



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**

# **Aproximación al perfil alimenticio de lactantes de 0 a 24 meses que concurren al Centro de Salud del Cerro**

**Autores:**

Ana Paula García  
Lurdes Pérez  
Yandira Sotelo  
Martin Canzani  
Carolina Aranda

**Tutores:**

Prof. Adj. Lic. Margarita Ayala  
Prof. Adj. Lic. Mariela Alamilla

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2013**

## **Referencia de Abreviaciones.**

- Art. ....Articulo.
- OMS..... Organización Mundial de la Salud.
- MSP..... Ministerio Salud Pública.
- DEP.....Desnutrición Energético Proteica.
- UNICEF.....Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia.
- A/E..... Altura para la Edad.
- INE..... Instituto Nacional de Estadística.
- AIEPI.....Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia.
- OPS..... Organización Panamericana de la Salud.
- PNUD.....Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- UDELAR.....Universidad De La Republica.
- SNS.....Sistema Nacional de Salud.
- FONASA.....Fondo Nacional de Salud.
- PIP.....Plan Integral de Prestaciones.
- DISSE.....Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad.
- BPS.....Banco de Previsión Social.
- APS.....Atención Primaria en Salud.
- ODM.....Objetivos Del Milenio.
- RN..... Recién Nacido.

- CAIF.....Centro de Atención A La Infancia y a la Familia.
- RRHH..... Recursos Humanos.
- AE..... Auxiliar de Enfermería.
- Lic. Enf..... Licenciado en Enfermería.
- MF..... Médicos de Familia.
- VD..... Visita Domiciliaria.
- SNIS..... Sistema Nacional Integrado de Salud.
- PDE..... Pecho Directo Exclusivo.
- LV..... Leche de Vaca.
- Comp..... Complemento.
- M..... Masculino.
- F..... Femenino.
- T..... Talla.
- P..... Peso.
- PC..... Perímetro Craneano.
- AC.....Alimentación Complementaria.

## Índice

Abreviaturas.....	pag.2
Resumen.....	pag.5
Introducción.....	pag.6
Título, pregunta problema, objetivos.....	pag.7
Justificación.....	pag.8
Antecedentes.....	pag.12
Marco conceptual.....	pag.16
Diseño metodológico.....	pag.32
Presentación de las variables.....	pag33
Recolección de datos.....	pag38
Presentación de los resultados.....	pag39
Análisis.....	pag68
Conclusión.....	pag.72
Bibliografía.....	pag.74
Anexos.....	pag.76

## Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo general fue conocer el perfil alimenticio y características del entorno de lactantes de 0 a 24 meses, que concurren a la consulta de pediatría en el Centro de Salud del Cerro de la Ciudad de Montevideo, durante el período comprendido desde el 15 de abril al 31 de mayo del año 2013.

La caracterización de la población se realizó a partir de la aplicación del instrumento elaborado con las variables definidas para la investigación durante la consulta de enfermería, obteniendo previamente el consentimiento informado de los padres.

La referente del Plan Aduana del Centro de Salud del Cerro informó que 1700 fueron los lactantes derivados del Hospital Pereira Rossell para ser asistidos en el Centro de Salud del Cerro durante el período comprendido entre el mes de marzo del año 2011 a marzo del año 2013, incluyendo así todos los lactantes de 0 a 24 meses, siendo éste el universo de la investigación. Partiendo de este universo se seleccionó una muestra de 170 lactantes, la misma reúne las características principales del universo.

Dentro de los resultados se puede decir que se está frente a una población vulnerable como son los lactantes, predominando los menores de seis meses (58%). Aproximadamente un 50% de los menores de seis meses no recibían PDE, de éstos un 81% presentaron patologías. Un 11% de los lactantes comenzaron con la alimentación complementaria antes del tiempo sugerido, también se obtuvo como resultado altos porcentajes de lactantes con percentiles alterados (peso, longitud y perímetro cefálico para la edad 60%) que han presentado patologías (crónicas 7%, agudas 32%). A lo cual se le agregan factores como el bajo nivel socio económico, bajo nivel de instrucción de los padres (60% primaria completa) y consumo de sustancias psicoactivas (36%) por parte de madre, padre o tutor, siendo esto un reflejo de las carencias que presenta la población en estudio.

## Introducción

El siguiente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, cursando el cuarto ciclo de la carrera en el marco del Trabajo Final de Investigación en la cátedra de Salud del Niño/a y del adolescente.

Se tomo como referencia y base teórica la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia abocándose dentro de éstas a los trastornos nutricionales, buscando así conocer el perfil nutricional y las prácticas de alimentación en lactantes menores de 24 meses que asisten al Centro de Salud del Cerro siendo ésta última el área temática de la investigación.

Sabiendo que la nutrición es un componente Fundamental y Universalmente reconocido como derecho de los niños *“al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, tal como se declara en la Convención de los Derechos del Niño, haciendo referencia al Art. 24: *“...éstos tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y acceder a alimentos inocuos y nutritivos, los cuales son esenciales para lograr un buen crecimiento y desarrollo”*<sup>1</sup>.

El MSP caracteriza al Uruguay como un país de transición nutricional, en el que se identifican con elevada frecuencia problemas nutricionales. La desnutrición energética proteica es concebida por las autoridades como un problema social y económico, vinculado a las condiciones de pobreza que sufren algunos grupos vulnerables de la población, que se encuentran en riesgo de desnutrición<sup>2</sup>. En la infancia se identifican carencias nutricionales en un porcentaje importante de niños/as impidiendo maximizar su potencial real de crecimiento y desarrollo. Se elaboro un instrumento de recolección de datos con el fin de conocer el perfil alimenticio en cuanto a las prácticas de alimentación de los lactantes y las características del entorno.

---

<sup>1</sup>Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959”, disponible en: [www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm](http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm), consultada el 26/09/12 hora 16.

<sup>2</sup> MSP (2005). “Programa Nacional Prioritario de Nutrición 2005-2009”.

## **Título**

- Aproximación al perfil alimenticio de lactantes de 0 a 24 meses que concurren al Centro de Salud del Cerro, con respecto a las prácticas de alimentación y características del entorno.

## **Pregunta problema**

- ¿Cuál fue el perfil alimenticio y las características del entorno de los lactantes de 0 a 24 meses, que concurren a la consulta de pediatría en el Centro de Salud del Cerro de la Ciudad de Montevideo, durante el período comprendido desde el 15 de abril al 31 de mayo del año 2013?

## **Objetivo general.**

- Conocer el perfil alimenticio de los lactantes de 0 a 24 meses y las características del entorno.

## **Objetivos específicos**

- Caracterizar a la población en estudio.
- Conocer que porcentajes de lactantes reciben y/o recibieron Pecho Directo Exclusivo, Leche Maternizada y/o diferentes tipos de leche hasta los 6 meses de edad.
- Identificar la edad de inicio de incorporación de alimentación complementaria y tipos de alimentos que reciben actualmente.
- Conocer factores concomitantes que prevalecen en dicha población tales como: Diarrea, Infecciones Respiratorias, Desnutrición, Parasitosis, Reflujo Gastro -Esofágico.

## **Justificación**

La nutrición es un componente Fundamental y Universalmente reconocido como derecho de los niños *“al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, tal como se declara en la Convención de los Derechos del Niño, haciendo referencia al Art. 24: *“...éstos tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y acceder a alimentos*

*inocuos y nutritivos, los cuales son esenciales para lograr un buen crecimiento y desarrollo*<sup>3</sup>.

De acuerdo con la Convención de los Derechos del Niño y la OMS, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición. Nota descriptiva N°342, julio 2010.

Se calcula que un 35% de la morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición.

Se calcula que un 30% (186 millones) de la población mundial menor de 5 años tiene retraso del crecimiento y que un 18% (115 millones) tiene bajo peso para su estatura, en la mayoría de los casos por alimentación deficiente e infecciones repetidas; otros 43 millones tienen sobrepeso.

Aproximadamente un 35% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna.

Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, solo un tercio de los niños de 6 a 23 meses alimentados con leche materna cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad.

Las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria pueden salvar cada año la vida de 1,5 millones de menores de 5 años<sup>4</sup>.

En nuestro País el Ministerio de Salud Pública caracteriza al Uruguay como un país de transición nutricional, en el que se identifican con elevada frecuencia problemas nutricionales, tanto por deficiencia como por exceso en determinados grupos vulnerables de la población. El Programa Nacional Prioritario de Nutrición 2005-2009 del MSP señala que la desnutrición energético-proteica (DEP) ha tenido un importante incremento en los comienzos de la presente década. Siendo concebida por las autoridades como un problema social y económico, vinculado a las condiciones de pobreza que sufren algunos grupos vulnerables de nuestra población, que se encuentran en riesgo de desnutrición<sup>5</sup>.

Haciendo referencia a desnutrición crónica, los últimos reportes de la UNICEF (2009) sostienen que un 15% de los menores de 5 años de edad padecen este

<sup>3</sup>Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959", disponible en: [www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm](http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm), consultada el 26/09/12 hora 16.

<sup>4</sup> Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html> centro de prensa de OMS, consultada el 28/6 hora 18.

<sup>5</sup> MSP (2005). "Programa Nacional Prioritario de Nutrición 2005-2009".

tipo de desnutrición que relaciona el retardo de la altura para la edad (A/E). Se debe tener en cuenta que estas estadísticas se hacen en base a los niños que son atendidos en policlínicas públicas o privadas y que hay un 2,8% de la población que no tiene ningún tipo de cobertura asistencial, por lo que no están incluidos en las cifras del estudio.

El perfil nutricional de la población uruguaya es calificado por el INE, Bove y Cerruti (2008) como heterogéneo. En la infancia se identifican carencias nutricionales en un porcentaje importante de niños y niñas que no pueden maximizar su potencial real de crecimiento y una elevada incidencia de anemia, con los consiguientes riesgos para el desarrollo infantil y las posibilidades de aprendizaje<sup>6</sup>.

Las investigaciones existentes sobre el estado nutricional parcial y total de la población uruguaya permiten dar una aproximación a la realidad del país en esta materia. Existe así bastante coincidencia respecto a algunos indicadores relevantes como que el retraso en el crecimiento (indicador de desnutrición crónica), es el problema más importante que afecta a los niños y niñas uruguayos. Se concluye que existen desnutriciones ocultas (carencias de micronutrientes), no reflejadas en las estadísticas oficiales<sup>7</sup>.

Uno de los objetivos de la estrategia de AIEPI es: *“Reducir la mortalidad y morbilidad de los niños/as hasta los cinco años de edad, especialmente ocasionado por Neumonía, Diarrea, Trastornos Nutricionales y Enfermedades Prevenibles por vacunas, además de reducir sus complicaciones”*.

La Facultad de Enfermería es la encargada de la implementación de la estrategia AIEPI desde el año 2009. La Prof. Mag Lic. en Enfermería Lía Fernández, Directora de la Cátedra de Salud del Niño y Adolescente, es la facilitadora regional ante OPS realizando jornadas y encuentros periódicos a nivel Nacional y Regional dirigido a profesionales de la salud y educadores.

---

<sup>6</sup> Debido a la elevada prevalencia de carencias de hierro en niños/as, fue promulgada el 2006 una ley que obliga a entregar leche y harina fortificada con hierro a los beneficiarios del INDA. Estudios realizados por la Escuela de Nutrición y Dietética y el INDA (2009), demuestran que el consumo de esta leche ha contribuido a un descenso significativo del déficit de hierro, ubicándose el porcentaje actual en un 31%, lo que aún se considera muy elevado.

<sup>7</sup> Situación y Avances en la Implementación del Derecho a la Alimentación en Uruguay, Marzo de 2010, disponible en: <http://www.fao.org/alc/legacy/iniciativa/pdf/dauruguay.pdf>, consultada el 26/9 hora 18.

El 1° de Agosto del año 2012 tuvo lugar el acto de apertura al segundo “*Taller local para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en APEX- Cerro*”.

Se tomo como referencia y base teórica para la investigación ésta estrategia, y dentro de ella se hará énfasis en los trastornos nutricionales.

Teniendo en cuenta que la promoción de las buenas prácticas de salud conduce a la prevención de trastornos nutricionales, siendo la prevención una actividad esencial en el primer nivel de atención, además de la mejor elección en cuanto a la accesibilidad, costos y beneficios para la comunidad y los servicios sanitarios. Los estudiantes de Facultad de Enfermería realizan estas actividades en todos los Niveles de Atención.

Para prevenir los trastornos nutricionales es necesario primeramente conocer que prácticas de alimentación utilizan los padres/tutores con sus hijos, y en esto se enfocará el trabajo de investigación.

Desde el punto de vista de enfermería surge la necesidad de abordar esta temática a través de la promoción de las buenas prácticas de alimentación usando como pilar la educación a los padres/tutores.

## **Antecedentes.**

Durante el siglo pasado la alimentación complementaria de los lactantes pasó de ser una práctica iniciada con mucha prudencia a otra de una audacia desmedida<sup>8</sup>.

En 1472 se hacía mención en uno de los primeros libros pediátricos sobre la forma que tenían las mujeres de alimentar a sus hijos y se advertía sobre las consecuencias que tenía alimentar a los niños con otros alimentos diferentes a la leche humana. A partir de allí y a lo largo de la historia comienzan a aparecer diferentes publicaciones en las que se mencionaba la forma correcta de alimentar a los niños, la introducción de alimentos y el tiempo del destete.

Se mencionaba como tiempo ideal para el destete los nueve meses, y a partir de allí se recomendaba comenzar a introducir otros alimentos, manteniendo además la lactancia hasta los dos años de edad.

En el año 2002 a través de la estrategia Mundial de Alimentación para los infantes y niños pequeños de OMS/UNICEF<sup>9</sup> se hace hincapié en:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- Iniciar la lactancia en la primera hora de vida.
- Asegurar una lactancia frecuente sin restricciones.
- Desde los seis meses comenzar la alimentación complementaria segura y adecuada
- Continuar la lactancia materna hasta los dos años o más.

En Uruguay, como en el resto del mundo, variadas han sido las recomendaciones en cuanto a la alimentación del lactante. En los últimos años las mismas se han basado siguiendo los lineamientos recomendados por la OMS/OPS en sus dos

---

<sup>8</sup> Maternal and Child Under Nutrition Study Group Maternal and Child under nutrition: Global and Regional exposures and health consequences. Lancet 2008 371-243-260

<sup>9</sup> OMS/UNICEF Global Strategy for infant and Young child feeding. 2002.

publicaciones:” *Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del niño amamantado*” y *“Principios de Orientación para la Alimentación complementaria del niño no amamantado”*.

El nuevo estándar de la OMS reafirma el derecho que tienen los niños a crecer en un ambiente que les brinde las condiciones para desarrollar todo su potencial, por lo que resulta de gran utilidad para el crecimiento óptimo de los niños<sup>10</sup>

En la “Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria” centraron la atención en conocer cómo crecen los niños en Uruguay atendidos en centros de salud públicos así como también los centros de salud privados, durante los dos primeros años de vida, evaluando el peso y la longitud según los estándares de la OMS, se llevó a cabo en los años 1996, 1999, 2003, 2007. En ambos grupos se observó un crecimiento menor que el esperado con prevalencia de talla baja la cual alcanza 14.5% en niños de servicios públicos y de un 6.5% en niños de servicios privados.

Dadas las características de Uruguay la prevalencia en baja longitud es muy superior a otros países de la región como Chile (2%), Cuba (5%) y Costa Rica (6%)<sup>11</sup>.

En dicho estudio se observó:

- Falta de consejería en nutrición de parte de los servicios de salud para la embarazada y familias con niños pequeños.
- Falta de tratamiento adecuado de algunas infecciones.
- Incorporación de alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses de vida.
- Bajo nivel energético en los alimentos proporcionados a los niños mayores de seis meses.

---

<sup>10</sup> Estándar de crecimiento de 0 a5 anos de la OMS [www.who.org](http://www.who.org). R. uay y M. Milad "Efectos de la nutrición temprana en el largo plazo:papel del pediatra en la prevención de enfermedades crónicas del adulto" en E. Meneghello y otros. *Pediatría* 1997 pag 358-365

<sup>11</sup> UNICEF, Programa para la nutrición n° 4, balance sobre nutrición 2006

- El desconocimiento por parte de las familias de cómo alimentar a los niños luego de diarrea o fiebre, mala higienes e inocuidad de los alimentos<sup>12</sup>.

También se observó una alta prevalencia en cuanto a la obesidad con un 8% que es similar a la de Chile (8%) y Argentina (7.5%). Una gran proporción de los niños uruguayos (6%) nacen con más de 4 KG lo que supone que el sobre peso inicia en el embarazo lo que presume medidas en esta etapa y en las posteriores<sup>13</sup>.

Por otra parte en Uruguay en los últimos años no han habido cambios en el peso al nacer de los niños. Alrededor de un 8% de los niños nace con peso inferior a los 2500g esto sugiere que debe haber una mejora en la evolución del embarazo, de contribuir a un parto con menor riesgo y a un mejor crecimiento y desarrollo en los primeros años de vida. Se ha observado que la lactancia materna exclusiva más allá de los 4 meses de vida se asocia con un menor riesgo de padecer diabetes, hipertensión y obesidad en la edad adulta, en comparación de la alimentación artificial<sup>14</sup>.

Esto demostró que los niños independientemente del lugar de atención y sector, representan similares problemas y sin diferencias importantes en cuanto a la tendencia para América Latina informada por OMS/OPS<sup>15</sup>.

En el año 2006 fruto del trabajo y aporte de madres profesionales y de instituciones del país coordinados por técnicas del Proyecto Fortalecimiento Nutricional Desarrollo de Proyectos de Vida del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)/Uruguay, surge el primer documento que realiza aportes innovadores en relación a la alimentación del niño a partir de los seis meses, basado en los nuevos lineamientos sugeridos por a OPS/OMS<sup>16</sup>.

Los diferentes documentos han compartidos un mismo objetivo, que es el de orientar acerca de la alimentación del lactante y niño pequeño, la cual se basa en *“el fomento de la Lactancia Materna y la Alimentación Complementaria Oportuna.”*

---

<sup>12</sup> Banco Mundial revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo 2006, R. Uauy y C. Castillo, o, cit.

<sup>13</sup> Banco Mundial revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo 2006, R. Uauy y C. Castillo, o, cit.

<sup>14</sup> John B. Mason, David Sanders, PhilipsMusgrovey otros. “community healt and nutrition programs” en Disease Control Priorites in Developing Countris, 2006. Ruandi/unicef Estrategia mundial de alimentación del lactante y niño pequeño. Resumen no oficial para el Uruguay 2005

Por último el MSP a través del Programa Nacional de Nutrición realizó la publicación “*Guías Alimentarias para menores de 2 años*”, normatizando de esta manera la forma en cómo debe alimentarse el lactante y el niño pequeño<sup>17</sup>.

