representative sample of families with young children who are beneficiaries of the institution. The survey included questions related to the feeding habits and practices of the children. A descriptive analysis of the results was performed.

Out of a total of 1800 families, 319 responses were obtained, with an average child age of 22.4 months. 93.7% received breastfeeding (BF) at some point, and 80.7% received guidance for

breastfeeding. 45% of mothers used intermediaries. The reasons for weaning were varied. The introduction of complementary feeding (CF) occurred, on average, at 5.89 months.

There is evidence of low adherence to BF and CF guidelines. A high percentage of adopting new trends is notable. Furthermore, over half of vegan and vegetarian parents exclude animal-derived foods from their children's diet. This study is proposed as a foundational tool for future research.

Introducción

La alimentación es muy importante para lograr bienestar y crecimiento y desarrollo óptimos en niños, en especial durante los primeros dos años de vida, período considerado como una ventana de tiempo crítico. Durante esta etapa los hábitos alimentarios que se adquieren pueden influir significativamente en la salud futura del niño. Además, se ha demostrado que muchas enfermedades propias de la edad adulta tienen su origen en la infancia y están relacionadas con factores nutricionales e inmunológicos. (1)

Planteamiento del problema:

En Uruguay existe escaso conocimiento actualizado acerca de las prácticas de alimentación en los primeros años de vida. A pesar de la importancia crucial de una nutrición adecuada durante esta etapa del desarrollo, no se han realizado investigaciones recientes que aborden de manera integral esta temática en el país. Esta falta de investigación genera una brecha en el conocimiento sobre las prácticas alimentarias en los primeros años de vida y dificulta la promoción de una alimentación adecuada y la prevención de enfermedades crónicas.

En los últimos años se han incorporado nuevas prácticas de alimentación como el *Baby-Led Weaning* (BLW) y el *Baby-Led introduction to solids* (BLISS). También se ha popularizado la adherencia a dietas vegetarianas desde edades muy precoces, incluso desde el nacimiento. Es importante poder evaluar el porcentaje de niños pequeños que siguen estas prácticas/dietas para poder acompañar a las familias y brindar la consejería nutricional que necesitan

Antecedentes:

En Uruguay, la “Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud - 2020” dio a conocer la situación alimentaria de niños de primera infancia a nivel país, especialmente sobre las prácticas de lactancia materna. (2)

Los resultados brindados por la encuesta, evidenciaron que Uruguay cumplía con las metas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2025 para la lactancia materna (LM). Reveló que el 57.4% de los niños recibía lactancia materna exclusiva (LME), en los primeros 6 meses de vida, porcentaje superior al 50% propuesto por la meta OMS. Cabe destacar la importancia de esta práctica, dadas las consecuencias que presentan a largo plazo y la identificación del cumplimiento de las metas. (3)

En Argentina, se realizó un estudio titulado "Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 2 años". Se centró en aspectos como la introducción de alimentos sólidos, la diversificación de la dieta y la duración de la LM. Los resultados obtenidos permitieron identificar el momento promedio de introducción de alimentos sólidos, la variedad de alimentos consumidos y la duración de la LME. Este antecedente proporciona una visión general de las prácticas de alimentación en menores de 2 años, basada en datos recolectados a nivel nacional. Los hallazgos y conclusiones de este estudio son relevantes para comprender la situación actual y los patrones observados en la población infantil en el país. Asimismo, puede servir como punto de referencia para contextualizar y comparar con los resultados de la presente investigación.(4)

En un estudio realizado en Montes Claros en Brasil, en 2015, se evaluó la LM y la introducción de alimentos complementarios en niños de 0 a 24 meses. Se utilizó un diseño de estudio transversal con una muestra representativa de la población infantil de la ciudad. Se recolectaron datos a través de entrevistas en los hogares de los participantes, utilizando un cuestionario para evaluar la situación sociodemográfica de las familias, características materno-infantiles y hábitos alimentarios de los niños. El análisis reveló que a los 6 meses algunos niños recibían LME, mientras que otros consumían alimentos adicionales, incluyendo líquidos y alimentos no recomendados. Además, se observó una introducción temprana de alimentos no incluidos en las recomendaciones, lo cual puede tener un impacto negativo en la salud de los niños, a corto, mediano y largo plazo. Este estudio resalta la importancia de abordar las prácticas alimentarias inadecuadas, promover la LM adecuada y establecer pautas claras para la introducción de alimentos complementarios. En el artículo además se resalta la importancia y la necesidad de llevar a cabo más estudios para examinar las interrelaciones entre las variables que afectan la práctica de alimentación infantil. (5)

En un estudio realizado en la Universidad Estatal de Campinas, en Brasil en 2020 se analizó la literatura científica sobre la técnica BLW como método de introducción de alimentos para bebés de más de 6 meses de edad, con una revisión integradora de la literatura para identificar riesgos y beneficios. En uno de esos estudios se concluyó que los bebés introducidos a esta técnica fueron

significativamente más sensibles a la saciedad y tuvieron más autonomía en comparación con los bebés alimentados de forma tradicional. (5)

Varios autores indagaron sobre la relación del método BLW y el sobrepeso. En un estudio se encontró que en el grupo de niños que adherían a esta práctica 8,1% tenía sobrepeso, en contraposición al 19.2% de niños del grupo de alimentación tradicional. En un ensayo clínico aleatorizado con 166 niños no se encontraron diferencias significativas en el IMC y la autorregulación energética entre los niños que seguían la técnica BLW y los que se alimentaban en forma tradicional. (5)

En otro estudio, se realizó una comparación entre dos grupos: un grupo de niños alimentados con técnica BLW en forma exclusiva y otro que seguía el método BLISS, una adaptación de BLW, ante las preocupaciones sobre el atragantamiento. Los autores no identificaron diferencias estadísticas; sin embargo, el grupo BLISS fue menos propenso a ofrecer alimentos con alto riesgo de asfixia. (6)

Los riesgos asociados al método BLW deben investigarse con más estudios longitudinales controlados aleatorios, teniendo en cuenta que la gran mayoría de las investigaciones obtuvieron sus resultados de cuestionarios, sin exámenes bioquímicos y evaluaciones antropométricas, lo que podría sugerir fallas y resultados sesgados. De acuerdo con la evaluación de la Sociedad Brasileña de Pediatría, la práctica BLW no puede recomendarse como único método de alimentación complementaria. La combinación de ambos métodos, BLW y tradicional, podría ser una alternativa segura para el desarrollo integral del bebé. (7)

En un estudio realizado en Italia, se evaluó el destete con introducción de dieta vegetariana y vegana en familias italianas. Se encontró que en 9,2% de los lactantes las familias planificaron introducir una dieta vegetariana o vegana, desde el inicio de la alimentación complementaria. La duración de la lactancia materna fue mayor en estos casos. Sin embargo, casi la mitad de los padres no recibieron suficiente información de sus pediatras y hubo resistencia hacia los métodos alternativos de destete. Se destacó que las dietas vegetarianas pueden causar deficiencias nutricionales graves, especialmente en las primeras etapas de la vida. Se enfatizó la importancia de los pediatras en brindar orientación adecuada y mejorar la comprensión nutricional, ya que una dieta sin supervisión puede tener efectos perjudiciales a largo plazo. (8)

Justificación:

Con el objetivo de contribuir al conocimiento y comprensión de las prácticas de alimentación en los primeros años de vida, se llevó a cabo una investigación mediante una encuesta anonimizada. Esta encuesta permitió conocer las prácticas alimentarias en la población objetivo, incluyendo el uso de

nuevas corrientes como las técnicas BLW y BLISS, el vegetarianismo y la aplicación de las actuales recomendaciones.

Dicha investigación se llevó a cabo en el prestador privado de salud CASMU. La selección de esta población se basó en su representatividad dentro del área metropolitana como usuarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que optaron por recibir atención médica en prestadores privados de salud. Según los datos obtenidos, en 2022 CASMU contaba con un total de 183.095 afiliados, de los cuales 160.761 correspondían a usuarios del FONASA (9). Esta proporción significativa demuestra que los usuarios de FONASA que eligieron al CASMU como prestador de salud, constituyen una parte considerable de la población atendida en el área metropolitana, lo cual respalda la elección como muestra representativa para el análisis y evaluación de la atención médica brindada por esta mutualista.

Los resultados de esta investigación brindaron información actualizada sobre las prácticas de alimentación en los primeros años de vida, incluyendo el uso de enfoques innovadores como las prácticas BLW y BLISS, así como la influencia del vegetarianismo. Dicha investigación se presenta como una herramienta importante tanto para detectar hábitos positivos y negativos, como para mejorar la promoción de prácticas alimentarias adecuadas en los primeros años de vida y prevenir enfermedades crónicas a corto, mediano y largo plazo. Además, permitirá establecer comparativas con investigaciones anteriores y futuras, lo que ampliará el conocimiento disponible sobre esta temática.