### **Marco Conceptual.**

Para comenzar el trabajo de investigación, “*Aproximación al perfil alimenticio de lactantes de 0 a 24 meses y características del entorno*”, se realizó un marco conceptual en el que se cree conveniente comenzar definiendo el concepto de lactante.

El grupo de niños desde los 30 días al final del segundo año de vida, se los designa lactantes, aquí también tenemos la subcategoría que vale la pena mencionar ya q posee características diferenciales: Lactante "tierno" hasta los 3

---

<sup>16</sup>

<sup>17</sup>Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Unidad Coordinadora de Programas, Programa Nacional de Nutrición. *Guías Alimentarias para menores de 2 años*. 2008.

meses de vida y lactante mayor de ahí hasta el final de esta etapa ya mencionada.<sup>18</sup>

La Organización Mundial de la Salud la define de la siguiente manera: *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*.<sup>19</sup>

La Universidad de la Republica (UDELAR), Plan de Estudios 93, Facultad de Enfermería define que: *"Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en la que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre"*<sup>20</sup>. *La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos"*

Debido a que los niños son el grupo etario más vulnerable, son los que más deberían estar resguardados en el seno familiar. La OMS define como familia a:

*"Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial"*.

Tomando como referencia la definición anterior se pueden tomar diferentes criterios para clasificarlas según la relación de consanguinidad de los convivientes:

- Familia Extensa: en ella conviven tres generaciones.
- Familia Nuclear: convive la pareja con o sin hijos.
- Familia Nuclear Ampliada: conviven en el hogar la pareja, parientes y/o agregados.
- Familia Unipersonal: Personas que viven solas en su hogar.

---

<sup>18</sup> Prof. Mag. L. Fernandez Pallesero, Prof. Adj. (s) M. Alamilla, Prof. Asist. A. Huguet, Prof. Adj. Psic. B. Capezzuto, Prof. Esp. P. Gonzalez Ortuya, Prof. adj E Bozzo,  
"Abordaje teórico-práctico en la atención de enfermería en niños/as y adolescentes"  
Edición taller grafico Ltda. Montevideo Uruguay, Octubre 2008.

<sup>19</sup> Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> , consultada el 26/09/13. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

<sup>20</sup> Material de Estudio brindado por la Cátedra de Comunitaria.

-Familia Mono-Parentales: constituida por madre o padre e hijos, ya sea por viudez, abandono o divorcio.

-Hogares no Conyugales: grupo de personas sin lazos de consanguinidad que conviven en un mismo hogar<sup>21</sup>.

La familia cumple funciones vitales como son: la sexualidad, la reproducción, la educación y la subsistencia.

Se entiende que en la función familiar existen tareas y actividades que deben cumplir los miembros que conforman la familia de acuerdo a la posición y rol que desempeñan en la unidad familiar, para lograr objetivos psico-biológicos, culturales y económicos<sup>22</sup>.

Las tareas y/o actividades familiares se pueden ver alteradas por el consumo de sustancias psicoactivas (drogas), tanto legales como ilegales.

Una definición clásica dada por la Organización Mundial de la Salud puede servir para intentar comprender qué son dichas sustancias.

La OMS dice que: *“Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.”*<sup>23</sup>

Los primeros años de vida de un niño son fundamentales para lograr un adecuado desarrollo físico y psicológico, siendo estos los aspectos fundamentales en el desarrollo de un país.

Los lactantes son incapaces de sobrevivir por sí mismo y por ello dependen de los cuidados y atenciones que le proporcionan sus padres, o quienes los sustituyan en esta tarea. Por ello puede ser relevante que éstas personas deban tener un mínimo nivel de educación, dado que de esta forma pueden llegar a tener un mejor manejo de la información que se les brinde. *“El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.”*<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> Manual para la Intervención en Salud Familiar- Isabel Louro Bernal... (otros). La Habana Ed. Ciencias Medicas 2002.

<sup>22</sup> Documento de Psicología: - [www.mercawidget.wordpress.com/2008/02/23](http://www.mercawidget.wordpress.com/2008/02/23), consultado el 17/08/12, hora 10am.

<sup>23</sup> Disponible en [www.oocities.org/marcelah\\_arg/qdroga.pdf](http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf) consultada el 17/09/2013, hora 19.

<sup>24</sup> Disponible en [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_0/tema\\_303/elem\\_2376/definicion.html#axzz2fmD0mWxT](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html#axzz2fmD0mWxT) consultada el 23/09/13 hora 23.

Otro factor no menos importante, y que deben llevar a cabo los miembros de la familia y/o responsables de los lactantes, es la conservación, lavado y preparación de los alimentos, así como, la higiene de los distintos utensilios que se utilizan tanto para la elaboración como para el consumo de éstos. Para ello es de suma importancia contar con servicios básicos que son las obras de infraestructuras necesarias, en un barrio o ciudad, para una vida saludable. Entre ellos podemos mencionar: la correcta eliminación de excretas y desechos, agua potable y luz eléctrica.

*“El acceso a los servicios básicos que hacen posible tener vivienda digna para la población, es otro indicador de las condiciones favorables en el bienestar social y por tanto en el nivel relativo de desarrollo, el hecho que las coberturas en servicios de agua potable, drenaje sanitario y energía eléctrica se vean incrementadas a favor de una mayor población reduciendo así las disparidades sociales, sugieren un mejor nivel de desarrollo al reducir en este mismo sentido las enfermedades y aumentar la calidad de vida que finalmente significa acumulación de capital humano.”<sup>25</sup>*

Continuando con los conceptos utilizados respecto a la temática del presente trabajo se debe hacer referencia al Sistema Nacional Integrado de Salud. Desde el año 2008 Uruguay comenzó a transitar por una reforma en la atención primaria de salud.

Se propone *“Universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema”<sup>26</sup>.*

En nuestro país la Atención en Salud está dividida en tres grandes niveles: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención, es una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población.

La complejidad se ha definido teniendo en cuenta los problemas y la posibilidad de resolución de los mismos, pero sobre todo teniendo presente la disponibilidad y calificación de los recursos humanos, la disponibilidad de los recursos materiales y financieros, la tecnología avanzada y la calidad.

---

<sup>25</sup> Disponible en <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/uca/Servicios%20Basicos.htm> consultada el 17/09/2013, a las 20hs.

<sup>26</sup> Sistema Nacional Integrado de Salud, disponible en [www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf](http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf). consultado el 17/08/12, hora 17.

Primer nivel de atención: es aquel que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de atención: cubre el 80% de la población de nuestro país.

Se define como la *“organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población”*.

En este nivel hay condiciones más favorables para la aplicación de una atención más personalizada, humanizada, integradora, de calidad y continuas actividades de promoción, protección y restauración de la salud, tanto a nivel individual como colectivo.

#### Funciones del primer nivel de salud.

- \* Creación y protección de entornos saludables.
- \* Fomento de estilos de vida saludables.
- \* Prevención de riesgos y daños.
- \* Recuperación de la salud.

Se hará hincapié en Atención Primaria en Salud, (ubicada dentro del Primer Nivel de Atención), debido a que la investigación se desarrolló en este ámbito.

En la conferencia de *Alma Ata*, realizada en Kazajistán del 6 al 12 de setiembre del año 1978, se declara que, (entre otros diez puntos), APS es *“la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptadas, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación”*.

Declara que la salud *“es un derecho humano fundamental, que las desigualdades en salud entre y dentro de los países son política, social y económicamente inaceptables”*<sup>27</sup>

La APS está dirigida hacia la resolución de necesidades y problemas de salud de cada comunidad, que se abordan según las actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como también potenciando la autorresponsabilidad y la participación continua.

---

<sup>27</sup> Conferencia Alma-Alta (1978).

Es pertinente hacer referencia a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, y que los 191 Estados Miembros acordaron alcanzar para 2015.

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre del año 2000 en la ciudad de Nueva York, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los ODM de esa Declaración, tienen metas e indicadores específicos.

El objetivo y meta mencionados a continuación son los que guardan relación directa con el trabajo en estudio.

*“Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.*

*Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.*

*Indicadores:*

*13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.*

*14. Tasa de mortalidad infantil.*

*15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión”<sup>28</sup>.*

El **Programa Nacional de Salud de la Niñez** que trabaja a través de sus “*Líneas Estratégicas*” desde el sector salud, siendo las principales:

- \* Fortalecer la cobertura de salud en las áreas priorizadas en función del riesgo social y sanitario, con énfasis en la población infantil-adolescente.
- \* Obtener un diagnóstico precoz de enfermedades y asegurar una adecuada información epidemiológica y colectivización de la información relevada.

### Propósito del Programa

Contribuir al desarrollo ciudadano del país desde el cuidado adecuado de la salud de la infancia.

### Objetivo General del Programa

---

<sup>28</sup> Disponible en [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/es/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html) consultada el 21/07/12, 18:30hs.

Lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población Infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de salud aplicando una estrategia de APS, coordinadas con otros efectores, con perspectiva de derechos, género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población.

#### Objetivos Específicos del Programa.

- \* Realizar un diagnóstico integral interdisciplinario de la situación de salud de niños/as y adolescentes en su entorno familiar y comunitario, en ámbitos territoriales específicos.
- \* Brindar acciones de control en salud a niños/as desde el nacimiento hasta los 14 años:
  - Control del niño/a de 0 a 36 meses
  - Control del niño/a de 2 a 4 años
  - Control del niño/a de 5 a 9 años
  - Control del niño/a de 10 a 14 años
- \* Brindar consulta por patología de forma oportuna.
- \* Contribuir al análisis de las causas de muerte en menores de 15 años a través de la creación e implementación de los Comités de Auditoría de muerte.
- \* Desarrollar un Programa de evaluación de la calidad de atención y de satisfacción de usuarios.

Los controles de los niños hasta los 36 meses son seguidos por el Plan Aduana(ver segundo anexo) <sup>29</sup>.

#### **Objetivos de la estrategia AIEPI**

- \* Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente las ocasionadas por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales (enfermedades estas que estadísticamente que tienen el mayor índice de mortalidad infantil), así como también otras enfermedades prevenibles por vacunas que afectan esta población vulnerable.

---

<sup>29</sup> Disponible en [http://www.suis.org.uy/pdf/programa\\_aduana.pdf](http://www.suis.org.uy/pdf/programa_aduana.pdf) consultado el 26/6/12 hora 15.

- \* Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria, además de los trastornos nutricionales.
- \* Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el hogar.
- \* Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.
- \* Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los niños menores de 5 años y la protección del ambiente.<sup>30</sup>

Siguiendo con los conceptos que se involucran en la temática se hará referencia a la mortalidad infantil en el Uruguay

En el primer mes de vida, la mortalidad infantil se vincula fundamentalmente con las enfermedades perinatales haciendo referencia principalmente al control del embarazo, al parto y a eventos relacionados con el nacimiento.

Después del primer mes de vida prevalecen las patologías infecciosas, malformaciones y procesos respiratorios entre otros (teniendo gran importancia en éstos las condiciones socio-económicas).

Uruguay ha presentado una tendencia descendente en su tasa de mortalidad infantil, teniendo en cuenta que el país estableció dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio lograr una tasa de mortalidad infantil de 6,9 % para el año 2015.

En el año 2004 alcanzo valores de 13,2%, llegando al año 2011 con una tasa de mortalidad del 8,9%.

Dentro de las principales causas de muerte en niños menores de un año encontramos: 27% por causas Perinatales, 24% por signos y síntomas mal definidos, 21% por malformaciones congénitas y 28 % por otras causas. En cuanto

---

<sup>30</sup> Consultado en [http://new.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&task=view&id=909&Itemid=607](http://new.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=607) . extraído el 020/7/12, 21:15hs.

a las principales causas de muerte neonatales encontramos: 44% causas perinatales, 21 % malformaciones congénitas, 12 % causas desconocidas, 23 % otras causas. Fuente de datos: Unidad información en Salud MSP.

Es de conocimiento que las desigualdades sociales y económicas afectan la salud de los niños y principalmente en su primer año de vida. Por lo que la tasa de mortalidad infantil es un indicador que simplifica información acerca de la calidad de la infraestructura sanitaria, el proceso reproductivo y las condiciones ambientales, sociales, laborales y económicas del país, es por tal motivo que se vincula estrechamente con los niveles de pobreza y de la atención sanitaria.

También puede destacarse que con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, las acciones que fueron llevadas a cabo por el MSP y las de otros organismos del estado incidieron en la reducción de la mortalidad infantil.

El MSP en el marco de la reforma sanitaria definió entre sus prioridades la atención del embarazo y el control del recién nacido y del niño/a en su primer año de vida. Para esto se establecieron una serie estrategias que contribuyeron al logro de las actuales cifras de mortalidad infantil, de las cuales se destacan:

- Ampliación de la cobertura con incorporación al SNIS de todos los hijos.
- Implementación de metas asistenciales, para captación precoz de la embarazada, control del embarazo, parto, puerperio y la atención del niño.
- Universalización del Programa Aduana a los Prestadores Integrales del SNIS (públicos y privados).
- Incorporación de nuevas vacunas al Esquema de Vacunación (Hepatitis A, Antineumococcica Heptavalente y la vacuna Trecevalente).
- Implementación del Protocolo de Atención y seguimiento del recién nacido de muy bajo peso al nacer.
- Bancos de leche materna.

Según datos obtenido del Informe Técnico sobre mortalidad infantil 2011 realizado por el MSP el día 29/06/2012 la tasa de mortalidad infantil de nuestro país se encuentra entre las más bajas de la región (8.9%). En América del Sur según OPS/OMS solo Chile posee una tasa inferior a la nuestra con un 7,9%.

El periodo biológico de la primera infancia es el más importante pues es el que va a condicionar el resto de la vida de un ser humano, y es en este momento cuando se producen los mayores cambios en lo que se refiere a crecimiento y desarrollo.

Se entiende por crecimiento como *“el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular.”*

El desarrollo es *“el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.”*

Dentro de los factores que regulan el crecimiento podemos encontrar: factores nutricionales, socioeconómicos, emocionales, genéticos y neuroendócrinos.

Respecto del crecimiento del niño podemos decir que los períodos de mayor riesgo son: el período prenatal, el primer año de vida y la adolescencia.

En este sentido podemos encontrar alteraciones frecuentes del Crecimiento y Desarrollo y es en este momento que Profesionales de la Salud y Padres deben trabajar en conjunto para subsanar y evitar mayores complicaciones posteriores.

Por ello ante un niño con problemas en el crecimiento y desarrollo es conveniente seguir un esquema de análisis que permita comprender las alteraciones que presenta ese proceso. De comienzo post natal dentro de esta categoría se diferencian<sup>31</sup>:

**A. Desnutrición:** es el problema más frecuente en nuestra región y es por lo tanto una de las causas más importantes del retraso del crecimiento. La falta de aporte alimentario debida a la escases de recursos económicos, así como también la falla en la distribución intrafamiliar, son los determinantes de la desnutrición primaria a los que se asocia otra serie de factores como marginación social, vivienda precaria, hacinamiento, malas condiciones de higiene, falta de educación, alto número de hijos, entre otros.

La desnutrición postnatal en su momento de aparición en la gran mayoría tiene que ver con el abandono de la lactancia materna.

Los niños que padecen desnutrición crónica durante los primeros años de

---

<sup>31</sup> Dr M, Cusminsky, Dr. H. Lejarraga, Dr. R. Mercer, Dr. M. Martell, Dr. R. Fescina "manual de crecimiento y desarrollo del niño" Editorial Organización Panamericana de la Salud Washington DC 1986.

vida presentan dificultades en el proceso de aprendizaje en la edad escolar, retardo del crecimiento y cambios en la conducta tales como falta de sonrisa, llanto débil, disminución de la actividad física, ausencia de comunicación con el medio, en muchos casos los padres toman estas características como normales del niño y en realidad es una característica de adaptación del niño al medio y a la escases de alimentos.

- B.** Depravación psico-social causa frecuente en el retardo del crecimiento. El ser humano necesita afectos desde los primeros momentos de vida a través de un vínculo regular con una misma persona, el niño se comunica con el ambiente y debe de recibir estímulos necesarios para su desarrollo.
- C.** Diarrea aguda: es la enfermedad infecciosa que con mayor frecuencia afecta el crecimiento por deterioro del estado nutricional.

La diarrea contribuye a la desnutrición a través de la disminución de ingestión de alimentos por la anorexia, disminución de la digestión y absorción de alimentos por la disminución de enzimas digestivas y aumento del tránsito intestinal, aumento del catabolismo de las reservas debido a la fiebre y a la disminución de aportes alimentarios. Cuando los cuadros diarreicos son frecuentes no permiten un crecimiento compensatorio y a su vez se complican con otras infecciones que si no son tratadas a tiempo pueden producir la muerte del niño.

- D.** Parasitosis. Los parásitos comprometen el estado nutricional del niño/a través de varios mecanismos: compitiendo con el individuo por sus propios nutrientes, impidiendo la absorción intestinal, despojando los reservorios hemáticos a través de la pérdida crónica de sangre por vía intestinal.

Las enfermedades parasitarias contribuyen a demostrar como el medio influye sobre el estado de salud del niño.

- E.** Infecciones respiratorias: si son infecciones agudas pueden estancar el crecimiento o reducir el peso del niño, en general duran poco tiempo como para afectar el crecimiento del niño. Sin embargo si las infecciones respiratorias son frecuentes y se asocian también a un niño desnutrido pueden afectar el crecimiento tanto en peso como en talla.

Nutrición: *“Ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud<sup>32</sup>.”*

---

<sup>32</sup> Disponible en <http://www.who.int/topics/nutrition/es/> consultado el 22/5/2012, hora 23:30

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad<sup>33</sup>.

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 24 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos<sup>34</sup>.

En casos donde la lactancia materna deba ser interrumpida o complementada, existen gran variedad de formulas diseñadas para suplir las necesidades nutricionales para niños menores a un año. Dichas leches varían en nutrientes, número de calorías, sabor, capacidad para ser digerida y costo.

Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios cuando el niño cumple los 6 meses o si son insuficientes, su crecimiento puede verse afectado<sup>35</sup>.

Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.

---

<sup>33</sup> Disponible en <http://www.who.int/topics/nutrition/es/> consultado el 22/5/2012, hora 23:30

<sup>34</sup> Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html> consultado el 27/6/12 hora

<sup>35</sup> Farmanuario Guía Farmaco-Terapeutica 2009

Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual). Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.

Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo, aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos. Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 24 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.

Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes, utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario. Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos<sup>36</sup>.

EDAD	ALIMENTOS RECOMENDADOS	CANTIDAD Y FRECUENCIA
6-8 Meses	Puré de: Verduras cocidas (papas, boniato, zapallo, zanahoria, etc.) +1cda de carne molida, raspada, rallada o picada (pollo, vaca, hígado) + 1cdta de aceite vegetal crudo. O Papilla de: Cereales (arroz, polenta, sémola o fideos) +1cda de carne molida,	¾ a 1 taza diariamente como almuerzo

<sup>36</sup> Farmanuario Guía Farmaco-Terapeutica 2009.

	<p>raspada, rallada o picada (pollo, vaca, hígado) + 1cdta de aceite vegetal crudo.</p> <p>Y</p> <p>Puré de fruta molida, rallada o raspada</p>	<p>½ a 1 fruta mediana diariamente como postre</p>
9-11 Meses	<p>Además de todo lo anterior incorporado:</p> <p>Leguminosas (porotos, lentejas, garbanzos) pasadas por cedazo o tamizadas comenzando por 1 a 2 cdas hasta ¾ tazas.</p> <p>Huevo de gallina entero, bien cocido.</p> <p>Pescado 1 cda.</p>	<p>Almuerzo y Cena</p> <p>1 vez por semana, agregado a la papilla o al puré reemplazando a las carnes de todo tipo y el huevo</p> <p>1 unidad agregado al puré o la papilla sino usa carnes pescado o leguminosas.</p> <p>1 vez por semana sino usa carnes ,pescado o leguminosas</p>
12-24 Meses	<p>El niño recibirá la misma alimentación que la familia, en preparaciones sencillas.</p>	<p>4 comidas: Desayuno, almuerzo, merienda y cena.</p>

**Diseño Metodológico.**

**Tipo de estudio:** el presente trabajo es de carácter descriptivo de corte transversal.

**Área geográfica:** Departamento de Montevideo, zona urbana, Centro de Salud del Cerro.

**Área de estudio:** alimentación en lactantes.

**Universo:** 1700 lactantes derivados del Hospital Pereira Rossell para ser asistidos en el Centro de Salud del Cerro durante el período comprendido entre el mes de marzo del año 2011 a marzo del año 2013, incluyendo así todos los lactantes de 0 a 24 meses.

**Muestra:** Lactantes derivados del Centro Hospitalario Pereira Rossell con edades comprendidas entre 0 a 24 meses que asistieron a la consulta de Pediatría del Centro de Salud del Cerro, en el periodo comprendido entre el 15 de abril y el 31 de mayo del año 2013. La muestra del estudio se conformó por 170 lactantes.

**Tipo de Muestreo:** no probabilístico, accidentales o por conveniencia.

**Criterios de inclusión:**

Todos los lactantes de 0 a 24 meses siempre usar el mismo criterio que consultaron en Pediatría a partir del 15 de abril hasta el 31 de mayo del año 2013 en Centro de Salud del Cerro.

### **Definición de las Variables.**

\* **VARIABLE N°1: Sexo.**

**Definición Conceptual:** Característica Biológica, (Caracteres Primarios) que distinguen al hombre de la mujer.

**Definición operacional o Categorías que asume la variable:** Masculino y Femenino.

**Escala:** Cualitativa nominal.

**\* VARIABLE N°2: Edad de los lactantes en meses.**

**Definición Conceptual:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento del niño hasta el momento de la consulta.

**Definición Operacional:** 0 - 6 meses.

7 – 12 meses.

13 – 18 meses.

19 - 24 meses.

**Escala:** Cuantitativa continua de intervalo.

**\* VARIABLE N°3: Edad Gestacional al nacer.**

**Definición conceptual:** Duración del embarazo calculada en semanas desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento del niño.

**Definición operacional:** 24-30 semanas.

31-35 semanas.

36-37 semanas.

≥ 38 semanas.

**Escala:** Cuantitativa continua de intervalo.

**\* VARIABLE N°4: Percentiles.**

**Definición Conceptual:** Medida que muestra cómo se encuentra un niño respecto a otro en un grupo etario determinado (0 a 24 meses). Las curvas de los Percentiles describen la normalidad de la población.

**Definición Operacional:** P3, P15, P50, P85, P97, (para Peso, Longitud y Perímetro Cefálico según la Edad).

**Escala:** Cuantitativa discreta de razón.

**\* VARIABLE N°5: Presencia de Patologías Crónicas.**

**Definición Conceptual:** Enfermedad de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse o no ocurrirá nunca.

**Definición Operacional:** Si o No.

**Escala:** cualitativa nominal.

\* **VARIABLE N°6: Presencia de Patologías Agudas.**

**Definición Conceptual:** Proceso de súbita aparición y rápida evolución en donde la causa casi siempre son factores externos.

**Definición Operacional:** Si o No

**Escala:** cualitativa nominal.

\* **VARIABLE N°7: Edad en meses de Inicio de la Alimentación Complementaria.**

**Definición Conceptual:** Inicio de la Alimentación complementaria se refiere a todo alimento, complemento a la alimentación por PD ó Leche materna ordeñada que en la segunda etapa de la lactancia ayuda a cubrir las necesidades nutricionales del RN.

**Definición Operacional:** ≤ 4 meses.

5-6 meses.

≥7 meses.

**Escala:** cuantitativa continua de intervalo.

\* **VARIABLE N°8: Tipo de Alimentación actual.**

**Definición Conceptual:** Sustancia sólida o líquida que ingiere actualmente.

**Definición Operacional:** PDE.

PD + Complemento.

Complemento.

PD + Alimento sólido.

Complemento + alimento sólido.

LV + Alimento sólido.

Solo leche de vaca.

Solo Alimento.

**Escala:** cualitativa nominal.

\* **VARIABLE N°9: Tipo de Familia.**

**Definición Conceptual:** miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y/o matrimonio.

**Definición Operacional:** Familia Mono-Parental.

Familia Nuclear.  
Familia Extensa.  
Familia Compuesta.

**Escala:** Cualitativa Nominal.

\* **VARIABLE N°10: N° de Hermanos.**

**Definición Conceptual:** Personas nacidas de los mismos padres, o solamente del mismo padre o de la misma madre.

**Definición Operacional:** 0 - 2,  
3 - 5  
≥6.

**Escala:** cuantitativa discreta de intervalo.

\* **VARIABLE N°11: Edad de padre/madre o tutor.**

**Definición Conceptual:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de cada padre madre o tutor hasta la actualidad medida en años.

**Definición Operacional:** 13-20 años.  
21-40 años.  
Mayor de 40 años de edad.

**Escala:** cuantitativa continua de intervalo.

\* **VARIABLE N°12: Nivel de Instrucción de padre / madre o tutor.**

**Definición Conceptual:** Grado más elevado de estudios aprobados de padre/madre o tutor.

**Definición Operacional:** Primaria incompleta.  
Primaria completa  
Ciclo básico.  
Bachiller.  
Terciaria.  
UTU.

**Escala:** cualitativa ordinal.

\* **VARIABLE N°13: Ocupación de padre/madre o tutor.**

**Definición Conceptual:** trabajo por el cual recibe una remuneración.

**Definición Operacional:** Empleo estable.  
Zafra.  
Jornalero.  
Desempleado.

**Escala:** cualitativa nominal.

\* **VARIABLE N°14: Consumo de Sustancias Psicoactivas de padre/madre o tutor.**

\* **Definición Conceptual:** Consumo de Sustancias por parte de padre/madre o tutor que alteran las emociones y percepciones del sujeto que las consume.

**Definición Operacional:** consume o no consume.

**Escala:** cualitativa nominal.

\* **VARIABLE N°15: Servicios básicos.**

**Definición Conceptual:** Son las obras de infraestructuras necesarias, en un barrio o ciudad, para una vida saludable.

**Definición operacional:** Luz eléctrica.  
Agua potable.  
Saneamiento.

**Escala:** cualitativa nominal.

## **Recolección de Datos.**

En primera instancia se elaboró un instrumento de recolección de datos con las variables definidas anteriormente.

Se realizó una carta dirigida a la dirección de la RAP solicitando la autorización para poder realizar la investigación en el Centro de Salud del Cerro.

Habiéndose obtenido la autorización por parte de la RAP se concurrió al Centro de Salud del Cerro y se habló con las autoridades correspondientes.

Se solicitaron las historias clínicas para comenzar a recabar los datos, y al ver que las mismas no contaban con los registros de las variables estudiadas se tuvo que modificar la manera de recolectar los datos, planteándose como estrategia la consulta de enfermería cuando los niños concurrieran al control o consulta pediátrica. Así mismo desestimamos la variable características de la vivienda dado que los datos obtenidos en la entrevista no eran suficientes para considerar la vivienda como un factor amenazante en la salud del lactante, ya que para ello hubiera sido necesario una visita domiciliaria.

Se efectuó la recolección de datos de la forma anteriormente mencionada alternando la asistencia en el centro de salud en los horarios de la mañana y tarde desde el 15 de abril al 31 de mayo.

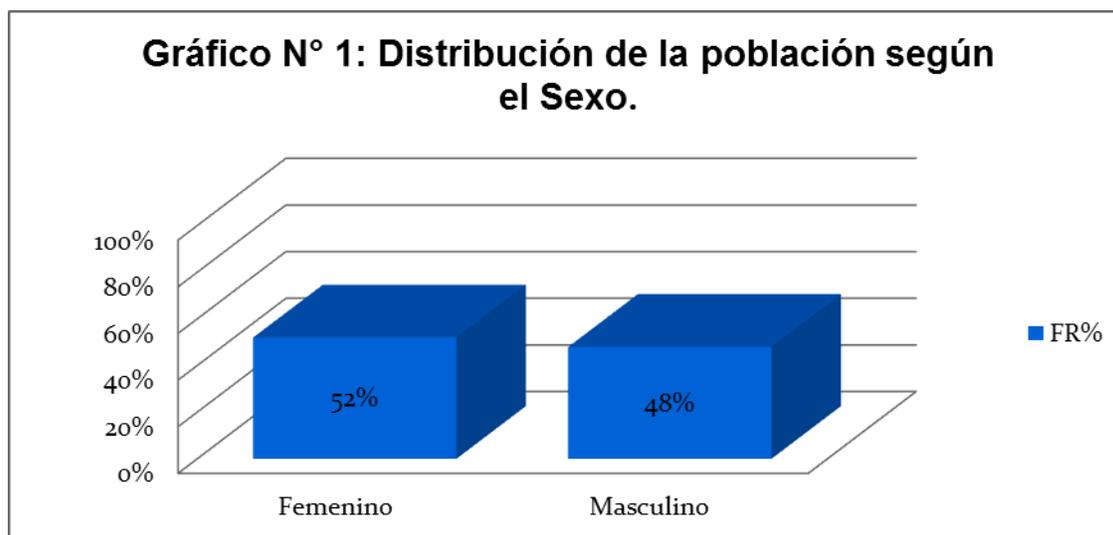
## **Resultados.**

## Variable N°1: Sexo.

**Tabla N°1: Distribución de la población según el Sexo.**

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

<i>Sexo</i>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Femenino</b>	89	52
<b>Masculino</b>	81	48
<b>N=</b>	170	100%



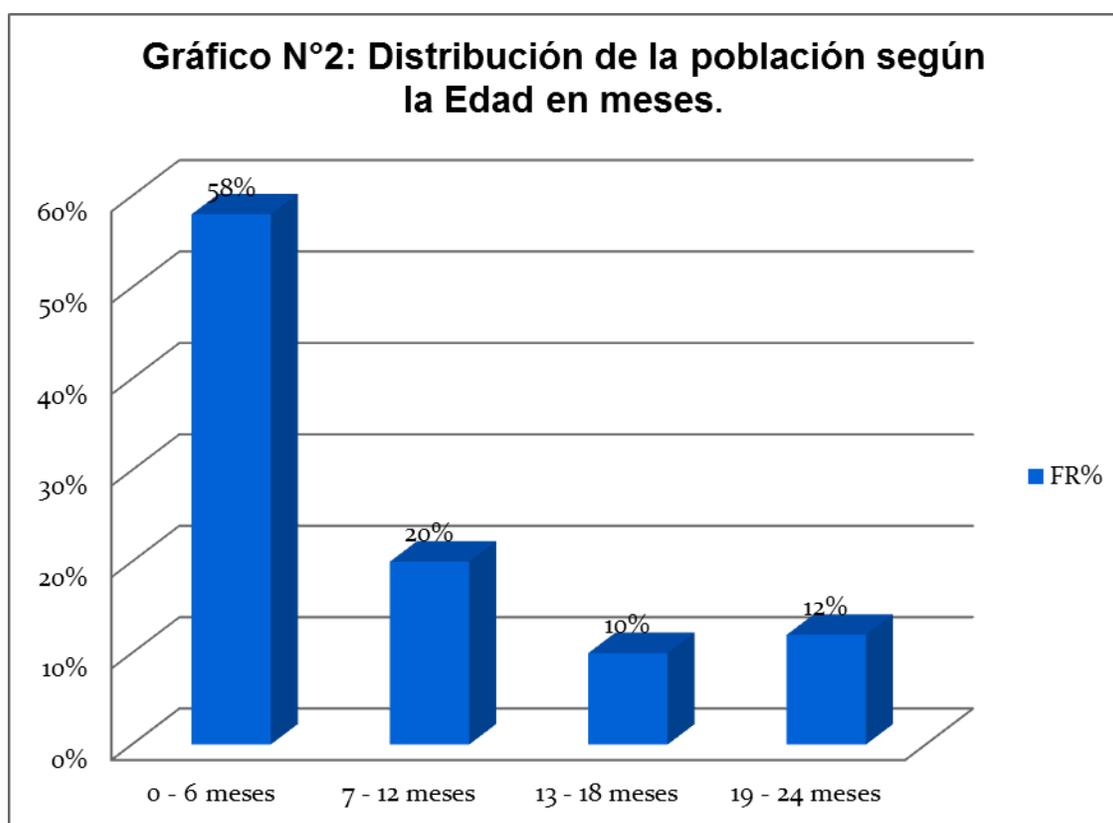
COMENTARIO: Como puede apreciarse en la distribución de la población en cuanto al sexo predomina el sexo femenino (52%) con un pequeño porcentaje por encima del sexo masculino (48%).

## Variable N°2: Edad de los lactantes en meses.

**Tabla N°2: Distribución de la población según la Edad en meses.**

<i>Edad (en meses)</i>	FA	FR%
<b>0-6 meses</b>	98	58
<b>7-12 meses</b>	34	20
<b>13-18 meses</b>	18	10
<b>19-24 meses</b>	20	12
<b>N</b>	<b>170</b>	<b>100%</b>

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



COMENTARIO: el grupo etario predominante de la población en estudio fue de 0 a 6 meses de edad con 58% del total.

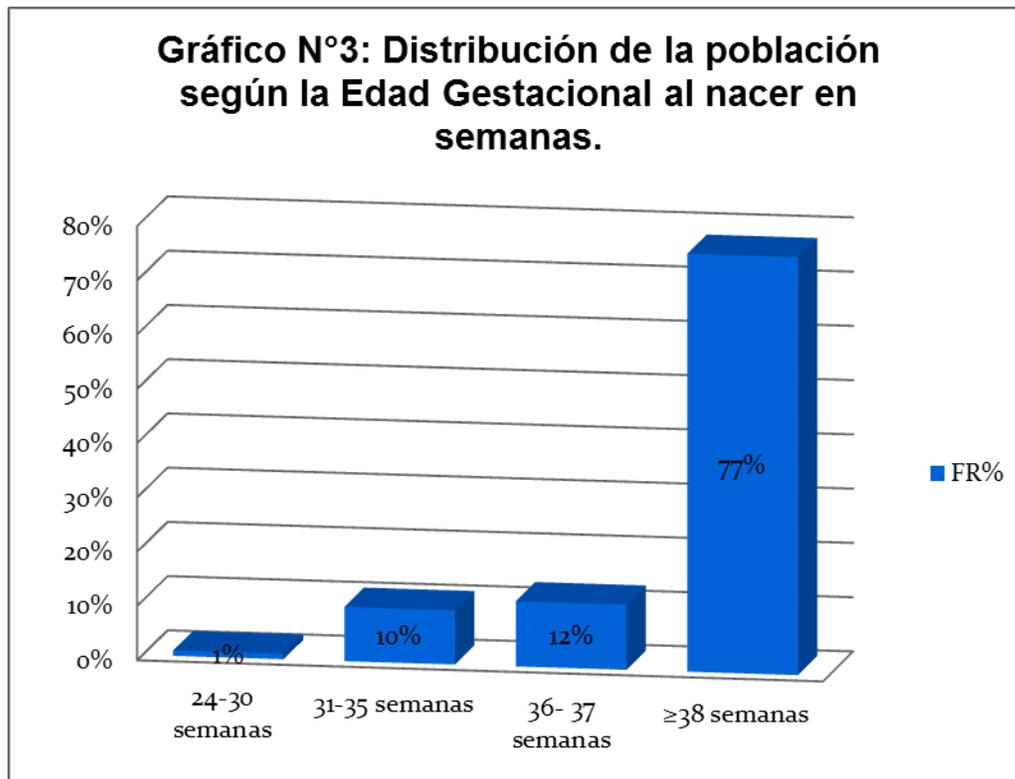
**Variable N°3: Edad Gestacional en semanas al nacer.**

**Tabla N°3: Distribución de la población según la Edad Gestacional al nacer en semanas.**

<i>Edad Gestacional al nacer</i>	FA	FR%
<b>24-30 semanas</b>	1	1

<b>31-35 semanas</b>	18	10
<b>36 - 37 semanas</b>	20	12
<b>≥38 semanas</b>	131	77
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



COMENTARIO: en referencia a la variable Edad Gestacional se encontró que más de 2 terceras partes de la población fueron recién nacidos de término (77%) y el restantes 23% fueron recién nacidos pre términos.

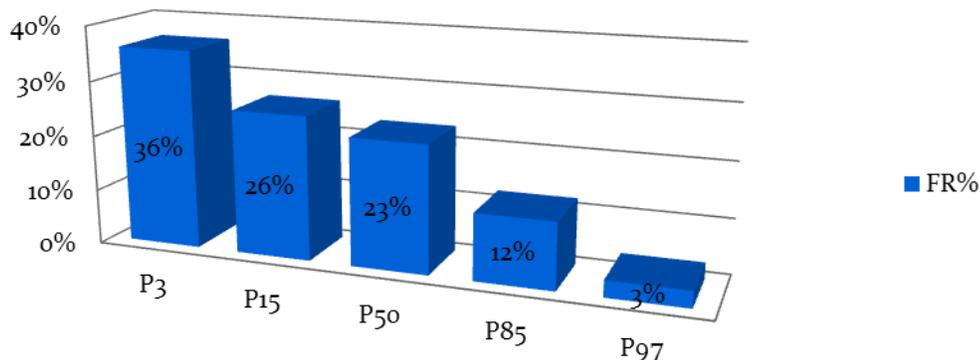
#### Variable N°4: Percentiles.