Los resultados obtenidos sirven como base para el desarrollo de intervenciones y programas de salud efectivos, dirigidos a mejorar la alimentación en esta etapa crucial del desarrollo infantil.

Marco teórico

La alimentación del lactante y del niño pequeño desempeña un papel fundamental para favorecer su supervivencia, crecimiento y desarrollo. La nutrición durante los primeros 1000 días, que incluyen el período gestacional y los dos primeros años de vida, es fundamental para prevenir enfermedades crónicas en la edad adulta. Tiene un impacto significativo en la morbilidad y el riesgo de enfermedades crónicas, establece hábitos saludables y garantiza el desarrollo integral del niño. (1)
(10)

Es crucial fomentar hábitos saludables desde la infancia y favorecer su continuidad en la edad adulta. La obesidad es una enfermedad crónica, progresiva, que afecta aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida de un individuo; se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades

cardiovasculares, de un incremento de la mortalidad y de una disminución de la calidad de vida. La obesidad y el sobrepeso pueden atribuirse, en gran medida, a la calidad de los alimentos consumidos, así como a la ingesta diaria que supera el gasto calórico. (17)

El aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad es un problema de salud pública. Uruguay presenta las cifras más altas del continente en sobrepeso infantil. Afecta a un 65% de los adultos y al 40% de los niños. (20)

La promoción de una nutrición preventiva, teniendo en cuenta la fisiopatología de los procesos nutricionales, busca cubrir los requerimientos necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo psicomotor, así como prevenir deficiencias específicas y excesos de nutrientes. Además una adecuada alimentación favorece el funcionamiento del sistema inmune, previniendo deficiencias que puedan disminuir su función. (11)

Durante este período existe un alto riesgo de retraso en el crecimiento, deficiencias de nutrientes y enfermedades comunes en los niños. A corto plazo, la desnutrición puede tener consecuencias, como enfermedades y retraso en el desarrollo. A largo plazo, la desnutrición en la primera infancia puede afectar la capacidad laboral, los ingresos y la capacidad reproductiva. Además, el sobrepeso durante la infancia también puede producir graves problemas de salud, como diabetes, hipertensión y enfermedades respiratorias, así como efectos psicológicos negativos. La nutrición también juega un rol importante en el desarrollo del cerebro, el lenguaje, la visión, la audición y las funciones cognitivas. (10) (11)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la leche materna (LeM) es el alimento óptimo para los bebés desde las primeras horas de vida, proporcionando todos los nutrientes que necesitan, en un equilibrio adecuado hasta los 6 meses de edad. Estudios sugieren que la LeM es considerada “medicina personalizada para el lactante”, ya que en su composición existen agentes antimicrobianos y antiinflamatorios, que contribuyen a su protección inmunológica. Según la OMS, la LM debe ser a demanda, sin horarios estipulados y con una duración por toma de entre 10 a 15 minutos. (11)

La LeM contribuye a la disminución de la morbimortalidad neonatal e infantil, reduce la incidencia de anemia y enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la obesidad, diabetes, entre otras. (21)

Para favorecer y beneficiar la LM cuando la madre debe trabajar fuera del hogar, existen leyes y normas que respaldan esta situación. Las licencias por maternidad y por paternidad son un derecho

tanto del ámbito privado como en el público. En el sector privado, las trabajadoras tienen derecho a una licencia por maternidad de 14 semanas (98 días), distribuidas en 6 semanas previas a la fecha probable de parto y 8 semanas posteriores al mismo. Una vez finalizada la licencia maternal se establece un horario de trabajo reducido para el cuidado del recién nacido hasta el cumplimiento de los seis meses de edad. Además en una jornada laboral de 8 horas, las mujeres que lo necesiten tienen derecho a dos pausas de 30 minutos para lactancia, independientemente de los periodos de descanso. En el sector público el régimen de lactancia está regulado por estatutos especiales que dependen del organismo del estado, donde se trabaja, pero nunca teniendo una licencia maternal menor a 14 semanas. A su vez tienen derecho a reducir a la mitad la jornada laboral por lactancia hasta un máximo de 9 meses. (12)

Luego de los 6 meses, se recomienda introducir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados, manteniendo la LM hasta los dos años o más. (10)

La introducción de estos alimentos, a través de la alimentación complementaria, debe abarcar alimentos sólidos, semisólidos y líquidos, cuya selección depende de factores nutricionales, sociales, económicos y culturales. (1)

El derecho del niño a una alimentación adecuada, reconocido por Uruguay en tratados internacionales y en su Constitución, implica proporcionar alimentos suficientes y de calidad, libres de sustancias nocivas, de manera sostenible y sin obstaculizar otros derechos humanos. La introducción de la alimentación complementaria es crucial, ya que la LME durante el segundo semestre de vida no proporciona los requerimientos energéticos necesarios para el niño. Este paso se considera un hito fisiológico que proporciona nutrientes de calidad y en cantidad adecuada, siendo fundamental para asegurar un crecimiento y desarrollo óptimos, al tiempo que permite al niño adquirir autonomía en relación con los adultos. (10)

En la actualidad, se presentan discrepancias en cuanto al momento y la edad en la que se deben introducir los alimentos, debido a diferentes pautas, creencias culturales y familiares. (1)

En Uruguay desde 2016 rigen las recomendaciones establecidas por el MSP que tienen como objetivo asegurar una alimentación adecuada y promover el desarrollo saludable de los niños. Se recomienda: LME hasta los 6 meses, introducir alimentos complementarios ricos en hierro a partir de los 6 meses, ofrecer una variedad de alimentos desde el inicio, proporcionar varias comidas al día, progresar en la consistencia de los alimentos, incluir grasas y aceites saludables, consumir verduras y frutas variadas, crear un entorno tranquilo durante las comidas, garantizar la higiene de los alimentos

y ofrecer líquidos y comidas frecuentes durante enfermedades para prevenir deshidratación y pérdida de peso. (10)

Existen creencias tradicionales a la hora de incorporar prácticas de alimentación, comenzando con purés y aumentando gradualmente la consistencia hasta que el lactante alcance los 12 meses de edad para respetar los movimientos masticatorios aprendidos y la capacidad de deglución. En contraste con el modelo tradicional, la enfermera británica Gill Rapley desarrolló un nuevo enfoque de introducción de alimentos en 2008. Este método se llama BLW o Alimentación Complementaria Autorregulada por el Bebé. (5)

Dicho método fomenta la autoalimentación después del sexto mes de vida, donde los padres que optan por seguir este enfoque ofrecen una variedad de alimentos al bebé, y él es quien decide qué, cuánto y a qué ritmo comer. Durante esta etapa, se ofrecen al bebé los mismos alimentos que consume la familia, pero en forma de troceados, bastones y tiras, que sean lo suficientemente grandes como para que el bebé los pueda tomar con su mano. (5)

Los lineamientos del método BLW se basan en fomentar la autoalimentación desde el inicio del período de alimentación complementaria. Se promueve que la familia comparta la hora de la comida. Es importante la interacción entre el cuidador y el niño durante la alimentación, influenciando en hábitos alimentarios el estilo de crianza, siendo beneficiada por una alimentación receptiva, estimulando la misma. (7) (13)

El método ofrece tanto ventajas como desventajas en el desarrollo y la salud del niño. Por un lado, fomenta la independencia y la exploración sensorial, permitiendo que tome decisiones sobre los alimentos que consume y promoviendo su autonomía desde temprana edad. Sin embargo, su aplicación también plantea posibles repercusiones negativas para la salud, por un mayor riesgo de atragantamiento, debido al tamaño de los alimentos ofrecidos, y puede haber una mayor probabilidad de un consumo insuficiente de energía y micronutrientes, especialmente hierro, ya que el niño determina la cantidad y calidad de los alimentos que consume. (7)

En respuesta a estas posibles problemáticas del método BLW, surge como alternativa la técnica BLISS, que busca establecer precauciones para minimizar estos riesgos. El enfoque se centra en introducir alimentos con más calorías, potenciar aquellos con mayor cantidad de hierro hemo y corregir la postura para evitar atragantamiento. De esta forma el método BLISS propone una estrategia para una alimentación más segura y con mayor valor nutricional. (7)

El método BLW se plantea como un enfoque novedoso de introducción de alimentos y carece todavía de evidencia suficiente para determinar claramente sus ventajas y desventajas. Aunque está ganando popularidad entre los cuidadores, aún se necesitan más estudios e investigaciones para evaluar a fondo los posibles beneficios y riesgos asociados con este método. (14)

En la actualidad, las dietas vegetarianas se han adoptado de manera creciente, incluso entre la población pediátrica, siguiendo los patrones dietéticos de su familia. Sin embargo, es importante planificarlas adecuadamente y conocer los riesgos y beneficios asociados. El vegetarianismo es un estilo de vida basado en el consumo de productos de origen vegetal, excluyendo carnes. Las razones para elegir esta dieta son diversas, incluyendo motivos éticos, ecológicos, económicos, espirituales, religiosos. Ninguna dieta recomendada por la OMS excluye grupos de alimentos. Para que una dieta sea considerada saludable, es necesario que la misma por sí sola logre satisfacer las necesidades nutricionales. Ante una dieta restrictiva, se deben suplementar sus deficiencias, a través de determinadas estrategias que permitan mejor aprovechamiento de nutrientes y/o de la suplementación medicamentosa. (15)