**Tabla N°4: Distribución de la población según Percentil longitud-edad.**

<i>Percentil Longitud-edad</i>	FA	FR%
<b>P3</b>	62	36
<b>P15</b>	43	26
<b>P50</b>	40	23
<b>P85</b>	20	12
<b>P97</b>	5	3
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°4: Distribución de la población según Percentil longitud-edad.**



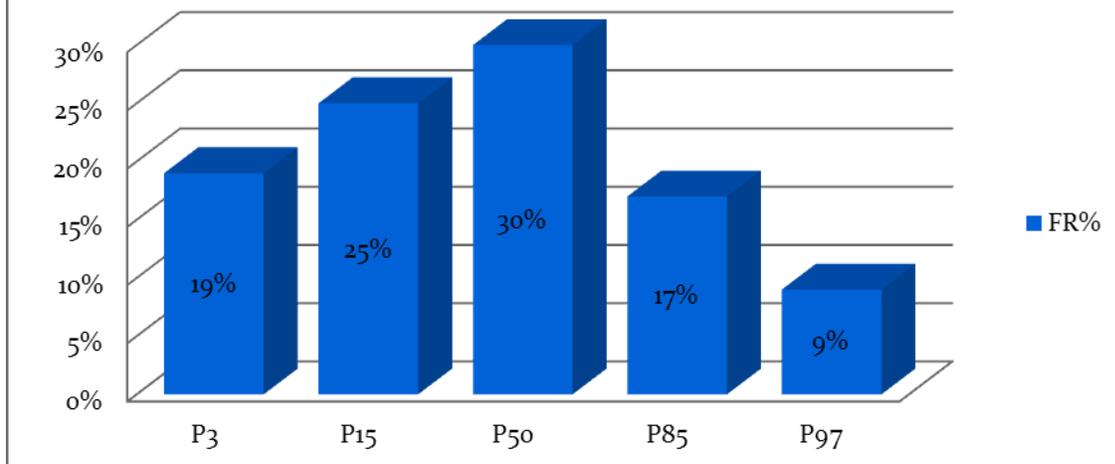
COMENTARIO: puede observarse en el percentil longitud-edad que más de la mitad de la población (62%) se encuentra por debajo del nivel óptimo y solo un 23% se encuentra en el Percentil óptimo P50.

**Tabla N°5: Distribución de la población según Percentil Peso-edad.**

<i>Percentil peso-edad</i>	FA	FR%
<b>P3</b>	32	19
<b>P15</b>	43	25
<b>P50</b>	52	30
<b>P85</b>	29	17
<b>P97</b>	15	9
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°5: Distribución de la población según Percentil Peso-edad.**



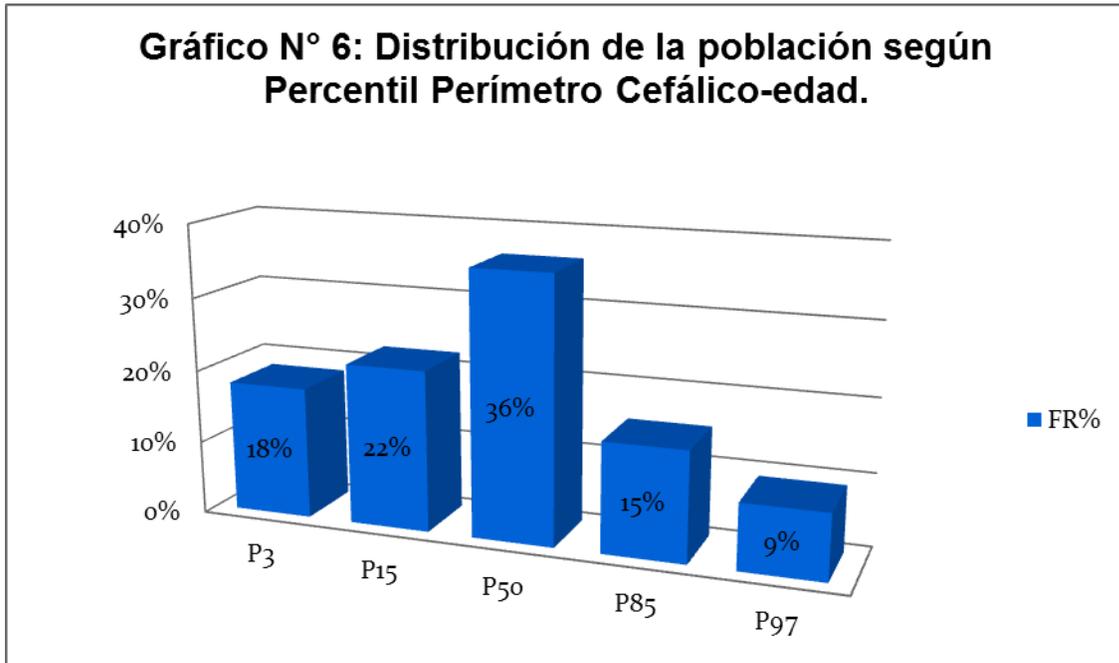
COMENTARIO: Aquí podemos observar a un 44% de la población con percentiles por debajo del percentil óptimo y solo un tercio de la población con Percentiles óptimos, a diferencia del percentil longitud-edad aquí se aprecia un aumento en los percentiles por encima del nivel óptimo en un 26% de la población.

**Tabla N°6: Distribución de la población según Percentil Perímetro Cefálico-edad.**

<i>Percentil Perímetro- cefálico-edad</i>	FA	FR%
<b>P3</b>	30	18
<b>P15</b>	37	22
<b>P50</b>	61	36
<b>P85</b>	26	15
<b>P97</b>	16	9
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N° 6: Distribución de la población según Percentil Perímetro Cefálico-edad.**



COMENTARIO: en referencia al PC-edad en las s puede apreciarse que un 40% se encontraba por debajo del P50, un 36% en el nivel óptimo y un 24% por encima del P50.

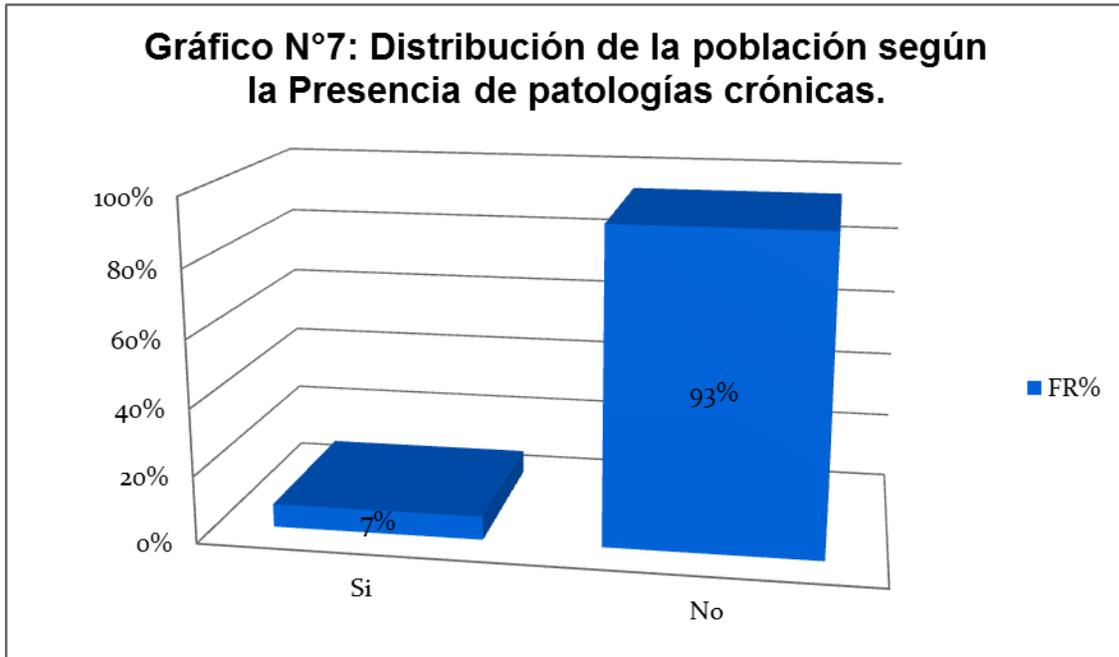
**Variable N°5: Presencia de patologías crónicas.**

**Tabla N°7: Distribución de la población según la Presencia de patologías crónicas.**

<i>Presencia de Patologías Crónicas</i>	FA	FR%
Si	12	7
No	158	93
N	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°7: Distribución de la población según la Presencia de patologías crónicas.**



COMENTARIO: la variable presencia de patologías crónicas mostro que un 7% de la población en estudio presentaba alguna patología crónica, mientras que un 93% de la población no las presentaba.

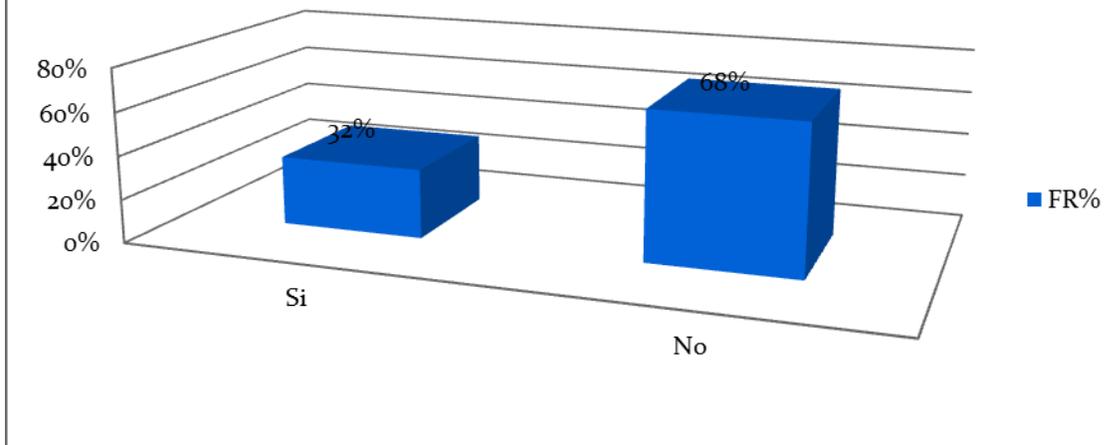
**Variable N°6: Presencia de patologías agudas.**

**Tabla N°8: Distribución de la población según la Presencia de patologías agudas.**

<i>Presencia de Patologías Agudas</i>	FA	FR%
<b>Si</b>	55	32
<b>No</b>	115	68
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°8: Distribución de la población según la Presencia de patologías agudas.**



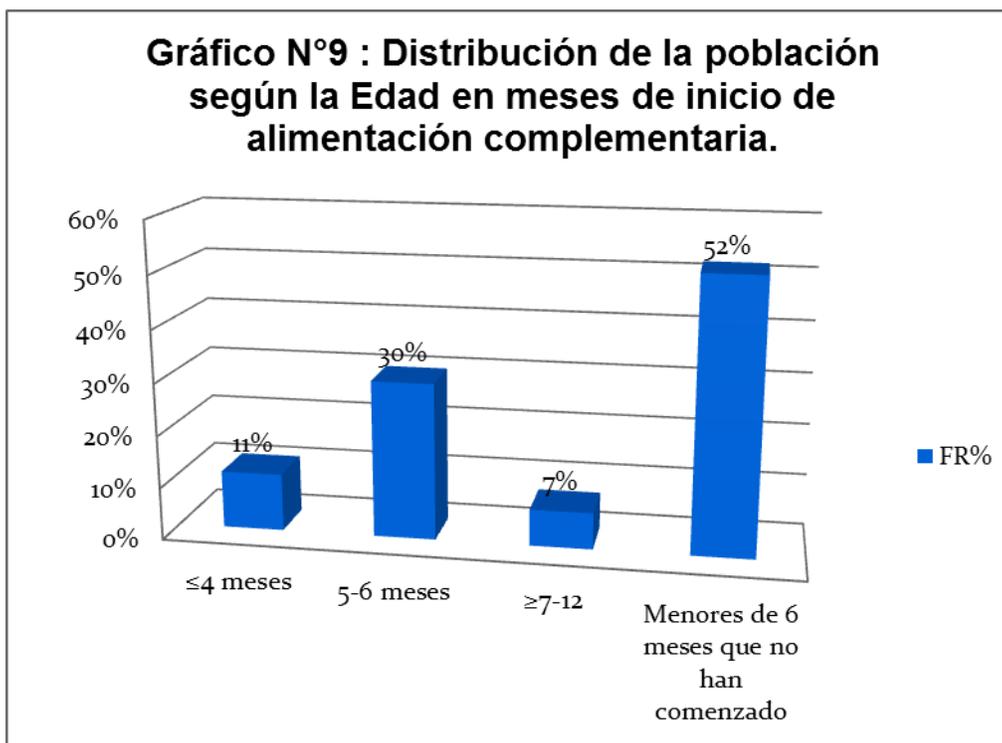
COMENTARIO: en cuanto a la presencia de patologías agudas el 32% de la población desarrollo alguna de éstas, siendo las más comunes las de tipo respiratorias y gastrointestinales.

**Variable N°7: Edad en meses de inicio de alimentación complementaria.**

**Tabla N°9: Distribución de la población según la Edad en meses de inicio de alimentación complementaria.**

<i>Edad en meses de inicio de la Alimentación</i>	FA	FR%
≤4 meses	19	11
5-6 meses	51	30
≥7-12	12	7
<b>Menores de 6 meses que no han comenzado</b>	88	52
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



COMENTARIO: aquí puede verse que un 52% de la población no había comenzado aun con la alimentación complementaria, porcentaje que concuerda con datos anteriores ya que de nuestra población el 58% son menos de 6 meses de edad.

#### Variable N°8: Tipo de alimentación actual.

**Tabla N°10: Distribución de la población según alimentación actual que reciben los actantes.**

<i>Alimentación Actual del lactante.</i>	FA	FR%
<b>PDE</b>	41	24
<b>PD+complemento</b>	33	18
<b>PD + LV</b>	1	1
<b>Complemento</b>	8	5
<b>PD + alimento</b>	35	21
<b>Complemento + alimento</b>	6	4
<b>LV + Alimento</b>	42	25
<b>Solo Alimento.</b>	2	1
<b>Solo LV</b>	2	1
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N 10:  
según aliment**



COMENTARIO: en similares porcentajes se mostro que los niños/as se alimentaban en base a PDE, PD+Alim. Y LV+Alim (24%, 21% y 25% respectivamente).

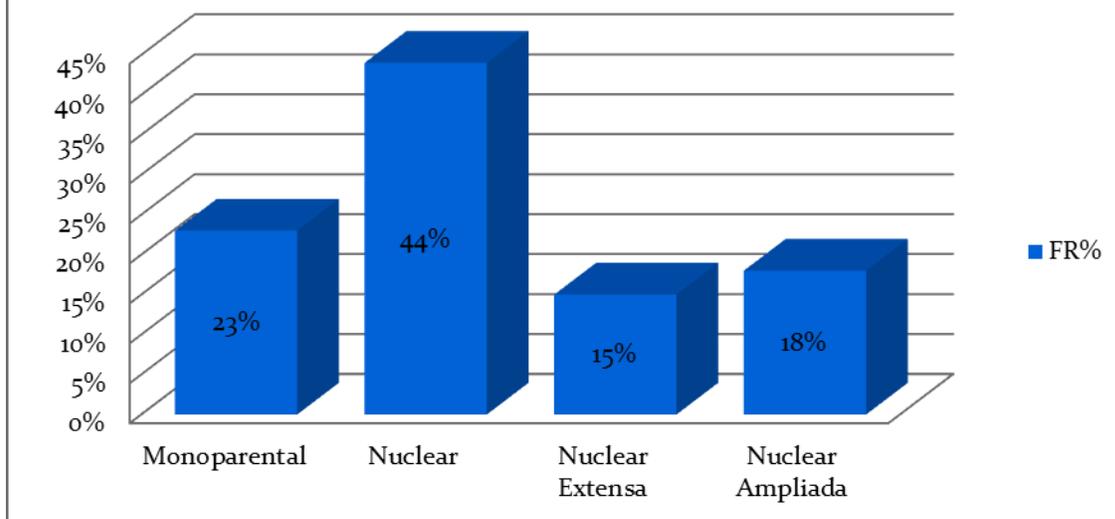
**Variable N°9: Tipo de familia.**

**Tabla N°11: Distribución de la población según el tipo de familia.**

<i>Tipo de Familia</i>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Monoparental</b>	39	23
<b>Nuclear</b>	75	44
<b>Nuclear Extensa</b>	26	15
<b>Nuclear ampliada</b>	30	18
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°11: Distribución de la población según el tipo de familia.**



COMENTARIO: en referencia a la variable tipo de familia se encontró que casi la mitad de la población eran tipos de familia Nuclear con un 44% del total.

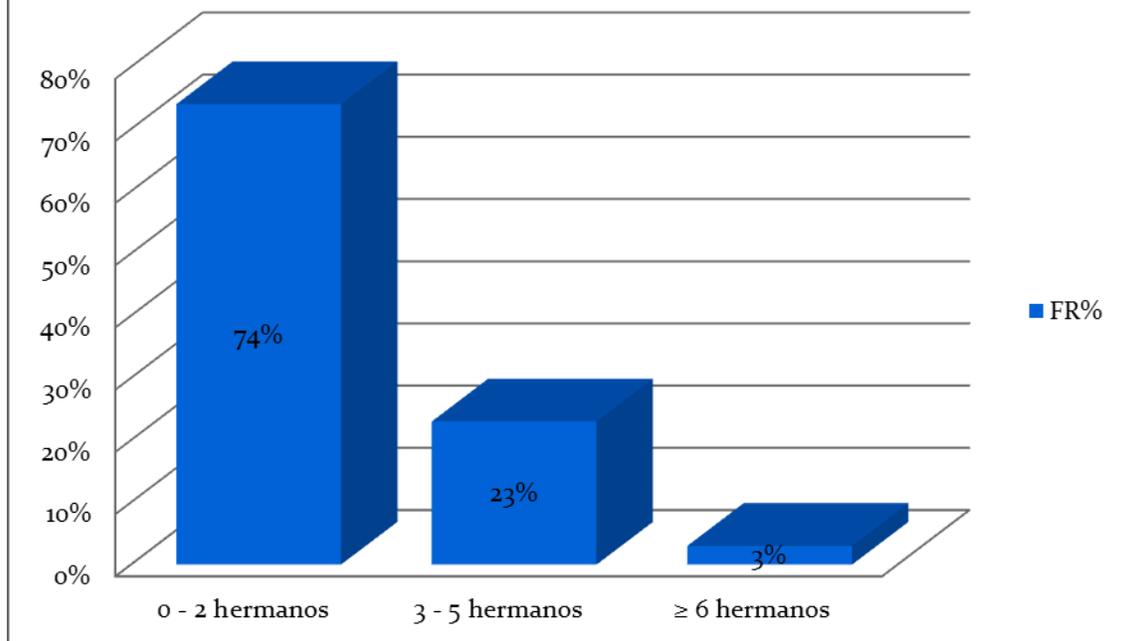
**Variable N°10: N° de hermanos.**

**Tabla N°12: Distribución de la población según n° de hermanos.**

<i>Numero de Hermanos</i>	FA	FR%
<b>0-2 hermanos</b>	125	74
<b>3-5 hermanos</b>	39	23
<b>≥ 6 hermanos</b>	6	3
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°12: Distribución de la población según número de hermanos.**



COMENTARIO: para la variable N° de hermanos pudo verse que tres cuartas partes de la población en estudio no tenían hermanos o tenían entre 1-2 hermanos.

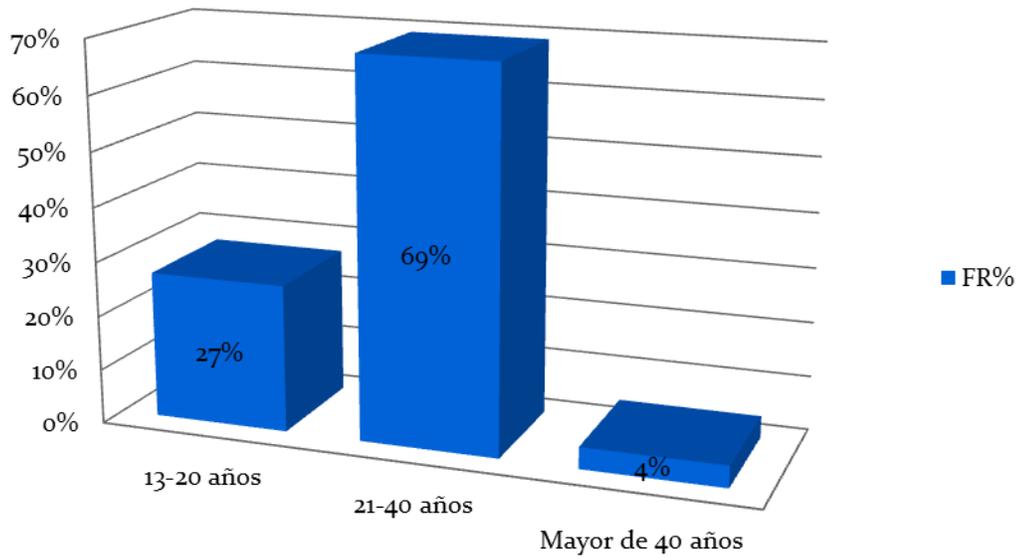
**Variable N°11: Edad de los padres.**

**Tabla N°13: Distribución de la población según edad de la madre.**

<i>Edad de la Madre</i>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>13-20 años</b>	45	27
<b>21-40 años</b>	117	69
<b>Mayor de 40 años</b>	8	4
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°13: Distribución de la población según edad de la madre.**

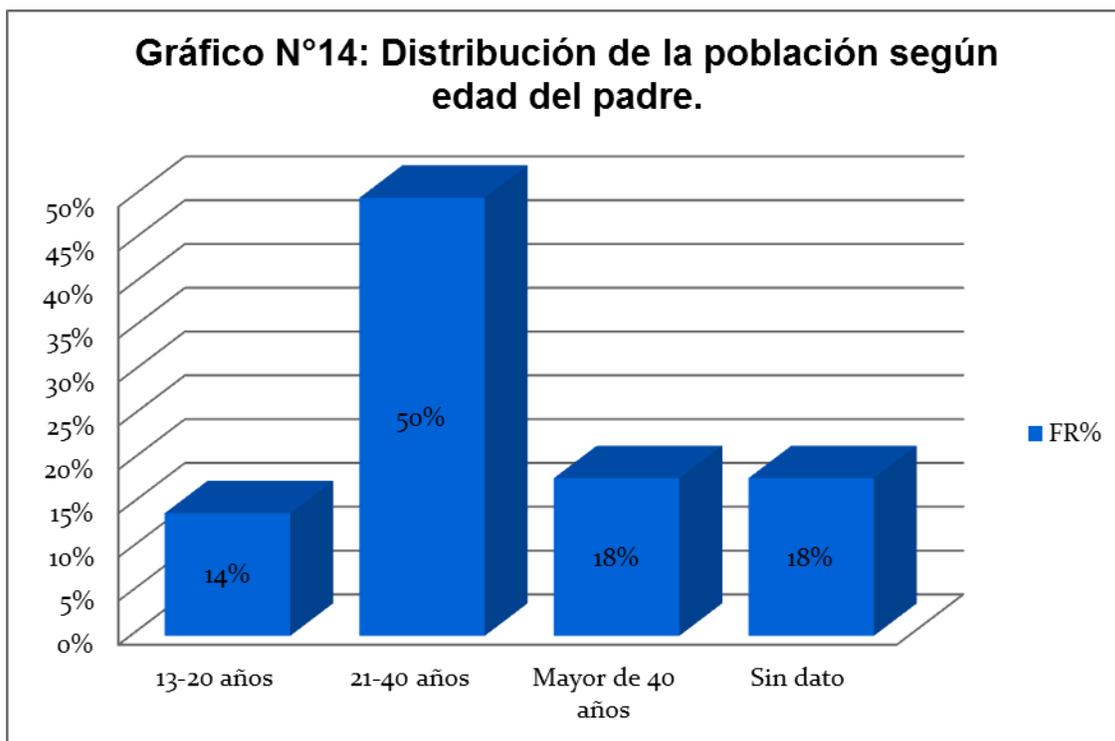


COMENTARIO: casi el 70% de las madres tenían edades comprendidas entre 21-40 años de edad.

**Tabla N°14: Distribución de la población según edad del padre.**

<i>Edad del Padre</i>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>13-20 años</b>	23	14
<b>21-40 años</b>	86	50
<b>Mayor de 40 años</b>	31	18
<b>Sin datos</b>	30	18
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



COMENTARIO: haciendo referencia a la edad de los padres también se asemeja a la de las madres, con un 61% con edades comprendidas entre 21-40 años de edad.

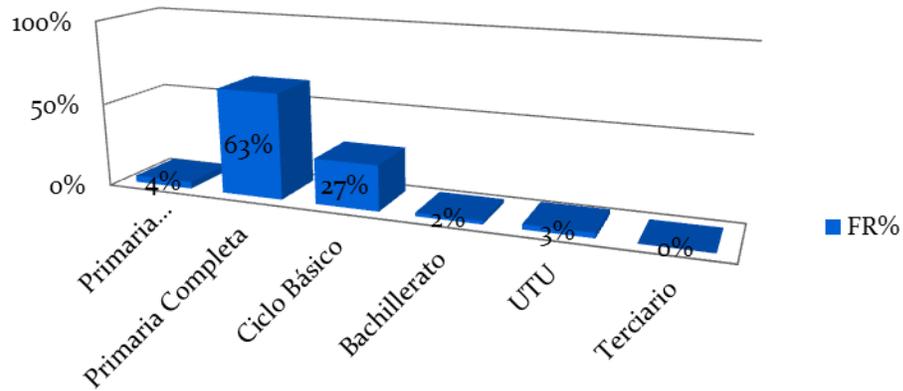
**Variable N°12 Nivel de Instrucción de los padres.**

**Tabla N°15: Distribución de la población según Nivel de instrucción de la madre.**

<i>Nivel de Instrucción de la Madre</i>	FA	FR%
<b>Primaria Incompleta</b>	7	4
<b>Primaria Completa</b>	108	63
<b>Ciclo Básico</b>	45	27
<b>Bachillerato</b>	3	2
<b>UTU</b>	7	3
<b>Terciario</b>	0	0
<b>N</b>	170	100%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°15: Distribución de la población según Nivel de instrucción de la madre.**

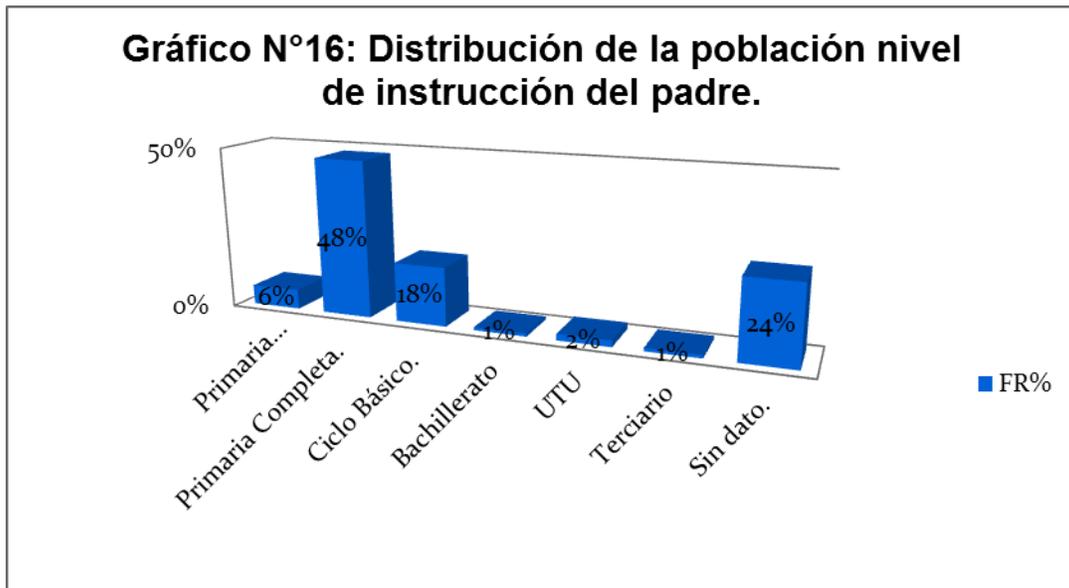


COMENTARIO: en cuanto a nivel de instrucción de las madres se encontró que en un gran porcentaje (63%) tenían la primaria completa, Y solo un 27% el ciclo básico completo.

**Tabla N°16: Distribución de la población según nivel de instrucción del padre.**

<i>Nivel de Instrucción del Padre</i>	FA	FR%
<b>Primaria Incompleta.</b>	9	6
<b>Primaria Completa.</b>	81	48
<b>Ciclo básico.</b>	30	18
<b>Bachillerato</b>	1	1
<b>UTU</b>	4	2
<b>Terciario</b>	1	1
<b>Sin datos</b>	40	24
<b>N</b>	170	100%

• Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



COMENTARIO: puede verse en esta distribución que el nivel de instrucción de los padres se asemeja mucho al de las madres, con un 42% de los padres con primaria completa y un 18% con ciclo básico.

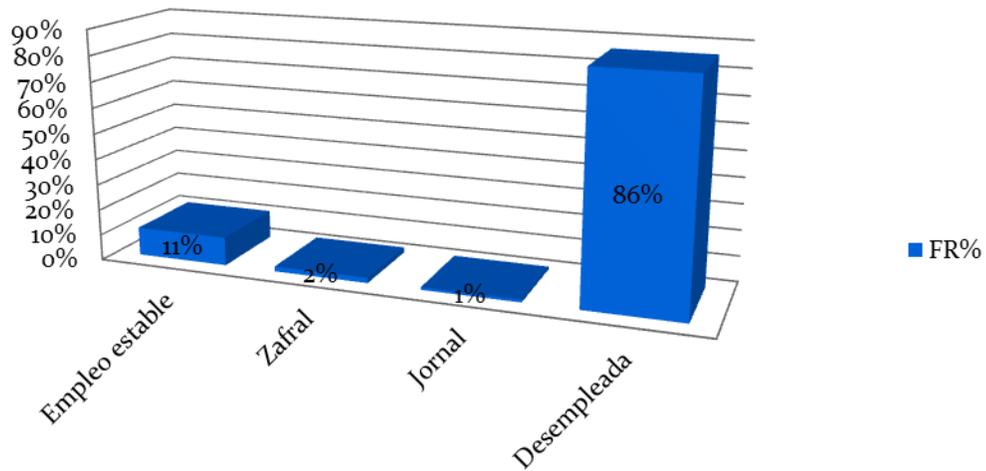
**Variable N°13: Ocupación de padre/madre o tutor.**

**Tabla N°17: Distribución de la población según Ocupación de la madre.**

<i>Ocupación.</i>	FA	FR%
<b>Empleo estable</b>	18	11
<b>Zafral</b>	5	2
<b>Jornal</b>	2	1
<b>Desempleada</b>	145	86
<b>N=</b>	170	100

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°17: Distribución de la población según Ocupación de la madre.**



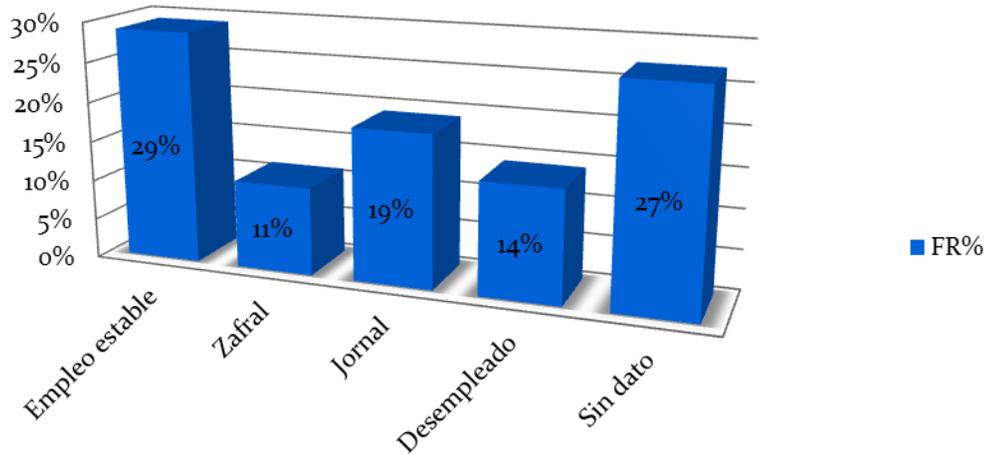
COMENTARIO: en referencia a ésta variable pudo verse que la mayoría de las madres se encontraban sin empleo con un 86% del total.

**Tabla N°18: Distribución de la población según Ocupación del padre.**

<i>Ocupación.</i>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Empleo estable</b>	49	29
<b>Zafra</b>	19	11
<b>Jornal</b>	32	19
<b>Desempleado</b>	23	14
<b>Sin dato</b>	47	27
<b>N=</b>	170	100

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°18: Distribución de la población según Ocupación del padre.**



COMENTARIO: en cuanto a la ocupación de los padres se encontró que un 29% tenían un empleo estable y un 14% se encontraban sin empleo.

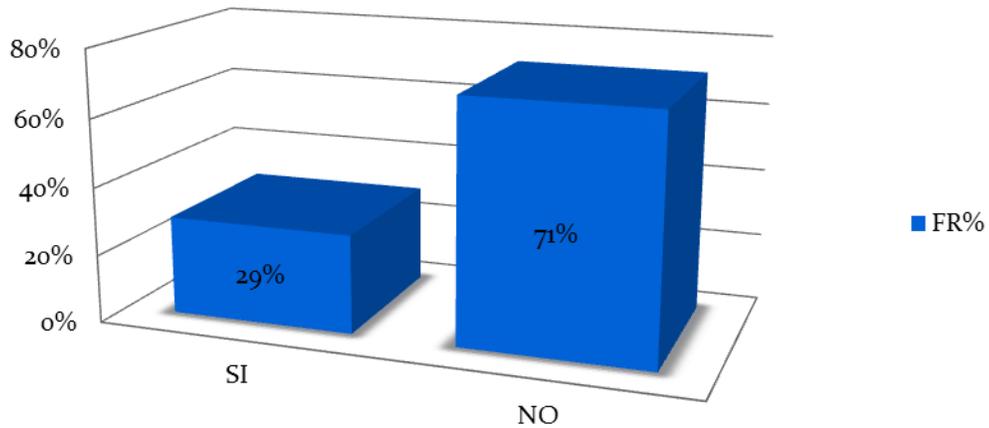
**Variable N°14: consumo de sustancias Psicoactivas de padre/madre o tutor.**

**Tabla N°19: Distribución de la población según el consumo de sustancias psicoactivas de padre/madre o tutor.**

<i>Consumo de sustancias</i>	FA	FR%
<b>Si</b>	50	29
<b>No</b>	120	71
<b>N=</b>	170	100

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico N°19: Distribución de la población según el consumo de sustancias psicoactivas de padre/madre o tutor.**



COMENTARIO: encontramos en esta variable que casi la tercera parte de los padres/madres consumían sustancias psicoactivas.

**Variable N°15: Servicios básicos de la vivienda.**

**Tabla N° 20: Distribución de la población según servicios básicos (agua potable).**

<i>Agua potable</i>	FA	FR%
<b>Si</b>	170	100
<b>No</b>	0	0
<b>N=</b>	170	100

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Tabla N° 21: Distribución de la población según servicios básicos (luz eléctrica).**

<i>Luz eléctrica</i>	FA	FR%
<b>Si</b>	170	100
<b>No</b>	0	0
<b>N=</b>	170	100

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Tabla N°22: Distribución de la población según servicios básicos (saneamiento)**

<i>Saneamiento</i>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	<b>104</b>	<b>61</b>
<b>No</b>	<b>66</b>	<b>39</b>
<b>N=</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

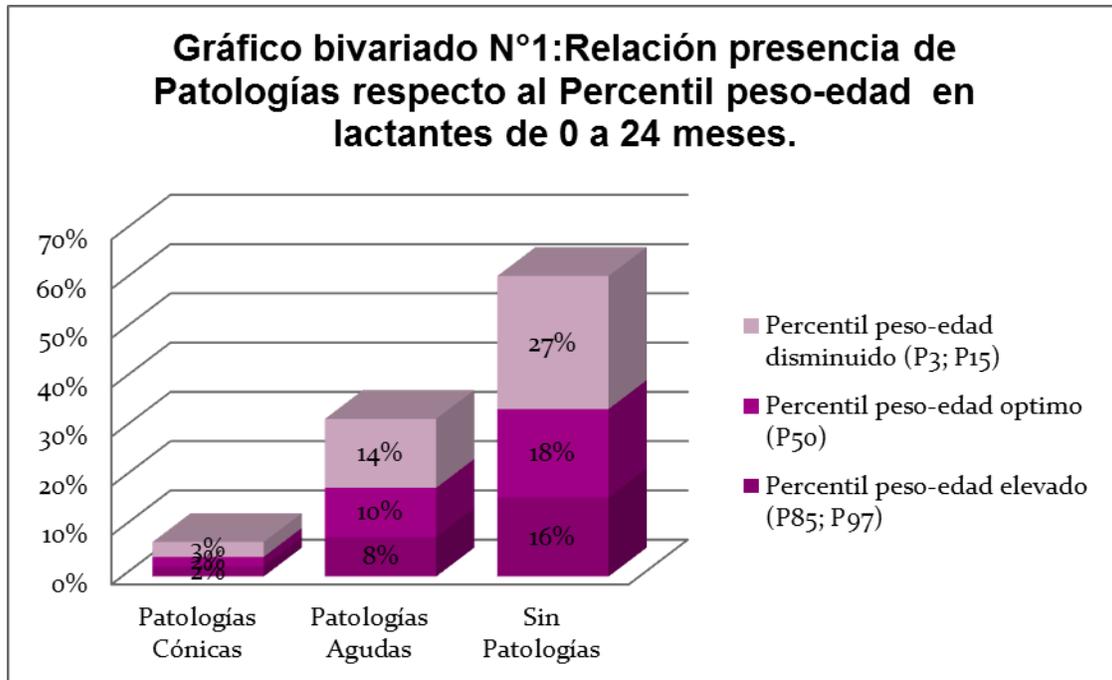
- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

COMENTARIO: como aspecto positivo puedo verse que en las familias contaban al 100% con los servicios de Ute y Ose.