A medida que más personas eligen una dieta restrictiva, es necesario que los profesionales se informen al respecto. La evidencia sobre el impacto a largo plazo de la dieta vegetariana en niños es limitada. A la fecha, aún no se han presentado hallazgos consistentes que respalden la dieta vegetariana no suplementada; por razones éticas no hay estudios de intervención que evalúen el impacto en el desarrollo de los niños. (15)

Los posibles riesgos en edad pediátrica abarcan desde la vida fetal hasta la adolescencia, pero son particularmente altos durante los dos primeros años de vida. En dietas sin carne los nutrientes que tienen riesgo de carencias son: vitamina B12, calcio, hierro hemo, yodo, zinc, aminoácidos esenciales y vitamina D. En los niños que adhieren a estos regímenes restrictivos deben buscarse estrategias para evitar las carencias.(15)

La modernidad trae consigo nuevas formas de pensar y con ellas la aplicación de diversas prácticas alimenticias que los cuidadores buscan aplicar en sus hijos, pero debemos tener presente las formas en las que estos aprenden a alimentarse. (15)

El desarrollo del aprendizaje alimentario implica cuatro procesos principales. En primer lugar, se encuentra la familiarización con los alimentos a través de la exposición repetida a su sabor, textura y apariencia. Además, el aprendizaje por observación de las elecciones alimentarias de los demás y la imitación del comportamiento alimentario también juegan un papel fundamental en los primeros años de vida. Otro proceso es el aprendizaje asociativo, donde los bebés establecen conexiones entre

el sabor y los nutrientes, así como entre diferentes sabores. Por último, la categorización de alimentos es importante, ya que la disposición de los bebés a consumir determinados alimentos depende de su capacidad para reconocer elementos familiares en su plato. (16)

En resumen, la alimentación del lactante y del niño pequeño es crucial para su supervivencia, crecimiento y desarrollo. La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, seguida de alimentos complementarios seguros y variados, es fundamental. Prácticas como los métodos BLW y BLISS promueven la autonomía del niño en la alimentación, pero deben tenerse en cuenta sus riesgos. En las dietas vegetarianas, es importante planificar para satisfacer todas las necesidades nutricionales. El aprendizaje alimentario temprano es clave para desarrollar hábitos saludables.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Describir las prácticas de lactancia y alimentación complementaria en niños pequeños usuarios de CASMU-IAMPP.

Objetivos específicos

- Conocer las prácticas de lactancia.
- Conocer la edad de introducción de la alimentación complementaria.
- Conocer los alimentos ofrecidos inicialmente en la alimentación complementaria.
- Conocer la aplicación de nuevas corrientes de introducción de alimentos (BLW/BLISS).
- Conocer los hábitos alimenticios en hijos de padres adeptos a dietas veganas y vegetarianas.
- Conocer el nivel de adherencia a las pautas actuales.

Metodología

1) Tipo y diseño de estudio: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal. Se llevó a cabo en el periodo comprendido desde el 3 de julio hasta el 1 de septiembre de 2023.

2) Población y Muestra: La población objeto de estudio estuvo compuesta por niños de entre 11 y 72 meses de edad, usuarios del prestador de salud CASMU. De esta población se seleccionó una muestra al azar. Para el cálculo del número representativo de la misma se utilizó la plataforma on line Openepi versión 3.01. Se obtuvo un valor de 317, partiendo de una muestra de 1800 familias y aceptando una incertidumbre de 5%.

3) Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión: Se incluyeron niños sanos, sin patologías congénitas graves que requieran diferentes tipos de alimentación.

Exclusión: Se excluyeron: prematuros severos, con enfermedades vinculadas a la prematuridad; portadores de enfermedades congénitas que limiten la alimentación; hijos de madres portadoras de enfermedades que afecten la alimentación del niño, como consumo de sustancias, psicofármacos u otras drogas.

4) Recolección de datos:

4.1) Datos: El prestador de salud facilitó el número telefónico de las familias de los niños, desde su base de datos registrada ante la Unidad Reguladora de Control de Datos Personales. Se envió a esas familias una invitación a participar en el trabajo, a través de la red social WhatsApp. La invitación tenía, además, un enlace que los llevaba a una encuesta realizada para esta investigación, a través de un formulario en línea utilizando Google Forms.

Con el formulario se solicitó una dirección de correo electrónico, con el fin de enviar una copia de sus respuestas y evitar duplicados. Las direcciones electrónicas y los números de teléfono y los formularios de Google Forms se eliminaron, luego de haber descargado toda la información necesaria, para preservar la confidencialidad y privacidad de los participantes.

4.2) Difusión: Los mensajes de difusión fueron enviados desde un número de celular perteneciente a un chip descartable, que luego de recolectados los datos fue desechado.

4.3) Encuesta: el formulario contenía preguntas relacionadas con la dieta, hábitos y prácticas de alimentación de los niños (ver encuesta en anexo).

Para garantizar que los encuestados tuvieran una mejor comprensión de los conceptos, previo a responder la encuesta, se incluyó una hoja informativa, con definiciones sobre los temas abordados en las preguntas.

4.4) Formato de las preguntas: Las preguntas de la encuesta fueron de tipo opción múltiple, con respuestas binarias, escala Likert, preguntas de opción múltiple de selección única y preguntas de opción múltiple de selección múltiple.

4.5) Consentimiento informado: Al ingresar al link del formulario, el cuidador accedió, en primera instancia, al consentimiento informado y su correspondiente hoja informativa, que fue enviado junto a las respuestas seleccionadas.

5) Procesamiento y análisis de datos:

Los datos fueron recopilados en Google Forms y procesados en el programa JAMOVI.

6) Variables:

-Con el objetivo de determinar el parentesco más común responsable de la alimentación del niño/a, se utilizaron las variables "parentesco" y "encargado de la alimentación".

-Para evaluar las prácticas de lactancia se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la población a estudiar.

-Con el propósito de determinar si las personas que recibieron asesoría en lactancia siguieron las pautas recomendadas, se estableció una relación entre las variables "recibimiento de asesoría en lactancia" y "adherencia a las pautas de lactancia" (variable nueva, detallada más adelante).

-Con el objetivo de determinar si las personas que experimentaron dificultades para amamantar tuvieron la oportunidad de utilizar un intermediario, se analizaron las variables "dificultad para amamantar" y "uso de intermediario".

-Con el fin de evaluar si el destete antes de los 6 meses se produjo debido a motivos laborales y falta de cumplimiento de la legislación de amamantamiento, se analizaron las variables "destete por causa laboral" y "aplicación de la reglamentación vigente".

-Con el propósito de evaluar la adherencia a las pautas de lactancia actuales, se creó una variable dicotómica (cumple/no cumple) basada en las variables de "tipo de alimentación recibida por el niño/a hasta los 5/6 meses" y "frecuencia con la que se proporciona dicha alimentación". La variable "cumple" se asignó cuando se administró LME hasta los 5/6 meses. En caso de seleccionar cualquier otra opción distinta a las mencionadas anteriormente, la variable se consideró como "no cumple".

-Con el fin de determinar si la introducción de la alimentación complementaria antes de los 5/6 meses se debió a dificultades experimentadas durante la lactancia, se estableció una relación entre las variables "dificultades en la lactancia" y "edad de introducción de la alimentación complementaria".

-Con el propósito de evaluar la adherencia a las pautas de alimentación complementaria actuales, se creó una nueva variable dicotómica (cumple/no cumple) basada en las variables de "edad de introducción de la alimentación complementaria" y "forma de introducción". La variable "cumple" se asignó cuando la alimentación complementaria se introdujo a los 5/6 meses y se incluyeron todos los grupos de alimentos simultáneamente. En caso de seleccionar cualquier otra opción distinta a las mencionadas anteriormente, la variable se consideró como "no cumple".

-Para conocer si los niños con práctica BLW/BLISS experimentaron episodios de atragantamiento durante la alimentación, se analizaron las variables de "aplicación del BLW" y "episodios de atragantamiento".

-Con el objetivo de determinar si los cuidadores de los niños que practicaban el método BLW/BLISS percibían resultados beneficiosos con esta práctica, se analizaron las variables de "aplicación del BLW" y "apreciación de los beneficios de este método".

-Con el fin de determinar si los padres vegetarianos aplicaron la dieta vegetariana a sus hijos, se utilizaron las variables de "exclusión de alimentos de origen animal en los niños" y "aplicación de dieta vegetariana por parte de los padres".