**Tabla bivariada N°1: Relación presencia de Patologías respecto al Percentil peso-edad en lactantes de 0 a 24 meses.**

Patologías/percentiles	Percentil peso-edad elevado (P85; P97) 26%		Percentil peso-edad optimo (P50) 30%		Percentil peso-edad disminuido (P3; P15) 44%	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Patologías crónicas 7%	FA=4	FR%=2%	FA=4	FR%=2%	FA=4	FR%=3%
Patologías agudas 32%	FA=13	FR%=8%	FA=17	FR%=10%	FA=32	FR%=14%
Sin patologías 61%	FA=27	FR%=16%	FA=30	FR%=18%	FA=39	FR%=27%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

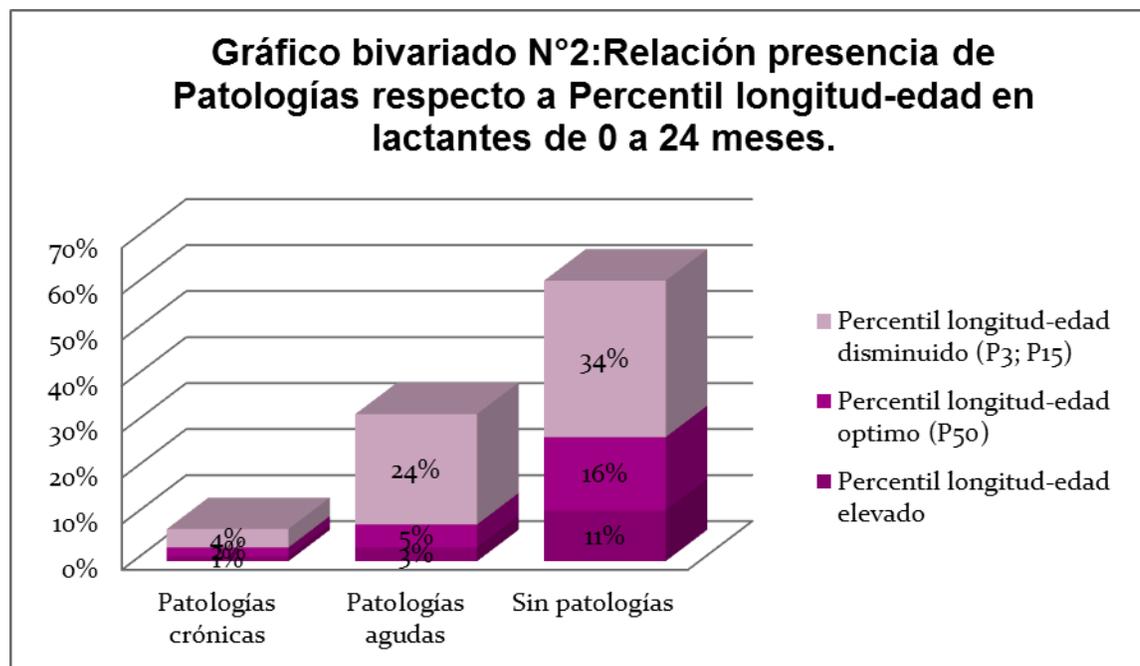


COMENTARIO: Pudo observarse que los lactantes que presentaron percentil peso-edad por debajo del nivel óptimo (P 50) desarrollaron en un 14% patologías agudas; los que se encontraban en un nivel óptimo desarrollaron un 10% y un 8% los lactantes que se encontraban por encima de dicho percentil.

**Tabla bivariada N°2: Relación presencia de Patologías respecto a Percentil longitud-edad en lactantes de 0 a 24 meses.**

Patologías/percentiles	Percentil longitud-edad elevado (P85; P97) 15%		Percentil longitud-edad optimo (P50) 23%		Percentil longitud-edad disminuido (P3; P15) 62%	
Patologías crónicas 7%	FA=1	FR%=1%	FA=4	FR%=2%	FA=6	FR%=4%
Patologías agudas 32%	FA=5	FR%=3%	FA=8	FR%=5%	FA=41	FR%=24%
Sin patologías 61%	FA=19	FR%=11%	FA=28	FR%=16%	FA=58	FR%=34%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

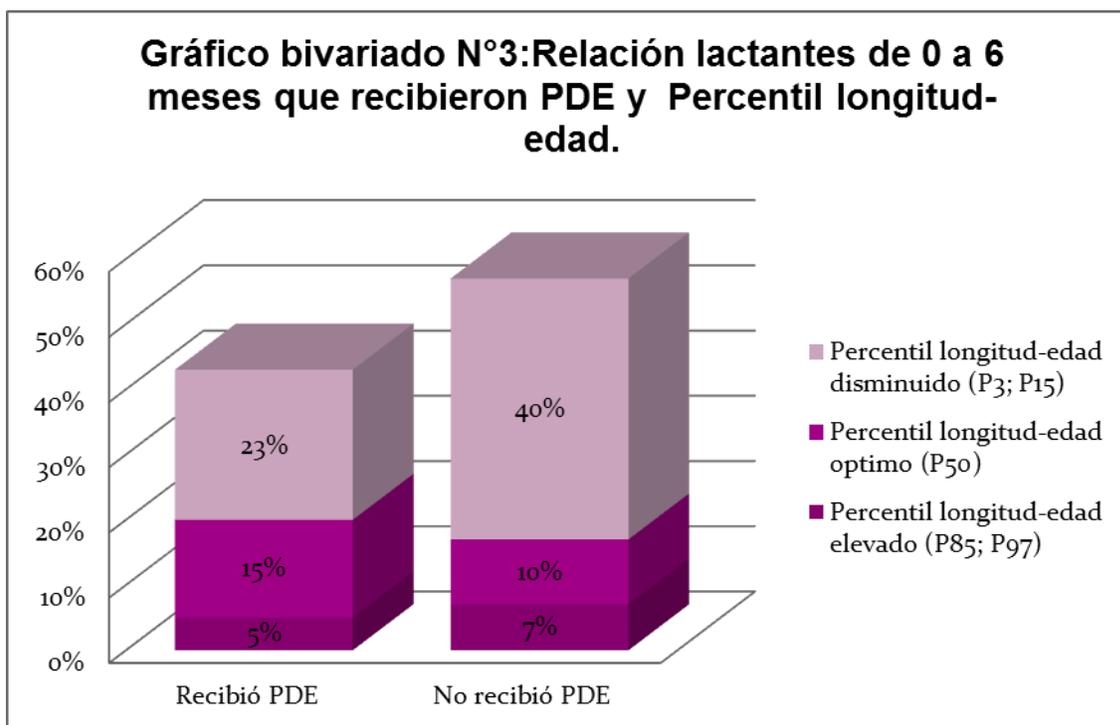


COMENTARIO: de los lactantes con percentil Longitud-edad óptimo (P 50) y elevado, aproximadamente dos terceras partes no desarrollaron patologías, con percentiles por debajo del nivel óptimo cerca de un 50% desarrollaron patologías.

**Tabla bivariada N°3: Relación lactantes que recibieron PDE y Percentil longitud-edad de 0 a 6 meses.**

PDE/percentiles	Percentil longitud-edad elevado (P85;P97) 12%		Percentil longitud-edad optimo (P50) 25%		Percentil longitud-edad disminuido (P3; P15) 63%	
Recibió PDE 43%	FA=5	FR%=5%	FA=14	FR%=15%	FA=22	FR%=23%
No recibió PDE 57%	FA=7	FR%=7%	FA=10	FR%=10%	FA=38	FR%=40%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



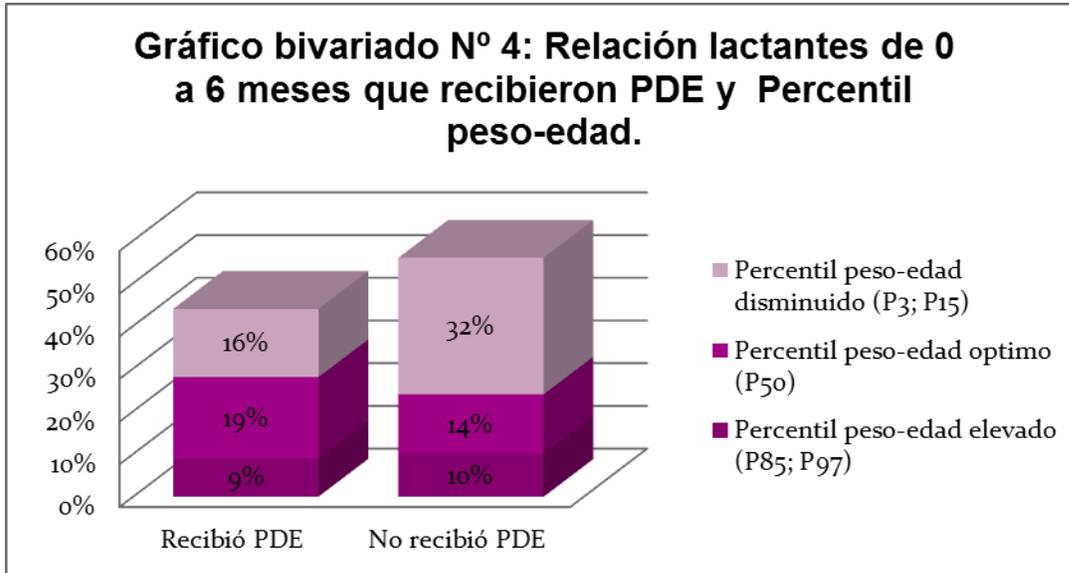
COMENTARIO: del 57% de lactantes que no recibieron PDE un 40% se encontraba con percentil longitud-edad por debajo del nivel óptimo, y los que se encontraban con un percentil óptimo, más de la mitad habían recibido PDE.

PDE/percentiles	Percentil peso-edad elevado (P85; P97) 19%		Percentil peso-edad optimo (P50) 33%		Percentil peso-edad disminuido (P3; P15) 48%	
Recibió PDE 44%	FA=9	FR%=9%	FA=18	FR%=19%	FA=15	FR%=16%

No recibió PDE 56%	FA=10	FR%=10%	FA=13	FR%=14%	FA=31	FR%=32%
-----------------------	-------	---------	-------	---------	-------	---------

**Tabla bivariada N°4: Relación lactantes que Recibieron PDE y Percentil peso-edad de 0 a 6 meses.**

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

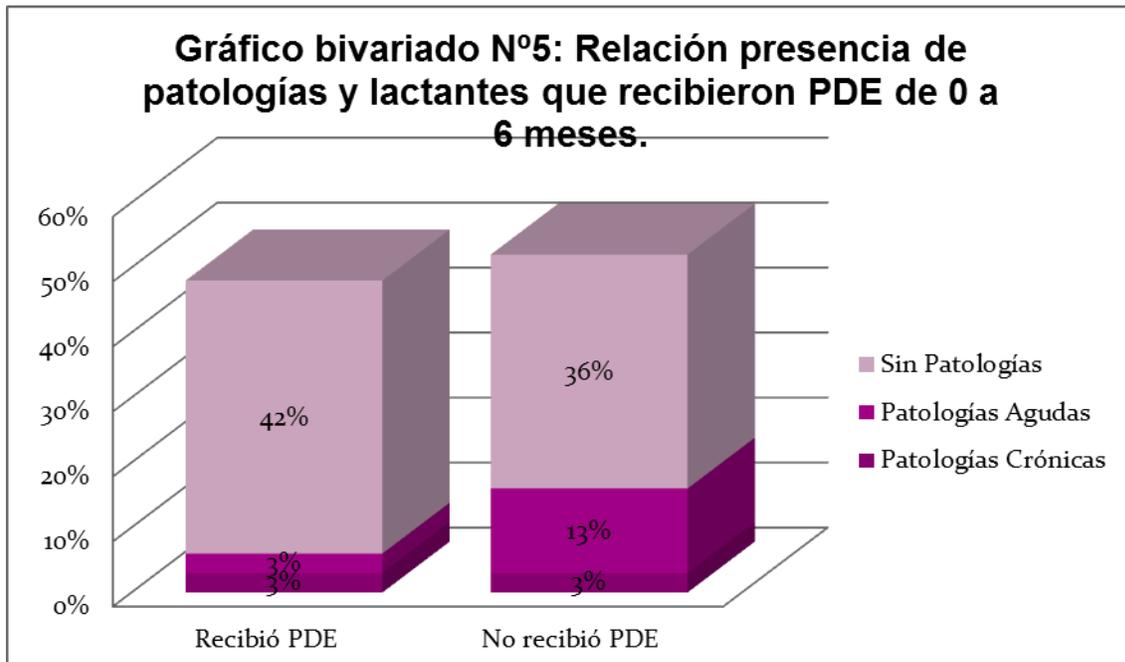


COMENTARIO: De los lactantes que presentaron percentil peso-edad disminuido dos terceras partes no recibieron PDE, mientras que los que presentaron percentiles elevados, la mitad no recibió PDE. Del 33% que se encontró con percentil óptimo, un 19% había recibido PDE.

**Tabla bivariada N°5: Relación presencia de patologías y lactantes que recibieron PDE de 0 a 6 meses.**

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

PDE/Patologías	Patologías Crónicas (6%)		Patologías Agudas (16%)		Sin Patologías (78%)	
Recibió PDE (48%)	FA=3	FR%=3%	FA=3	FR%=3%	FA=40	FR%=42%
No recibió PDE (52%)	FA=3	FR%=3%	FA=12	FR%=13%	FA=35	FR%=36%

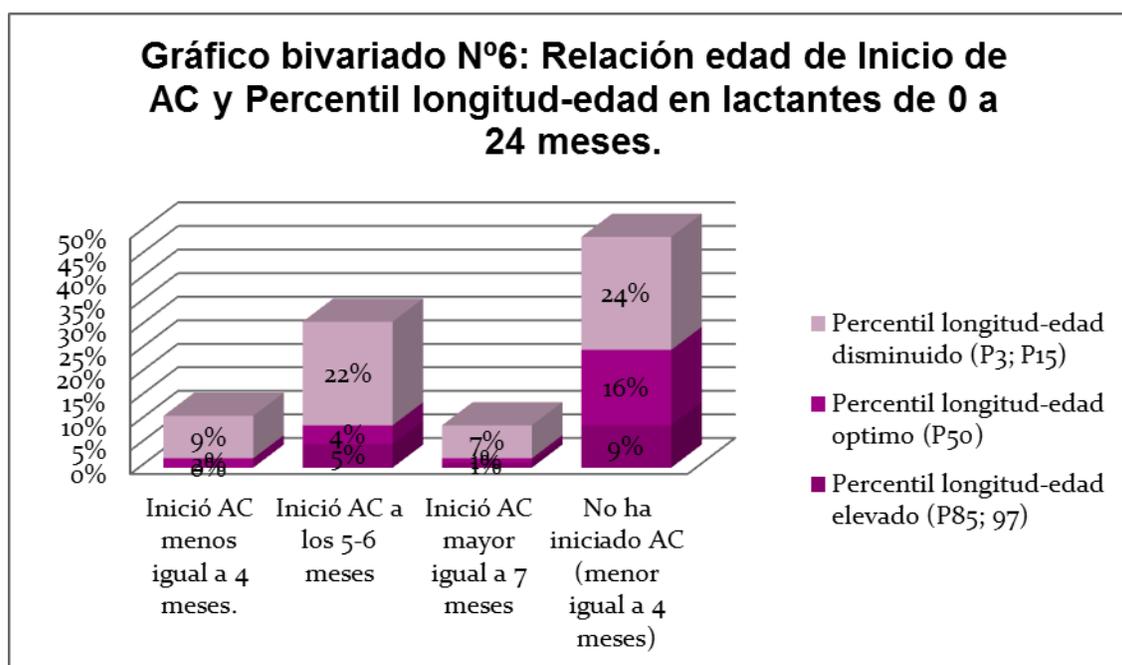


COMENTARIO: aproximadamente el total de lactantes que recibieron PDE no presentaron patologías, y cerca del total de los lactantes que presentaban alguna patología aguda no recibieron PDE.

**Tabla bivariada N°6: Relación edad de Inicio de AC y Percentil longitud-edad en lactantes de 0 a 24 meses.**

Inicio de AC/P longitud-edad	Percentil longitud-edad elevado (P85; 97) (15%)		Percentil longitud-edad optimo (P50) (23%)		Percentil longitud-edad disminuido (P3; P15) (62%)	
Inició AC ≤4 meses.(11%)	FA=0	FR%=0%	FA=4	FR%=2%	FA=14	FR%=9%
Inició AC a los 5-6 meses.(31%)	FA=7	FR%=5%	FA=11	FR%=4%	FA=35	FR%=22%
Inició AC ≥7 meses.(9%)	FA=2	FR%=1%	FA=1	FR%=1%	FA=12	FR%=7%
No ha iniciado AC (4 meses).(49%)	FA=12	FR%=9%	FA=27	FR%=16%	FA=45	FR%=24%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



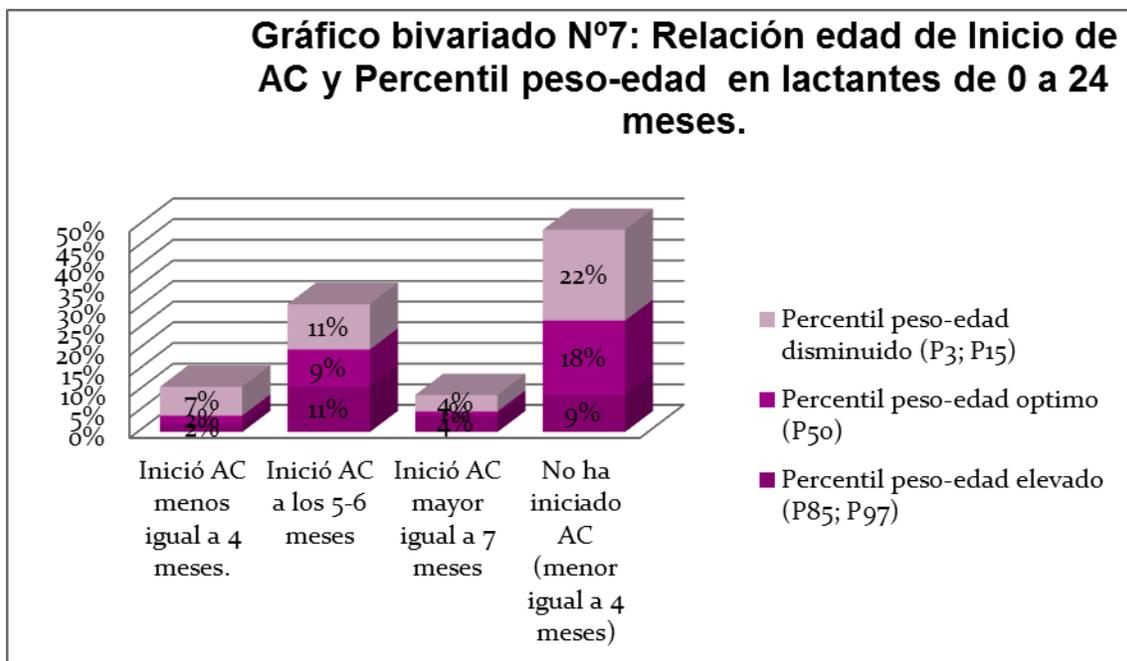
COMENTARIO: de los lactantes que presentaron percentil longitud óptimo y habían iniciado la AC, la mitad lo hicieron entre los 5 y 6 meses de edad. De los que iniciaron la AC en tiempo correcto (5-6 meses) dos tercios presentaron percentiles disminuidos, cabe destacar que de los lactantes que aún no se encuentran en edad de iniciar la AC la mitad se encuentran con percentiles por debajo del nivel óptimo.

**Tabla bivariada N°7: Relación edad de Inicio de AC y Percentil peso-edad en lactantes de 0 a 24 meses.**

Inicio de AC/P peso-edad	Percentil peso-edad elevado (P85; P97) (26%)		Percentil peso-edad optimo (P50) (30%)		Percentil peso-edad disminuido (P3; P15) (44%)	
Inició AC ≤4 meses.(11%)	FA=3	FR%=2%	FA=3	FR%=2%	FA=12	FR%=7%

<b>Inició AC a los 5-6 meses. (31%)</b>	FA=19	FR%=11%	FA=16	FR%=9%	FA=19	FR%=11%
<b>Inició AC ≥7 meses.(9%)</b>	FA=6	FR%=4%	FA=1	FR%=1%	FA=7	FR%=4%
<b>No ha iniciado AC (≤4 meses) (49%)</b>	FA=17	FR%=9%	FA=30	FR%=18%	FA=37	FR%=22%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



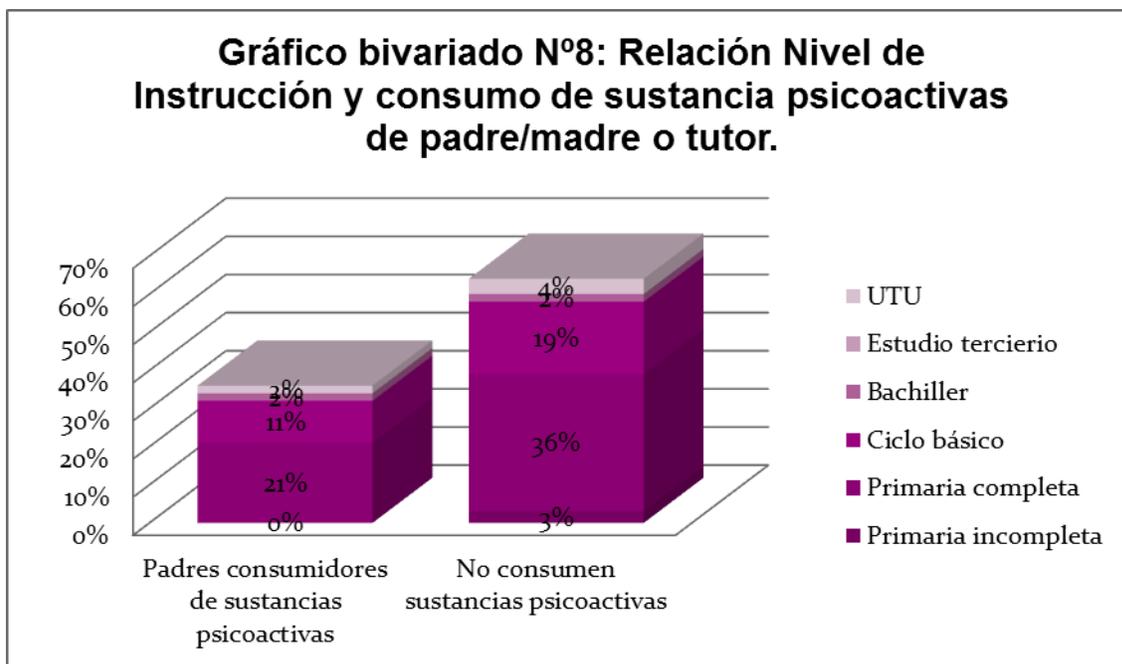
COMENTARIO: de los lactantes que presentaron percentil peso óptimo y habían iniciado la AC, tres cuartos lo hicieron entre los 5 y 6 meses de edad. De los que iniciaron la AC en tiempo correcto (5-6 meses) un tercio presento percentil peso disminuido, cabe destacar que de los lactantes que aún no se encuentran en edad de iniciar la AC aproximadamente la mitad se encuentran con percentiles por debajo del nivel óptimo.

**Tabla bivariada N°8: Relación Nivel de Instrucción y consumo de sustancia psicoactivas de padre/madre o tutor.**

Nivel de instrucción/ consumo de sustancias psicoactivas	Primaria incompleta (3%)		Primaria completa (57%)		Ciclo Básico (30%)		Bachiller (4%)		Estudios terciarios (0%)		UTU (6%)	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
<b>Consumen sustancias psicoactivas (36%)</b>	=0	%=0	35	%=21	20	%=11	=3	%=2	=0	%=0	=4	%=2
<b>No consumen sustancias psicoactivas</b>	=5	%=3	61	%=36	32	%=19	=3	%=2	=0	%=0	=7	%=4

(64%)		%		%		%		%		%
-------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.



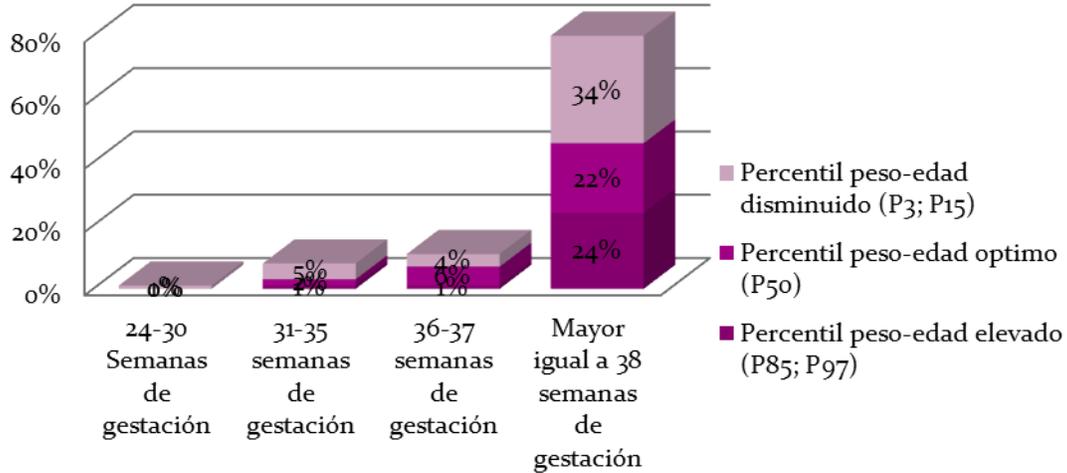
COMENTARIO: de los padres y/o tutores que consumen sustancias psicoactivas las dos terceras partes cuentan con primaria completa y el tercio restante con ciclo básico.

**Tabla bivariada N°9: Relación edad gestacional y percentil peso-edad en lactantes de 0 a 24 meses.**

Edad gestacional/P peso-edad	Percentil peso-edad elevado (P85; P97) (26%)		Percentil peso-edad optimo (P50) (30%)		Percentil peso-edad disminuido (P3; P15) (44%)	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
<b>24-30 semanas (1%)</b>	FA=0	FR%=0%	FA=0	FR%=0%	FA=2	FR%=1%
<b>31-35 semanas (8%)</b>	FA=1	FR%=1%	FA=3	FR%=2%	FA=9	FR%=5%
<b>36-37 semanas (11%)</b>	FA=2	FR%=1%	FA=9	FR%=6%	FA=8	FR%=4%
<b>≥ 38 semanas (80%)</b>	FA=41	FR%=24%	FA=38	FR%=22%	FA=57	FR%=34%

- Fuente de datos: consulta de enfermería-Pediatría-Centro de Salud del Cerro.

**Gráfico bivariado N°9: Relación edad gestacional al nacer de los lactantes de 0 a 24 meses y percentil peso-edad.**



COMENTARIO: de los lactantes que presentaron percentil peso-edad óptimo, dos tercios nacieron a término y poco más de la tercera parte de los nacidos a término presentó percentil peso disminuido.

### Análisis.

Para la realización del siguiente análisis la muestra seleccionada estuvo constituida por 170 lactantes de 0 a 24 meses.

A través de las consultas de enfermería allí realizadas obtuvimos que el 52% de la población fueron lactantes del sexo femenino, y el restante 48% lactantes del sexo masculino, el grupo etario predominante fueron los lactantes con edades comprendidas de cero a seis meses con un 58%, seguido con un 20% por los lactantes de 7 a 12 meses y un 22% mayores de un año, lo cual se puede relacionar a que los lactantes de 0 a 6 meses consultan con mayor frecuencia de acuerdo con lo establecido según el programa Nacional de Salud de la Niñez.

Según lo establecido por la OMS el 77% de los lactantes nacieron a término, un 12% fueron prematuros límite, el 10% lactantes prematuros moderados y un 1% prematuros severos. Se puede destacar de la relación de las variables que de los lactantes con percentil peso óptimo, dos tercios nacieron a término.

Por otra parte también se debe mencionar que del total de nacidos a término un tercio presentó percentil peso por debajo del nivel óptimo, lo cual se puede asociar

tal como lo nombra el marco teórico a factores perinatales haciendo referencia a los controles del embarazo, el parto y los eventos relacionados con el nacimiento.

En cuanto a la variable percentiles se encontraron lactantes por debajo del nivel óptimo en referencia a la longitud para la edad 62%, peso para la edad 44% y perímetro cefálico para la edad 40%. Los datos reflejados en cuanto al percentil longitud-edad reflejan la situación a nivel regional ya que según los antecedentes revisados, Uruguay es el país con mayor porcentaje de niños con baja talla para la edad. También se encontraron lactantes con percentiles por encima del nivel óptimo respecto a la longitud para la edad 15%, peso para la edad 19% y perímetro cefálico para la edad 24%.

Solo una tercera parte de la población se encontraba con un Percentil Optimo en peso (33%), longitud (23%) y perímetro cefálico para la edad (36%).

Continuando con la presencia de patologías, se notó que un 7 % presentaban patologías crónicas tales como cardiopatías y trastornos neurológicos, un 32 % cursaban y/o habían cursado patologías agudas como enfermedades respiratorias y/o gastrointestinales. Tal como se describió anteriormente aquí se puede notar la relación existente entre lactantes que han presentado percentiles alterados y han desarrollado patologías; 14% de los lactantes con Percentil peso-edad por debajo del nivel óptimo desarrollaron patologías agudas, cerca del 50% de los lactantes con percentil longitud-edad por debajo del nivel óptimo también desarrollaron patologías (crónicas y/o agudas). Esto afirma la prevalencia de las patologías infecciosas, mal formaciones y procesos respiratorios entre otras, después del primer mes de vida. También se puede asociar estos porcentajes de lactantes con percentiles alterados y presencia de patologías, con que a nivel mundial los menores de 5 años tienen retraso en el crecimiento y bajo peso para su estatura; en la mayoría de los casos por alimentación deficiente e infecciones a repetición tal como lo menciona la OMS.

En referencia a la edad de inicio de la alimentación complementaria un 52% de los lactantes no habían comenzado con la misma, dicho valor concuerda ya que un 58% de los lactantes eran menores de 6 meses. El 30% de los mismos comenzaron entre los 5 y 6 meses de edad, el 11% comenzó con la alimentación

complementaria antes del tiempo sugerido y el restante 7% comenzó a los 7 meses o más.

De los lactantes que iniciaron la AC en el tiempo sugerido (5-6 meses), una tercera parte presentó percentil peso-edad por debajo del nivel óptimo y dos terceras partes presentaron Percentil longitud-edad por debajo del nivel óptimo. Si bien se estudió la edad de inicio de la AC, no se indagó sobre el tipo de alimentos que recibían y la frecuencia con que se administraban; además cabe destacar que de los lactantes que aún no se encontraban en edad de iniciar la AC la mitad ya presentaba percentil peso y longitud para la edad por debajo del nivel óptimo, pudiendo relacionarse con los antecedentes en Uruguay, alrededor de un 8% de los niños nacen con peso inferior a los 2500 gr y un menor porcentaje nace con sobre peso.

De los lactantes menores de 6 meses un 48% recibían PDE, porcentaje que se corresponde con las cifras mundiales aportadas por las OMS, las cuales muestran que tan solo un 35% de los lactantes de 0 a 6 meses reciben PDE. Es notorio el gran porcentaje de lactantes que no reciben PDE teniendo en cuenta que la leche materna en los primeros meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre; protección frente a enfermedades gastrointestinales, infecciones y reduce la mortalidad neonatal. Se encontró también que de los lactantes que recibieron PDE un 88% no presentó patologías, mientras el 81% de los que presentó patologías agudas, no recibieron PDE.

Se puede destacar que de los lactantes que presentaron percentil longitud-edad y peso-edad por debajo del nivel óptimo, aproximadamente dos tercios no recibieron PDE.

En cuanto al tipo de familia se encontró a un 44% del tipo nuclear, seguido de un 23 % de familia mono parental, un 18% familia nuclear ampliada y un 15% familia nuclear extensa, en relación a esto se puede destacar que el 74% de los lactantes tenían hasta dos hermanos, un 23% tenía de 3 a 5 hermanos, y tan solo un 6% tenía 6 o más hermanos.

El 27% de las madres, y el 23% de los padres de estos niños eran menores de 20 años, el 69% de las madres y el 61% de los padres se encuentran en el rango de

21 a 40 años de edad, y el 4% de las madres y el 23% de los padres son mayores de 40 años de edad, notándose de forma importante como el porcentaje de padres mayores de 40 es mayor al de madres mayores de 40.

Respecto a los servicios básicos se destacó que todos los hogares contaban con luz eléctrica, un 39% no tenían saneamiento y solo un 1% no contaban con agua potable. Se indagó sobre estas características, dado que las consideramos básicas al momento de la preparación de los alimentos.

De las madres y padres entrevistadas el 63% y 48% respectivamente hizo primaria completa, el 27% de las madres y el 18% de los padres completaron ciclo básico. Solo el 2% de las madres y un 1% de los padres completaron el bachillerato lo que refleja el bajo nivel de instrucción en general de los padres de nuestra población objetivo sin existir diferencias significativas en los porcentajes según el sexo.

Se halló que un 36% de las madres-padres y/o tutores consumían sustancias psicoactivas, siendo esto de gran importancia ya que dicho consumo pudo afectar tanto en el crecimiento y desarrollo intrauterino del niño como a los padres en su conducta frente al cuidado de éstos.

En cuanto a la ocupación de los padres se observó que el 86% de las madres se encontraban desempleadas, y un 11% tenían empleo estable.

De los padres el 29% tenían empleo estable, un 19% eran jornaleros, un 14% desempleados y un 11% zafrales, sin dato 27%. Importa conocer la situación laboral de los padres ya que de ello dependerá el acceso de éstos a los alimentos.

### **Conclusión y Sugerencias.**

Esta investigación tuvo como objetivo *“Conocer el perfil alimenticio de los lactantes de 0 a 24 meses y las características del entorno”*.

En cuanto al perfil de la población podemos decir que el mismo se elaboró a partir de las consultas de enfermería realizadas previo al control-consulta Pediátrica, mediante la implementación de un instrumento en el cual recolectamos los datos de las variables propuestas.

De los mismos podemos destacar que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo de los lactantes, siendo éstos en su mayoría menores de 6 meses, dado que son los que consultan con más frecuencia.

Dos tercios de la población se encontraron con percentiles alterados, siendo mayores las alteraciones por defecto que por exceso; y encontrando que en éstos lactantes es mayor la incidencia de patologías agudas. Predominaron en al menos un tercio de los lactantes, las patologías agudas (trastornos respiratorios y gastro-intestinales) sobre las patologías crónicas.

No se pudo concluir acerca de la relación obtenida entre edad de inicio de la alimentación complementaria y percentiles, ya que los resultados demostraron que los lactantes que habían comenzado la AC en el tiempo sugerido, habían presentado percentiles alterados tanto como los que habían comenzaron la AC antes o después del tiempo indicado, por lo cual es necesario mencionar que éstos lactantes pudieron haber recibido un AC en tiempo oportuno, pero no en cantidad y calidad, además de que en su gran mayoría, ya presentaban percentiles alterados desde antes.

De los lactantes menores de 6 meses, aproximadamente la mitad recibían PDE, porcentaje que se asemeja a las cifras mundiales informadas por la OMS.

Se podría afirmar que los lactantes que no recibieron PDE están más expuestos a contraer alguna patología dado los resultados obtenidos en la investigación.