-Con el propósito de conocer si los niños en cuya alimentación se excluyeron derivados de la carne recibieron asesoramiento por parte de un profesional, se analizaron las variables de "exclusión de alimentos de origen animal en los niños" y "asesoramiento profesional". -Con el fin de identificar el motivo más común de vegetarianismo en los niños, se estableció una relación entre las variables de "exclusión de alimentos de origen animal en los niños" y "motivo".

-Finalmente, para conocer si las personas que adherían a las pautas de lactancia también adherían a las pautas de alimentación complementaria se estableció una relación entre las nuevas variables “adherencia a las pautas de lactancia” y “adherencia a las pautas de alimentación complementaria”.

Para la descripción de las variables cuantitativas, se emplearon estadísticos de tendencia central, como la media y la mediana, así como estadísticos de dispersión, como rango. La descripción de las variables cualitativas se realizó a través de número y porcentaje. Para examinar la relación entre variables cualitativas, se aplicó la prueba de chi cuadrado.

Normas éticas

Se aseguró la privacidad y confidencialidad de los niños incluidos mediante la anonimización de los datos personales. Los resultados obtenidos, fueron tratados de forma confidencial y anónima, de acuerdo con lo establecido con la ley 18.331 de Protección de Datos personales.

El protocolo de investigación fue remitido y aprobado por el comité de ética del CASMU.

Resultados

La encuesta fue enviada a un total de 1800 familias de niños pequeños usuarios de CASMU. Se obtuvieron 319 respuestas.

Tenían una edad promedio de 22.7 meses (mediana 21; rango 11-72). Perteneían al sexo masculino 168 (52.7%). Fueron prematuros al nacer 25 (8.0%). Diez (3.1%) tenían enfermedades congénitas: malformaciones renales (n=4), neurológicas (n=3), cardíacas (n=1) y del aparato locomotor (n=1) y sífilis (n=1).

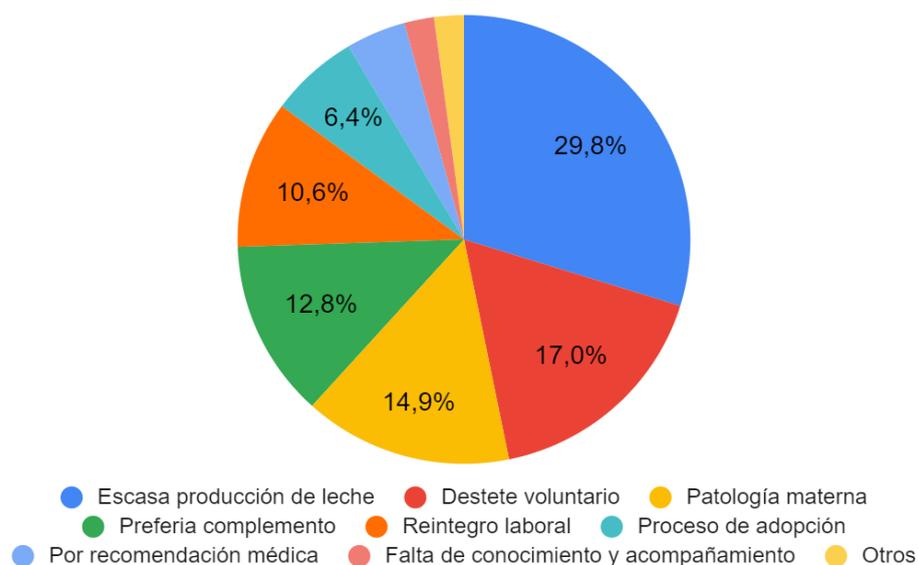
En la tabla 1 se muestra la alimentación recibida en los primeros 6 meses de vida. Recibieron LM en algún momento 299 (93.7%). Las razones por las cuales no fueron alimentados con pecho materno se muestran en la figura 1.

Tabla 1. Alimentación recibida hasta los primeros 6 meses de vida		
Tipo de alimentación desde el nacimiento	Frecuencia	% del total
LME	190	59.6%
Alimentación mixta	112	35.1%
PPL exclusivo	14	4.4%

LV exclusiva	1	0.3%
Otro	2	0.6%

LME: leche materna exclusiva PPL: preparado para lactante LV: leche de vaca.

Figura 1. Causa por la cual el niño/a no recibió LM



Se consideró LME si recibían LeM como único alimento, en forma directa y/o ordeñada, a través de biberón.

Recibieron orientación para lactancia 257 (80.6%); de estos 151 (58.8%) la recibieron antes y después del nacimiento. Fue proporcionada por un Licenciado en Nutrición en 84 (32.7%) casos, por un Médico en 51 (19.8%) y el restante por diversos profesionales en conjunto.

De los que recibieron orientación en lactancia materna, 72 (22.6%) cumplieron con la pauta de LM.

Las dificultades en la lactancia se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Dificultades en LM		
Dificultades en LM	Frecuencia	% del Total
Problemas relacionados con la madre	71	47.7 %
Problemas relacionados con el niño	20	13.4 %
Problemas relacionados con ambos	58	38.9 %

Del total de niños que padecían enfermedades congénitas, 4 (40%) presentaron dificultades en la LM.

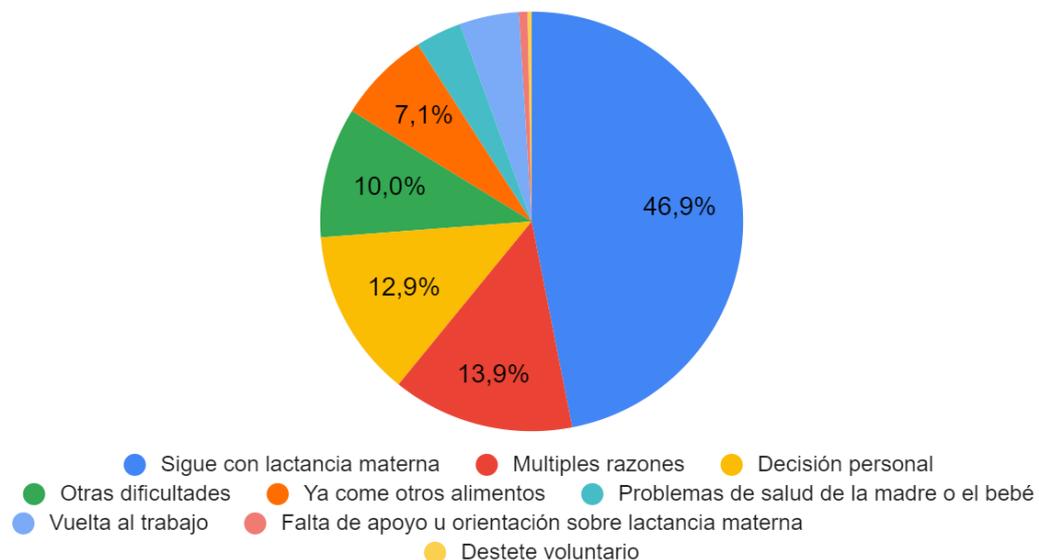
Ciento cuarenta y cinco madres (45%) utilizaron intermediarios para la lactancia. El tiempo promedio de uso fue de 62.2 días (mediana 30.9; rango 2-500).

De un total de 149 casos que refirieron dificultades en la lactancia materna, 93 (62.4%) utilizaron intermediarios. De estos, 40 (26.8%) tuvieron problemas relacionados con la madre, 11 (7.4%) problemas relacionados con el niño y 42 (28.2%) afirmaron dificultades relacionadas con ambos.

La legislación concerniente a los derechos de las mujeres que amamantan se cumplió totalmente en 112 (35.1%), parcialmente en 125 (39.2%) y en el resto no se cumplió.

Al momento de la encuesta 145 niños (46.9%) continúan con LM. Las causas del destete de los 174 niños que ya no reciben LeM se muestran en la figura 2.

Figura 2. Causas de destete



Treinta y cinco cuidadores (20.1%) refirieron que la causa del destete tuvo relación con el trabajo materno. De estos casos, 16 informaron que se cumplió parcialmente con la legislación actual en su lugar de trabajo, y 7 indicaron que no se cumplió. Entre las 145 madres que continúan con LM, en 47 (14.7%) se cumple la legislación vigente y en 64 (20.1%) se cumple parcialmente.

Recibieron vitamina D 294 (92.2%). Recibieron suplemento de hierro 296 (92.8%).

Introdujeron la alimentación complementaria a una edad promedio de 5.89 meses (mediana 6; rango 3-72). Entre las 149 madres que refirieron dificultades en la lactancia, 32 (21.5%) introdujeron la alimentación complementaria antes de los 6 meses.

Al inicio de la introducción de la alimentación complementaria 14 (4.4%) niños introdujeron todos los grupos de alimentos, el resto lo hizo en forma paulatina.

Cinco (1.6%) consumieron, desde el inicio, 2 o menos variedades de frutas y verduras, 54 (16.9%) consumieron entre 2-4 y 260 (81.5%) consumieron más de 4 durante el primer año de vida. Consumen frutas diariamente 297 niños (93.1%).

Cuarenta y seis (14.4%) introdujeron carne a los 5 meses, 268 (84.0%) a partir de los 6 meses.

Ofrecieron exclusivamente agua como bebida 217 familias (68.0%), 89 (27.9%) ofrecieron agua y jugos naturales y el resto ofreció otro tipo de bebidas (te, mate, café, bebidas envasadas).

Los alimentos ofrecidos se presentaron en forma de puré en 187 (58.6%) de los casos, 93 (29.2%) en trozos y el resto los procesó mediante dispositivos como mixer o licuadora.

Al momento de responder la encuesta 158 niños (49.5%) se alimentaban por sí mismos utilizando sus manos, 132 (41.4%) requirieron la asistencia de un adulto, y el resto refirió que los niños comían por sí solos empleando cubiertos.

Setenta y tres niños (22.9%) comparten siempre los tiempos de comidas con su familia, 144 (45.1%) lo hacen en la mayoría de las ocasiones, 77 (24.1%) algunas veces, y el resto rara vez o nunca lo hace.

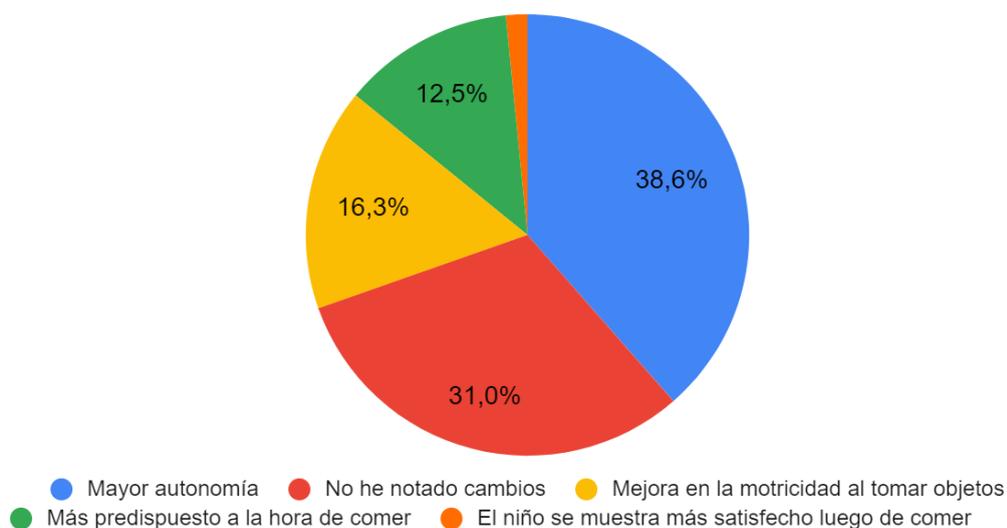
Refirieron nunca utilizar pantallas durante las comidas 228 (71.5%). Las utilizan de forma ocasional 81 (25.4%) y regularmente 10 (3.1%).

Doscientos cuarenta y siete cuidadores (77.4%) estaban familiarizados con las técnicas BLW o BLISS y 170 (53.3%) las aplicaron. Atribuyeron a su aplicación mayor autonomía en el niño 123 (38.6%), mejora en la motricidad al tomar objetos 52 (16.3%) y mayor predisposición a la hora de comer 40 (12.5%). Conocieron esta corriente a través de las redes sociales 104 (32.6%).

De los 170 (53.3%) que aplican BLW o BLISS, 150 (47.0%) nunca tuvieron episodios de atragantamiento, 14 (4.4%) tuvieron un solo episodio, 3 (0.9%) tuvieron varios episodios.

Los beneficios de las técnicas BLW- BLISS identificados por los cuidadores se muestran en la figura 3.

Figura 3. Beneficios reconocidos por los cuidadores al aplicar BLW o BLISS



Optaron por excluir alimentos de origen animal 66 familias (20.7%). En 24 (7.5%) niños se debió a alergias o intolerancias a alimentos de origen animal, 2 (0.6%) por razones éticas o filosóficas, y el resto por otras causas. En la tabla 3 se muestran los alimentos que se excluyeron.

Tabla 3. Alimentos excluidos de origen animal		
Exclusión de alimentos de origen animal	Frecuencia	% del Total
Carnes	5	1.6 %
Carnes, Huevos	2	0.6 %
Carnes, Huevos, Lácteos y derivados	14	4.4 %
Carnes, Lácteos y derivados	3	0.9 %
Huevos	3	0.9 %
Huevos, Lácteos y derivados	7	2.2 %
Huevos, No corresponde	1	0.3 %
Lácteos y derivados	31	9.7 %
No corresponde	253	79.3 %

De 13 cuidadores veganos o vegetarianos, 8 (2.5% del total de la muestra) excluyeron alimentos de origen animal en la dieta de sus hijos. Siete recibieron asesoramiento profesional sobre dieta vegana

o vegetariana, 6 brindado por un Licenciado en Nutrición, 4 por un Médico y el restante por diversos profesionales en conjunto.

Quince (4.7%) recibieron suplementos de vitamina B12.

De las familias que excluyeron alimentos de origen animal por diferentes motivos, 4 (1.3%) tuvieron asesoramiento profesional sobre la dieta vegana o vegetariana.

Discusión

Cada día la evidencia es mayor sobre los beneficios de la LM para niños, madres, familias, sociedad y medio ambiente. Existe numerosa evidencia científica que comprueba que la LeM es fundamental para el desarrollo, crecimiento y salud del niño. Ningún alimento la supera en cuanto a calidad, consistencia, composición y adaptabilidad a las necesidades del crecimiento del niño. (18)

El porcentaje de prematuridad entre los niños encuestados se correlacionó con los datos nacionales. Un pequeño porcentaje presentaron enfermedades congénitas, los cuales no tuvieron dificultades mayores a la hora de recibir LeM y AC, por lo tanto no fueron excluidos de este estudio. (19)

De los niños incluidos, más de la mitad recibió o están recibiendo al momento de realizar la encuesta LeME, porcentaje que se correlacionó con la última encuesta nacional de lactancia del 2020. Estos resultados evidencian que la LM fue una práctica frecuente, resaltando la importancia de la orientación e incentivo por parte de los profesionales de la salud hacia la misma como una herramienta fundamental para el desarrollo integral del niño. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje se adhirió estrictamente a la pauta de LM, la que aconseja pecho directo exclusivo y a demanda, fomentando el apego madre e hijo. Partiendo de que la pauta excluye otras modalidades de LM, como leche de ordeño, y teniendo en cuenta el reintegro laboral u otras actividades, disminuye dicha adherencia estricta a la pauta del MSP. (1) (2) (10)

Entre los niños que no recibieron LME, predominó la alimentación mixta, con LeM y fórmula para lactantes. Se destaca que un niño recibió leche de vaca, alimento no recomendado para niños menores de 1 año, por contener exceso de proteínas y sodio. (10)

Los motivos que surgieron al explorar por qué algunos niños no fueron alimentados con LeM revelaron desafíos significativos. La escasa producción de LeM fue razón más referida. Esta problemática muchas veces es percibida por la familia. Es importante, cuando surge, que el personal de salud brinde el apoyo necesario para que esta percepción no implique el abandono de la LM.

Una causa frecuente del destete fue el reintegro laboral. Este último aspecto reflejó que el trabajo fuera del hogar para las madres puede limitar el tiempo dedicado a la alimentación, lo cual, como se evidencia, tuvo implicaciones perjudiciales para la dieta y las prácticas de alimentación del niño. Este hallazgo subrayó la importancia de implementar medidas que faciliten la lactancia materna en el entorno laboral, como salas de lactancia adecuadas y políticas laborales amigables con la misma, asegurando así que la decisión de trabajar no comprometa la capacidad de las madres para proporcionar la mejor alimentación posible a sus hijos. Considerar y abordar estos factores contribuirá significativamente a la promoción de la salud infantil y al bienestar general de las familias.(12)

Los intermediarios desempeñan un papel crucial en el apoyo a la LM al facilitar el agarre del pecho en situaciones en las que la madre enfrenta dificultades, como pezón plano, invertido o agrietado. Esto brinda a la madre una mayor comodidad y alivio del posible dolor. No obstante, es importante tener en cuenta que el uso de intermediarios puede generar confusión en el lactante en lo que respecta al reflejo de succión, lo que a su vez puede complicar la transición hacia la lactancia directa. Los resultados obtenidos en este estudio demostraron que cerca de la mitad de los niños que recibieron LM utilizaron intermediarios, algunos por tiempos muy prolongados. (22)

Al analizar los resultados arrojados en relación a las dificultades en LM y el uso de intermediarios, más de la mitad los utilizaron, siendo destacable el amplio porcentaje de dificultades maternas. Estos resultados son los esperados, dado que existe la recomendación desde el consultorio médico y popular, del uso de intermediarios de lactancia ante dificultades maternas. (22)

La causa de destete laboral, como mencionamos anteriormente, se vinculó con el incumplimiento total o parcial de la legislación vigente. Este dato resalta la influencia de las condiciones laborales en el proceso de destete de los niños.(12)

Para alcanzar un óptimo crecimiento y desarrollo del niño se recomienda mantener la LME durante los primeros seis meses. Los alimentos pueden desplazar el consumo de leche materna y aumentar la exposición a agentes patógenos. Los resultados obtenidos muestran que cierto porcentaje de madres que presentaron dificultades en la LM, introdujeron la AC antes de los 6 meses. Esta decisión resalta la importancia de brindar un apoyo efectivo a las madres con problemas de lactancia para ayudarles a continuar la LME como es recomendado. (10)

La observación de que solo un pequeño porcentaje de los niños iniciaron la AC incorporando todos los grupos alimenticios desde el principio resaltó una falta de adherencia a las recomendaciones del

MSP. Este hallazgo plantea interrogantes sobre la necesidad de mejorar la educación sobre las pautas nutricionales para la introducción adecuada de alimentos complementarios. (1) (10)

El consumo de frutas está fuertemente asociado con la prevención de enfermedades como la obesidad, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer ya que aportan una gran variedad de vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes. A los 6 meses pueden incorporarse todas las verduras y frutas. Es importante destacar que la amplia mayoría de los niños en el estudio consumieron gran variedad de frutas y verduras diariamente. Sin embargo, la introducción de otras bebidas, incluyendo jugos, gaseosas, mate y té, destaca la importancia de la educación sobre las implicaciones de estas elecciones para la salud infantil, especialmente en relación con la cafeína. Se debe contraindicar el uso de bebidas ricas en cafeína ya que actúan como estimulante, su consumo se vincula con alteraciones en el sueño, nerviosismo e irritabilidad a la vez que interfiere con la absorción del hierro. (1) (10)

A los 6 meses más del 95% de las necesidades de hierro deben ser cubiertas con la AC a través de alimentos ricos en hierro, como carnes rojas y menudos. En este estudio se observó que su introducción se realizó según dicha recomendación. Este hallazgo es alentador, ya que resalta la importancia de incorporar fuentes de hierro en la dieta de los niños desde las etapas iniciales, promoviendo así un desarrollo saludable. (1) (10)

Más de la mitad de la población estudiada seguía aplicando el modelo de alimentación tradicional presentando los alimentos en forma de puré y papilla. A pesar de la introducción de nuevas corrientes como se mencionará más adelante, seguía siendo prevalente la presentación en forma tradicional como recomienda la pauta. (10)

La alimentación es un proceso de integración social y cultural. Cuando esta comunicación se ve obstaculizada impacta significativamente en el desarrollo integral de los niños. Es importante crear un ambiente propicio que fomente la comunicación y elimine distracciones como la televisión, la radio o el uso de dispositivos electrónicos, enriqueciendo la interacción familiar y mejorando la calidad de la experiencia alimentaria. (10)

Se apreció que un porcentaje considerable exhibió una consistente práctica de compartir el tiempo de las comidas en la mayoría de las ocasiones. A pesar de ser una proporción menor la que compartió rara vez o nunca los alimentos, se considera que esta cifra sigue siendo de relevancia sustancial y merece una atención destacada en las futuras consultas o intervenciones relacionadas con este ámbito. (10)

Como se establece en la pauta de introducción de la AC, que subraya la importancia de minimizar las distracciones tecnológicas durante las comidas, se puede observar en la encuesta que casi la totalidad no utilizaron pantallas o lo hicieron de forma ocasional. (10)

Al analizar el resultado sobre la administración de hierro y vitamina D, se puede apreciar que no se llegó a la totalidad de indicación recomendada. Esto planteó interrogantes sobre las posibles barreras que podrían estar afectando la implementación efectiva de estas prácticas y abogar por estrategias que promuevan una mayor adherencia a las indicaciones recomendadas. (10)

Un porcentaje mínimo cumplió con las pautas de LM y AC. Es importante resaltar que estos niños, nacieron en contexto de pandemia, donde muchos de los cuidadores, pese a que había controles presenciales obligatorios, podrían haber optado por información en línea, y consultas telefónicas, perdiendo el vínculo presencial (médico - familia) que influye en la adherencia a las recomendaciones y habilitan al espacio de consulta.

Como se mencionó previamente, en la actualidad, existen escasos estudios que proporcionen evidencia sólida en cuanto a la aplicación de técnicas como el BLW o el BLISS. A pesar de los beneficios atribuidos a estos métodos, tanto padres y cuidadores como profesionales de la salud han expresado diversas preocupaciones, principalmente relacionadas con la falta de evidencia sólida que respalde de manera consistente las desventajas de adoptar este enfoque, en particular en lo que respecta a los episodios de atragantamiento. En base a los resultados, se destaca que más de la mitad de la población encuestada, aplicaba estas técnicas, y un porcentaje muy pequeño indicó haber presentado algún episodio de atragantamiento. Los cuidadores identificaron como beneficios la adquisición de mayor autonomía y mejoras en la motricidad. (6)

Cierto porcentaje de los niños encuestados excluyó alimentos de origen animal de la dieta de sus hijos, la razón principal se debió a alergias o intolerancias. Sin embargo, resultó significativo que menos de la cuarta parte recibió suplementación de vitamina B12, generando interrogantes sobre la adecuada gestión nutricional en estas circunstancias. Es crucial señalar que, actualmente, no existe una pauta de recomendación establecida para su uso por parte de profesionales de la salud sobre cómo abordar este aspecto, resaltando la necesidad de desarrollar pautas claras y específicas en situaciones de restricción alimentaria.

De los cuidadores que se identificaron como veganos o vegetarianos, un poco más de la mitad excluyó alimentos de origen animal de la dieta de sus hijos. Un pequeño porcentaje recibió asesoría profesional. Estos resultados generan cuestionamientos acerca del nivel de conocimiento y la

aplicación efectiva de una suplementación adecuada en el contexto de dietas restrictivas, resaltando la necesidad de orientación profesional para asegurar una nutrición óptima en el desarrollo infantil.

Este trabajo permitió a través de los resultados de la encuesta difundida, aproximarnos a la realidad de las dietas y prácticas de alimentación en niños pequeños del área metropolitana.

Este análisis reveló una compleja intersección entre recomendaciones de salud, circunstancias familiares y culturales, así como desafíos cotidianos. A pesar de la abundante evidencia que respalda los beneficios de la LM y la alimentación complementaria adecuada, se observó una brecha entre las pautas recomendadas y su implementación efectiva. Este estudio destaca desafíos y áreas que requieren mejorar la promoción de la salud infantil y la nutrición en diversos contextos familiares teniendo en cuenta las nuevas prácticas y creencias, basados en la evidencia.

Conclusiones y perspectivas

- Un alto porcentaje de niños recibió o recibe LM.
- La mayoría de las familias recibieron orientación para la lactancia
- La legislación vigente que protege la LM no se cumplió en un porcentaje muy importante de casos y determinó el destete en muchos de ellos.
- La introducción de la AC se realizó en su mayoría después de los 6 meses, como se recomienda, pero hubo casos de introducción temprana que resaltan la necesidad de una mejor asesoría para las madres con dificultades en la lactancia.
- Las recomendaciones para la introducción de alimentos se cumplieron en un bajo porcentaje de casos
- La mayoría de las familias compartieron las comidas con sus hijos y evitaron el uso de pantallas durante las mismas, promoviendo así la interacción familiar y una experiencia alimentaria de mayor calidad.
- Las técnicas BLW y BLISS se aplicaron en un alto porcentaje de casos; los cuidadores identificaron beneficios de las mismas; los episodios de atragantamiento fueron muy poco frecuentes.
- En el caso de los cuidadores adeptos a dietas veganas o vegetarianas, se pudo observar que más de la mitad excluyeron alimentos de origen animal de la dieta de sus hijos.
- En futuras investigaciones se sugiere dar continuidad a este estudio mediante la ampliación del grupo de participantes, enfocándonos en incrementar el número de niños pequeños.

- Otra perspectiva para investigaciones subsiguientes consiste en profundizar en el análisis de diversas creencias y mitos asociados a las prácticas estudiadas, explorando con mayor detalle sus posibles limitaciones y repercusiones.
- Este estudio no solo representa un punto de partida valioso, sino también una herramienta para llevar a cabo un seguimiento de las conductas alimentarias en la misma población objetivo. Este seguimiento permitiría evidenciar la presencia o ausencia de hábitos y patologías que puedan desarrollarse con el transcurso del tiempo.

Referencias Bibliográficas

1. Atención Pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9A. ed. Montevideo: OFICINA DEL LIBRO-FEFMUR: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; 2020.
2. Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud 2020. Ministerio de Salud Pública.
3. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 24 de mayo de 2023]. Report No.: WHO/NMH/NHD/14.7. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255731>
4. Gatica CI, Méndez de Feu MC. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. Arch Argent Pediatr. diciembre de 2009;107(6):496-503.
5. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF de, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA. Rev Paul Pediatr. junio de 2018;36:164-70.
6. Daniels L, Heath ALM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatr. 12 de noviembre de 2015;15(1):179.
7. Gomez MS, Novaes APT, da Silva JP, Guerra LM, Possobon R de F. BABY-LED WEANING, AN OVERVIEW OF THE NEW APPROACH TO FOOD INTRODUCTION: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW. Rev Paul Pediatr. 13 de enero de 2020;38:e2018084.
8. Baldassarre ME, Panza R, Farella I, Posa D, Capozza M, Mauro AD, et al. Vegetarian and Vegan Weaning of the Infant: How Common and How Evidence-Based? A Population-Based Survey and Narrative Review. Int J Environ Res Public Health. enero de 2020;17(13):4835.
9. Comparando - AtuServicio.uy [Internet]. [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://atuservicio.msp.gub.uy/comparar/769>
10. Guía de alimentación complementaria para niños de entre 6 y 24 meses. Ministerio de Salud Pública (MSP); 2017.
11. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet Lond Engl. 30 de enero de 2016;387(10017):475-90.
12. Ley N° 19530 [Internet]. [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19530-2017>
13. Silva GAP, Costa KAO, Giugliani ERJ. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. J Pediatr (Rio J). 2016;92(3 Suppl 1):S2-7.

14. Perillo A, Mondada A, Maggio LD, Suárez N, González R, León VD, et al. lo que la evidencia científica revela.
15. Simeone G, Bergamini M, Verga MC, Cuomo B, D'Antonio G, Iacono ID, et al. Do Vegetarian Diets Provide Adequate Nutrient Intake during Complementary Feeding? A Systematic Review. *Nutrients*. 31 de agosto de 2022;14(17):3591.
16. Mura Paroche M, Caton SJ, Vereijken CMJL, Weenen H, Houston-Price C. How Infants and Young Children Learn About Food: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017;8:1046.
17. Gambetta Juan Carlos, Haladjian Mara, Castillos Juan, Seré Gabriela, Blanco Carolina, Sayaguez Beatriz et al . Obesidad y factores de riesgo cardiovascular en la edad pediátrica. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2008 [citado 2023 Nov 15] ; 79(1): 7-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492008000100003&lng=es
18. Norma nacional de lactancia materna. (2017). Montevideo - Uruguay: MSP . Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>
19. Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Objetivos Sanitarios Nacionales 2030. Caracterización de problemas críticos priorizados: Prematurez y bajo peso al nacer. Año 2022. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/FINAL%20Prematurez%20y%20bajo%20peso%20al%20nacer.pdf>
20. SU de Pediatría. Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes – SUP [Internet]. Org.uy. 2021 [citado el 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sup.org.uy/2021/11/12/sobrepeso-y-obesidad-en-ninos-ninas-y-adolescentes/>
21. Pan American Health Organization. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 2014 [citado el 15 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49139>
22. Norma nacional de lactancia materna [Internet]. Ministerio de Salud Pública, General de Salud Programa Nacional de Salud de la Niñez - Ordenanza Ministerial Nº 217/09; 2009 [citado 14 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2009/05/2009-Lactancia-Materna1.pdf>

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a la institución CASMU por proporcionar los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

Agradecemos especialmente a Stella Gutierrez, Jefa de Pediatría del CASMU, por su valioso respaldo en este proyecto.

También reconocemos la orientación ética brindada por Gustavo Arroyo.

A Silvana Bartsaghi, agradecemos su constante acompañamiento a lo largo de la investigación, así como al resto de los integrantes del departamento de Métodos Cuantitativos, Medicina Preventiva y Social y Bioética.

Finalmente, nuestro agradecimiento más importante se extiende a los cuidadores de los niños pequeños que generosamente se tomaron el tiempo de completar la encuesta.

Anexos

Anexo 1 - Consentimiento informado.

Nota de aclaración: la propuesta inicial de esta investigación se centró en abordar a niños de 12 a 24 meses de edad. No obstante, a medida que se obtuvieron resultados que incluían datos de niños de hasta 72 meses, decidimos ajustar el título de nuestro trabajo a "niños pequeños". Es importante señalar que esta modificación no afectó nuestros objetivos, ya que las respuestas estaban relacionadas con el período anterior a los 24 meses.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Madre/Padre/Cuidador:

Invitamos a usted/ustedes a participar en una investigación titulada **“Dietas y prácticas de alimentación en niños de 12 a 24 meses de edad, usuarios de un prestador privado de salud, evaluado entre los meses de julio y agosto de 2023. Montevideo-Uruguay”**, que se realiza en el marco del trabajo final de estudiantes de la carrera Doctor en Medicina, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la República. La misma se llevará a cabo en conjunto con pediatras del CASMU-IAMPP.

Los pediatras responsables de la investigación son las doctoras Karina Machado, Maite Arana y Stella Gutiérrez. El equipo de estudiantes de Facultad de Medicina son: Camila Mauad, Cristian Rodriguez, Elisa Rodriguez, Federico Rodriguez, Victoria Salvatto y Micaela Tomasso.

La participación en la investigación consiste en contestar una encuesta. Las preguntas de esta encuesta busca conocer algunas características sobre la alimentación de su hija/hijo (o niña/niño a su cuidado) .

Todas las respuestas serán tratadas de forma confidencial y anónima, de tal manera que no se identificará a ningún participante.

La presente investigación no cuenta con respaldo financiero de ninguna de las dos instituciones mencionadas. Su participación es totalmente voluntaria y no remunerada. Tiene derecho a negarse a realizarla y abandonarla cuando desee, sin explicación lo que no ocasionará perjuicio alguno.

Declaro haber comprendido lo anteriormente expuesto, en función de ello acepto libre y voluntariamente participar de la encuesta que se me plantea.

Acepto

Si

No

Anexo 2- Hoja informativa

HOJA INFORMATIVA

Lactancia materna exclusiva: Cuando el niño/a recibe solamente leche materna, directamente del pecho u ordeñada, o leche humana de otra fuente

Lactancia materna mixta o parcial: Cuando el niño/a recibe leche materna y otros tipos de leche.

Fórmula para lactantes: es un producto basado en leche de vaca u otros animales y/o de otros componentes comestibles de origen animal (incluido el pescado) o vegetal, que se considere adecuado para la alimentación de los lactantes, estando destinado a ser usado cuando sea necesario como sustitutivo de la leche humana en la satisfacción de las necesidades nutricionales de dichos lactantes. Podrán presentarse en forma líquida o en polvo.

Preparado para lactantes: sustituto de la leche materna especialmente fabricado para satisfacer, por sí solo, las necesidades nutricionales de los lactantes durante los primeros meses de vida, hasta la introducción de una alimentación complementaria apropiada.

Alimentación complementaria: introducción de alimentos sólidos, semisólidos y líquidos, cuando la lactancia materna ya no cubre todos los requerimientos nutricionales, entre los 5 y 6 meses de edad aproximadamente.

Baby-Led Weaning (BLW)/ Baby-Led Introduction to Solids (BLISS): consiste en ofrecer una variedad de alimentos al bebé, y él es quien decide qué, cuánto, y a qué ritmo comer. Presentados en forma de trozos, bastones y tiras, que sean lo suficientemente grandes como para que el bebé los pueda tomar con las manos.

Vegetarianismo: excluye la carne de la dieta. Dentro del vegetarianismo se encuentra el veganismo que además de carne excluye todos los derivados de origen animal.

Enfermedad congénita: son aquellas enfermedades que se presentan desde el nacimiento o antes y pueden detectarse en el embarazo, en el parto o en un momento posterior.

Anexo 3- Encuesta

ENCUESTA

Primer hoja- Datos patronímicos

- 1) Indique la edad del niño/a en meses (número) en el siguiente espacio: __ __

- 2) Indique sexo del niño/a
 - Femenino
 - Masculino

- 3)Cuál fue la edad gestacional del niño/a al nacimiento en semanas (número) : __ __

- 4) ¿El niño/a tiene alguna enfermedad congénita?
 - Si
 - No

- 5) En caso afirmativo indique cuál o cuáles en el siguiente espacio _____

- 6) ¿Qué parentesco tiene usted con el niño?
 - Madre
 - Padre
 - Tutor o cuidador responsable
 - Otros

- 7) ¿Usted es la persona encargada de la alimentación del niño?
 - Si
 - No
 - Es compartida con otra persona

Segunda hoja- lactancia materna

8) ¿El niño/a recibió o recibe lactancia materna?

- Si
- No

9) En caso de haber respondido afirmativamente, ¿durante cuántos meses recibió lactancia materna? Indique el tiempo en meses en el siguiente espacio (número) : __ __

10) En caso de haber respondido negativamente, por favor indique brevemente el motivo o causa por la cual no recibió lactancia materna en el siguiente espacio:

11) ¿Recibió orientación o asesoramiento sobre lactancia materna?

- Si
- No

12) En caso de haber recibido asesoría sobre lactancia materna, ¿cuándo la recibió?:

- Antes del nacimiento.
- Después del nacimiento.
- Antes y después del nacimiento.

13) En caso de haber recibido asesoría sobre lactancia materna, por favor indique la profesión del profesional de la salud que brindó la asesoría. Puede seleccionar una o varias opciones:

- Médico (cualquier especialidad).
- Enfermero/a.
- Licenciado/a en nutrición.

14) Desde el nacimiento hasta los 5- 6 meses, ¿qué tipo de alimentación ha recibido el niño/a?

Por favor, seleccione la opción que mejor describa la situación y la más frecuente:

- Pecho directo exclusivo
- Pecho directo y pecho ordeñado
- Pecho directo y fórmula para lactantes
- Pecho directo y dilución de leche de vaca
- Fórmula exclusiva
- Leche de vaca exclusiva

-Otros: _____

15) En relación a la lactancia materna, ¿experimentaron alguna dificultad durante este período?

-Si

-No

16) En caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta anterior, por favor indique si los desafíos en la lactancia fueron causados por:

-Problemas relacionados con el niño.

-Problemas relacionados con la madre.

-Problemas relacionados con ambos.

17) Durante el período de lactancia, ¿necesitó utilizar intermediario? Dicho dispositivo es una prótesis de silicona que se coloca en el pecho para permitir la succión.

- Si

- No

-No sabe

18) En caso de haber respondido afirmativamente, por favor indique la duración en días en el siguiente espacio en blanco: ___ días.

19) ¿Cada cuánto tiempo alimenta a su hijo con leche materna/ preparado/ otros?

- Cada 3 horas

- Cada 2 horas

- A demanda del niño

20) En relación al destete, por favor indique las causas que llevaron a la interrupción de la lactancia materna. Puede seleccionar todas las opciones que correspondan:

-Vuelta al trabajo.

-Problemas de salud de la madre o el bebé.

-Ya come otros alimentos.

- Falta de apoyo u orientación sobre lactancia materna.
- Decisión personal.
- Otras dificultades.

21) En relación a la lactancia materna y la legislación vigente en Uruguay, por favor, responda la siguiente pregunta: ¿Su empleador le brinda tiempo durante su horario laboral para amamantar o extraer leche materna?

- Si
- No
- Parcialmente
- No estoy seguro/a

22) En relación a la lactancia materna y la legislación vigente en Uruguay, por favor, responda la siguiente pregunta: ¿Su empleador cuenta con espacio físico adecuado, higiénico y privado para amamantar o extraer leche materna?

- Si
- No
- Parcialmente
- No estoy seguro/a

23) ¿El niño/a ha recibido o está recibiendo vitamina D como suplemento?

- Si
- No

24) ¿El niño/a ha recibido o está recibiendo Hierro como suplemento?

- Si
- No

Tercer hoja- alimentación complementaria

25) ¿A partir de qué edad comenzó el niño/a con la introducción de alimentos complementarios (distintos de la leche materna o fórmula)? Por favor, indique la edad en

meses en el siguiente espacio: ___ __ meses.

26) Al comenzar la alimentación complementaria ¿cuál fue el primer grupo de alimentos que introdujo? (Seleccione todas las opciones que considere necesarias)

- Frutas y verduras.
- Carnes.
- Legumbres.
- Cereales (como arroz, avena, trigo, maíz).
- Lácteos (como yogurt, queso, leche).
- Otro.

27) Durante el primer año de vida: ¿Cuántas variedades de frutas y verduras consumía su hijo/a?

- 2 o menos.
- Entre 2 y 4.
- Más de 4.

28) Durante el primer año de vida: ¿Con qué frecuencia consumía frutas y verduras el niño/a?

- Todos los días
- Uno a tres días a la semana
- Un día a la semana
- Nunca

29) ¿A qué edad comenzó el niño/a a comer carne?

- A los 5-6 meses.
- A los 6 o más.
- No come carne.

30) Durante el primer año de vida del niño/a ¿qué tipo de bebidas le ofreció? (Puede seleccionar más de una opción)

- Agua
- Jugos naturales.
- Bebidas envasadas diferentes al agua.

-Té, mate, café, otros.

31) ¿Cómo comenzó a ofrecer inicialmente los alimentos al niño/a?

- En forma de puré hecho con tenedor.
- Rallados.
- Pasados por mixer, picadora, licuadora o batidora.
- En trozos.

32) Durante el primer año de vida: ¿Con qué frecuencia el niño/a comía al mismo tiempo que el resto de la familia? Por favor, selecciona una opción:

- Siempre.
- La mayoría de las veces.
- Algunas veces.
- Rara vez.
- Nunca.

33) Durante el primer año de vida: ¿El niño/a utilizaba pantallas (como televisión, tabletas o teléfonos móviles) durante las comidas? Por favor, selecciona una opción:

- Regularmente.
- Ocasionalmente.
- Nunca.

34) Durante el primer año de vida: ¿Cómo se alimentaba el niño/a durante las comidas? Por favor, selecciona una opción:

- Come por sí solo/a utilizando sus manos.
- Come por sí solo/a utilizando cubiertos.
- Se alimenta con ayuda de un adulto.

Cuarta hoja– prácticas de alimentación (BLW/BLISS)

Las siguientes preguntas se corresponden con distintas prácticas de alimentación. Baby Led Weaning (BLW) y Baby-Led Introduction to Solids' (BLISS) refieren a una técnica de alimentación complementaria en la que se permite que el bebé explore los alimentos sólidos y se alimente por sí mismo, sin la necesidad de alimentos triturados o purés. El bebé tiene la libertad de agarrar los alimentos con sus manos y llevarlos a su boca.

35) ¿Está usted familiarizado/a con las prácticas de alimentación complementaria conocidas como Baby Led Weaning (BLW) o el enfoque Baby-Led Introduction to Solids (BLISS)?

-Si

-No

36) Durante el primer año de vida: ¿Aplicó usted alguna de estas técnicas en la alimentación complementaria del niño/a?

-Si

-No

-Ocasionalmente

37) ¿Cómo conoció el método de Baby Led Weaning (BLW) o el enfoque BLISS (Baby-Led Introduction to Solids)?

-Recomendación de un profesional de la salud.

-Recomendación de un amigo o familiar.

-Descubrí el método por mi cuenta/investigación personal.

-A través de redes sociales u otros medios en línea.

-No corresponde.

38) ¿Si aplicó estas técnicas, experimentó algún episodio de atragantamiento con su hijo/a durante la alimentación?

- Varios episodios

- Un solo episodio

-Nunca.

-No corresponde.

39) ¿Ha notado algún beneficio al aplicar este método?

-Mayor autonomía.

-Mejora en la motricidad al tomar objetos.

-Más predispuesto a la hora de comer.

-El niño se muestra más satisfecho luego de comer.

-No he notado cambios.

Quinta hoja– prácticas de alimentación (vegetarianismo)

40) Durante el primer año de vida: ¿excluyó usted alimentos de origen animal en la dieta del niño/a?

-Si

-No

41) En caso afirmativo, por favor, indique cuáles alimentos de origen animal excluyó de la dieta del niño/a. Seleccione todas las opciones que correspondan:

-Carnes

-Huevos

-Lácteos y derivados

-No corresponde.

42) ¿Cuál fue el motivo principal de la exclusión de alimentos de origen animal en la dieta del niño/a? Por favor, seleccione la opción que mejor aplique:

-Alergia o intolerancia a los alimentos de origen animal.

-Motivos éticos o filosóficos.

-Motivos religiosos.

-Razones económicas.

-Otro motivo.

-No corresponde.

43) ¿Usted aplica en su alimentación una dieta vegetariana/vegana?

-Si

-No

44) En caso de seguir una dieta vegetariana o vegana para su hijo/a, ¿ha recibido asesoramiento profesional?

-Si

-No

-No corresponde

45) En caso afirmativo, ¿de quién recibió asesoramiento en nutrición infantil para seguir una dieta vegetariana o vegana para el niño/a? Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan:

- Médico (cualquier especialidad).
- Enfermero/a.
- Licenciado/a en nutrición.
- No corresponde

46) ¿La información que usted recibió logró despejar sus dudas o inquietudes ?

- No
- Parcialmente
- Si
- No corresponde

47) ¿Su hijo/a recibió suplementación de vitamina B12?

- Si
- No
- No corresponde

Anexo 4- Nuevas variables

Variable SI	Variable NO
Adherencia a pautas de lactancia	No adherencia a pautas de lactancia
- Tipo de alimentación que ha recibido el niño/a hasta los 5/ 6 meses. - Cada cuanto tiempo se da dicha alimentación	Seleccionar cualquier opción que no incluya las anteriores.

Variable SI	Variable NO
Adherencias a pautas de alimentación complementaria.	No adherencias a pautas de alimentación complementaria.
- Introducción de alimentación complementaria a los 5-6 meses.	Seleccionar cualquier opción que no incluya las anteriores.

- Introducción simultánea de todos los grupos de alimentos.	
---	--