Para destacar de las características del entorno del lactante, se encontró que aproximadamente un tercio de los padres consumían sustancias psicoactivas siendo esto un factor amenazante para la crianza, crecimiento y desarrollo del lactante. Se presentaron con mayor porcentaje las familias de tipo nuclear, con padres y madres entre 21 y 40 años de edad, con primaria completa. En cuanto a los servicios básicos se encontró que la mayoría de los hogares contaban con

agua potable, y luz eléctrica, contribuyendo esto a una adecuada preparación de los alimentos para el lactante.

Se ve reflejado aquí claramente como la Alimentación del lactante y las características del entorno en el que vive influyen directamente sobre su estado de salud, crecimiento y desarrollo.

Luego de haber realizado dicha investigación y teniendo en cuenta la dificultad que se presentó al intentar obtener información de la historias clínicas de los lactantes, se plantea la sugerencia de dedicar una parte de la historia clínica en la que se realice el seguimiento de la alimentación del lactante teniendo en cuenta la importancia que tienen dichos datos para la salud de éstos, así como también se sugiere describir con más precisión características del entorno de los lactantes, tales como datos de los padres y características de su vivienda.

También consideramos que dicho trabajo sirve como base para realizar nuevos estudios de manera de obtener resultados más específicos los cuales sirvan para orientar a enfermería sobre que conductas tomar en busca de mejorar la salud del niño y del adolescente.

### **Bibliografía.**

- Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959”, disponible en: [www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm](http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm), consultada el 26/09/12 hora 16.
- Centro de Prensa de OMS Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html>, Consultada el 28/6 hora 18.
- MSP (2005). “Programa Nacional Prioritario de Nutrición 2005-2009”.
- Situación y Avances en la Implementación del Derecho a la Alimentación en Uruguay, Marzo de 2010, Disponible en: <http://www.fao.org/alc/legacy/iniciativa/pdf/dauruguay.pdf>, Consultada el 26/9 hora 18.
- Extraído del boletín MSP disponible en <http://www.msp.gub.uy/uc66991.html> consultada el 16/11/12 hora 20.

- Maternal and Child Under Nutrition Study Group Maternal and Child under nutrition: Global and Regional exposures and health consequences. Lancet 2008
- Canales F. de Alvarado E, Pineda E: "Metodología de la investigación". Manual para el desarrollo del personal en salud. 2º Ed. Año 1994.
- Comité de Nutrición Americano. "On the feeding of suplemental foods to infants". en Pediatrics.
- Chesa Luter; Desafío de la Alimentación Complementaria del Lactante y del Niño Pequeño Disponible en <http://www.phao.org.OMS/OPS2005>. Consultada el 28/6 hora 19.
- PNUD. Cooperazione Italiana. Fortalecimiento nutricional y desarrollo de proyectos de vida. Buenas prácticas de alimentación del niño/a de 6 a 24 meses. 2006.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Unidad Coordinadora de Programas, Programa Nacional de Nutrición. Guías Alimentarias para menores de 2 años. 2008.
- Documento de Psicología:  
<http://www.mercawidget.wordpress.com/2008/02/23>, consultado el 17/08/12, hora 10am.
- Sistema Nacional Integrado de Salud, disponible en <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>. Consultado el 17/08/12, hora 17.
- Barrenechea C. , Menoni T. , Lacava E., Moge A. Acosta C. Crosa S. Gabrielzyk I, Carrillo R. "Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas Metodológicas para el Trabajo en Primer Nivel de Atención." Facultad de Enfermería Departamento de Enfermería Comunitaria Producción Unidad de Comunicación de la Universidad de la Republica, Publicada en Diciembre de 2009, páginas 37 a la 40.
- Conferencia Alma-Alta (1978). Disponible en: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/es/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html). Consultada el 21/07/12,18:30hs.
- MSP. Programa Nacional de Salud de la Niñez, Uruguay, 2006
- Informe Especial la Reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil en Uruguay 2010 Artículo Disponible en <http://www.msp.edu.uy/hhome.aspx> Consultada el 25/06/12 hora 18.
- Informe Técnico -Mortalidad Infantil 2011 Artículo disponible en: <http://www.msp.edu.uy> Consultada el 25/06/12 hora 19.
- Dr M,Cusminsky, Dr. H. Lejarraga, Dr. R. Mercer, Dr. M. Martell, Dr. R. Fescina "Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño" Editorial Organización Panamericana de la Salud Washington DC 1986.
- MSP, Guías Alimentarias para menores de 2 años, Uruguay 2008. Paginas consultadas 11-27.

- Prof. Mag. L. Fernandez Pallejero, Prof. Adj. (s) M. Alamilla, Prof. Asist. A. Huguet, Prof. Adj. Psic. B. Capezzuto, Prof. Esp. P. Gonzalez Ortuya, Prof.adj E Bozzo,  
“Abordaje teórico-práctico en la atención de enfermería en niños/as y adolescentes”  
Edición taller grafico ltda. Montevideo Uruguay, Octubre 2008.

# Anexos

## Anexo N°1

### Instrumento de recolección de datos.

#### NIÑO

SEXO: M  F  EDAD:  EDAD GESTACIONAL

#### PERCENTILES ACTUALES

T  P  PC

PRESENCIA DE PATOLOGIAS: CRONICAS si  no

AGUDAS si  no

EDAD DE INICIO DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

ALIMENTACION ACTUAL PDE  PD+ COMP  COMP

PD+ALIM  COMP+ALI  LV+ALIM

SOLO ALIM  SOLO LV

#### NUCLEO FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA: MONO-PARENTAL  NUCLEAR  EXTENSA

COMPUESTA

N° DE HERMANOS

EDAD DE LOS PADRES: MADRE

PADRE

#### CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

VIVIENDA DE MATERIAL SI NO

LUZ ELECTRICA SI  NO

AGUA POTABLE SI  NO

POSEE SANEAMIENTO SI  NO

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

- MADRE PRIMARIA INCOM  PRIMARIA COM  C. BASICO  BACHILLER   
TERCIARIA  UTU  NINGUNO
- PADRE PRIMARIA INCOM  PRIMARIA COM  C. BASICO  BACHILLER   
TERCIARIA  UTU  NINGUNO
- TUTOR PRIMARIA INCOM  PRIMARIA COM  C. BASICO  BACHILLER   
TERCIARIA  UTU  NINGUNO

**OCUPACION DE LOS PADRES - TUTORES**

- MADRE EMPLEO ESTABLE  ZAFRAL  JORNAL  DESOCUPADA
- PADRE EMPLEO ESTABLE  ZAFRAL  JORNAL  DESOCUPADO
- TUTOR EMPLEO ESTABLE  ZAFRAL  JORNAL  DESOCUPADO

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS POR PARTE DE PADRES-TUTORES**

SI  NO

**Anexo N°2**

**Programa Aduana:**

\* Objetivo:

Captación y Control del Recién Nacido y del niño /a hasta los 36 meses de vida.

Pauta: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, integración a redes e instituciones.

\* Actividades del Programa

Maternidad - captación y derivación de RN a los servicios que correspondan.

Efectores de salud:

- control y captación,
  - seguimiento (cita telefónica ),
  - visita domiciliaria,
  - coordinación con CAIF,
  - registro,
  - actividades educativas,
- \* Centralización de la información.

Establecimiento de riesgo al alta:

*RIESGO 1:*

- Todos los niños que requirieron internación por más de 5 días.
- Peso al nacer menor de 1500g.
- Madre adolescente con 15 años o menos.
- Niños que al criterio del pediatra tratante lo considere de alto riesgo social.

*RIESGO 2:*

- Todos los RN dados de alta.
- RN con resultados de exámenes pendientes.
- El pediatra colocará en Historia Clínica el código de riesgo del RN ó en los niños internados en el resumen del alta, carné del RN y se registrará en el sistema informático.

\* Frecuencia de controles:

*Del RN al mes de vida:* control a la semana del alta hospitalaria y a los 15 días.

Los RN con *RIESGO I* deben ser controlados por pediatra entre los 3 a 5 días del alta.

Los RN con *RIESGO II* deben ser controlados por pediatra entre los 7 y 10 días del alta hospitalaria.

*Del 1er mes de vida hasta el año de vida:* mensual.

Luego del 2do semestre los niños de bajo riesgo podría ser el control bimensual.

*Del año a los 2 años de vida:* trimestral.

\* RRHH

Equipo de trabajo constituido por:

- Aux. en enfermería referente del programa, A.E. (Clínica Pediátrica), Lic. en Enfermería, Pediatra, Agente de Seguimiento, Asistente Social, Nutricionista.
- El Funcionario operativo (referente) del programa: llevará los registros al día y coordinará con médicos de área, M. F. y servicios de salud; este

informará a Lic. en Enfermería la situación del programa (niños que no concurren al control, situaciones de riesgo, fallecidos).

\* DATOS COMO INDICADORES DE EVALUACION

Informe mensual de:

- \* Datos relacionados con el ingreso desde la maternidad y la derivación a servicios de 1º nivel:
  - Total de RN ingresados en la maternidad.
  - Cantidad de RN derivados al primer nivel de atención.
  - Cantidad de niños fallecidos.
- \* Datos vinculados a los controles de salud:
  - Nº de RN captados y en control según Centros de salud y diferentes efectores.
  - Nº de RN no controlados según Centros de salud y efectores.
  - Nº de Visitas domiciliarias.
- \* Gestión local del programa

Licenciada en Enfermería mensualmente informará a la coordinadora datos sobre:

Nº de RN captados, Nº de RN en control (según efector), Nº de VD realizadas (motivo).

Realizará las visitas de riesgo, fallecimiento, y diferentes coordinaciones.

\* Visita Domiciliaria:

*“La evidencia científica muestra que las intervenciones que se basan en la atención domiciliaria al recién nacido pueden prevenir entre el 30 y el 60 por ciento de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada (UNICEF, y otros).*

*La OMS y UNICEF recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos”*

La Meta no señala en específico la obligatoriedad de realizar una VD, solo sugiere la captación del niño y el seguimiento para asegurarse que tenga su primer control antes de los 10 días.

Desde 2011, la VD es obligatoria para: el seguimiento de niños en riesgo antes de los 7 días del Alta Hospitalaria y VD a los recién nacidos que no concurren a los controles, antes de los 10 días.

MSP define a la Visita Domiciliaria como una “*prestación de los servicios de salud, que refuerza la participación activa del equipo de salud anticipándose a la consulta del usuario.*”

En esta estrategia, el equipo de salud toma contacto con el niño en su hogar, en su entorno inmediato.

\* Principales componentes

*Intervenciones recomendadas: 3 años.*

1. Historia y Examen Físico.

Examen general y registro.

Evaluación crecimiento.

Evaluación del desarrollo.

Estudio del medio ambiente familiar y social.

Detección de patologías.

2. Despistajes Obligatorio.

Test de screening neonatal

Peso y talla.

Perímetro craneano.

Examen ocular.

Detección de malformaciones genitales.

Audición.

Ecografía de caderas.

3. Educación y Promoción de Salud.

Educación para la salud física y mental.

Adquisición de hábitos.

Guía anticipatoria de accidentes, prevención de muerte súbita y riesgos ambientales.

Estudio del medio ambiente familiar y social.

Instrucción de signos de peligro.

4. Salud Bucal.

Acciones de control y prevención en salud bucal.

5. Inmunización.

Inmunizaciones según esquema recomendado .

6. Alimentación.

Acciones de control y prevención en salud bucal.

Alimentación desde el segundo semestre hasta los dos años de edad<sup>37</sup>.

Continuando en la línea temática de esta investigación es imprescindible que nombremos los contenidos y la importancia que tiene la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades. Favoreciéndose así la detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, evitando riesgos de agravarse y de presentar complicaciones. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Contribuyendo de esta forma a aumentar la cobertura de vacunación, a mejorar el conocimiento, las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes:

- \* El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento.
- \* El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada.
- \* El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez<sup>38</sup>.

### **Anexo N°3**

#### **Guías alimenticias en niños menores de 2 años.**

INCORPORAR LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA AL CUMPLIR LOS SEIS MESES

---

<sup>37</sup> MSP. Programa Nacional de Salud de la Niñez, Uruguay, 2006

<sup>38</sup> Consultado en [http://new.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&task=view&id=909&Itemid=607](http://new.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=607) . extraído el 020/7/12, 21:15hs.

La alimentación del niño pasara a tener dos componentes: alimentación láctea y la alimentación complementaria<sup>39</sup>.

Las madres o cuidadores deben seguir los consejos del pediatra, en la selección y oferta al niño de alimentos complementarios en cantidad y calidad adecuada, ya que a partir de esta edad no están cubiertas por la leche materna. Es decir desde el punto de vista digestivo, renal y neurológico el niño ya está apto para recibir esto alimentos. La maduración gastrointestinal determina la capacidad de digestión y absorción de nuevos nutrientes, la maduración renal hace posible que el lactante soporte el aumento de mayores cargas osmolares por su alimentación complementaria y la maduración neurológica asegura la adecuada coordinación complementaria motora para la succión, deglución y masticación, pérdida del reflejo protrusión lingual y capacidad de estar sentado correctamente (sostén cefálico y de tronco)<sup>40</sup>.

## SELECCIONAR ALIMENTOS ADECUADOS

- \* Los primeros alimentos a incorporar son: puré de verduras o frutas, papillas de cereales  
Para aumentar las calorías aportadas, se agregara una cucharadita de aceite vegetal (maíz, girasol, etc.). Tanto el puré como la papilla de cereales. El puré de verduras se preparara con una verdura, mientras se va probando la tolerancia del niño a cada nuevo alimento. Se le agregara una cucharada de carne bien cocida, picada o molida. Los purés de frutas se prepararan con manzana y banana, probando tolerancia e incorporando nuevos componentes progresivamente.
- \* Todos los días deben ser ofrecidos al niño, en lo posible, alimentos diferentes. La oferta múltiple y diversificada de los alimentos en las comidas, garantiza el suministro de los nutrientes necesarios. El bebé acostumbrado desde el comienzo de su alimentación complementaria al consumo de frutas y hortalizas variadas, recibirá mayores cantidades de vitaminas, hierro , fibras y además adquirirá hábitos alimenticios saludables
- \* Desde el comienzo de la alimentación complementaria deberá agregarse siempre carne (vacuna, ovina, hígado, pollo, cerdo) al puré de verduras y la papillas de cereales, para aumentar el contenido de hierro.

---

<sup>39</sup> MSP, Guías Alimentarias para menores de 2 años, Uruguay 2008. Paginas consultadas 11-27.

<sup>40</sup> MSP, Guías Alimentarias para menores de 2 años, Uruguay 2008. Paginas consultadas 11-27.

- \* En el tercer trimestre de vida incorporaran alimentos de todos los grupos, con excepción de huevos, pescados y leguminosos que se introducirán a partir del cuarto trimestre de vida y finalmente algunos alimentos se incorporaran después del año, como por ejemplo frutillas, kiwi, tomate, espinaca, remolacha<sup>41</sup>.
- \* Los niños alérgicos o con antecedentes familiares de alergia o intolerancia deberán ser cuidadosamente evaluados por su pediatra, pudiéndose retrasar la incorporación de algunos alimentos.
- \* Con respecto a los factores socio-económicos se deben seleccionar los alimentos acorde al poder adquisitivo de la familia, y enseñar a los responsables de los niños a utilizar correctamente los recursos de los que disponen.

#### APLICAR TECNICAS ADECUADAS DE ALIMENTACION

- \* El niño debe estar sentado y con sus manos libres. No deberá haber distractores en el entorno (tv, radio, etc.).
- \* Si el bebe rechaza un alimento, ofrecerlo nuevamente en próximas comidas
- \* En cuanto al horario: comenzar dos horas después de la lactada anterior, cercana al mediodía creando el hábito del almuerzo.
- \* El numero de tiempo de comida en los menores de dos años, varia poco con la edad, siendo generalmente de cuatro a seis a partir del cuarto trimestre. En cuanto a las colaciones deben planearse de manera que complementen a la toma de leche, desayuno, almuerzo, merienda sin que interfieran con los tiempos principales de comida( controladas o no permitidas)
- \* Recordar que la capacidad gástrica del bebe mayor de seis meses es de 20-30ml/kg.
- \* A los seis meses de edad, se deberá comenzar con cantidades pequeñas de alimentos y aumentarlas conforme el niño crece, mientras se mantiene la lactancia materna
- \* Los alimentos deben cocinarse bien, con poco agua, hasta que estén bien blandos. No deben utilizarse licuadora, porque el bebe está aprendiendo a distinguir consistencia, sabores, olores y colores de los nuevos alimentos y por otra parte, los alimentos licuados no estimulan la masticación.

---

<sup>41</sup> MSP, Guías Alimentarias para menores de 2 años, Uruguay 2008. Paginas consultadas 11-27.

- \* A los nueve meses pueden consumir alimentos blandos, en trozos pequeños, que se puedan tomar con los dedos (trozos de pan, galleta, etc.)<sup>42</sup>.
- \* A los doce meses, la mayoría de los niños pueden comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia. Deben evitarse los alimentos que puedan hacerlo atragantar y los que no son aptos para el, como la verdura de hojas crudas, zanahoria cruda en trozo, ya que recién después del segundo año de vida el niño adquiere la capacidad masticatoria para ellos.

#### OFRECER LA ALIMENTACION CON AMOR SIN FORZAR SU ACEPTACION

- \* Alimentar despacio y pacientemente, y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- \* Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas, y métodos para animarlos a comer.
- \* Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor-hablar con los niños y mantener el contacto visual.

#### SUMINISTRAR LIQUIDOS EXTRAS

- \* A partir de la incorporación de los alimentos complementarios se deberá ofrecer agua potable (de 50-100cc.) varias veces en el día, utilizando un vasito.
- \* Los alimentos complementarios tiene un mayor contenido en sodio que la leche humana, aunque no se le agregue sal, es por esto que no se debe agregar sal a la comida del niño menor de 2 años.

#### EVITAR LOS ALIMENTOS NO APTOS PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

- \* Hasta el año de vida, la mucosa del tubo digestivo es muy sensible y puede ser fácilmente irritada por las sustancias presentes en el café, té, cacao, enlatados y refrescos, alterándola y pudiendo comprometer la función digestiva. También se debe tener en cuenta que el café, té o cacao presentan sustancias estimulantes
- \* No se aconseje las frituras en los niños pequeños ( ya que son altamente irritantes para su mucosa)
- \* Debe evitarse el uso de alimentos enlatados, embutidos, fiambres, papas fritas, y otros bocaditos por que contiene sal en exceso y adictivos no autorizados para niños.

---

<sup>42</sup> MSP, Guías Alimentarias para menores de 2 años, Uruguay 2008. Paginas consultadas 11-27.

- \* No suministra golosinas a los lactantes por su alto contenidos en azucares simples y por qué pueden obstruir las vías aéreas.
- \* La miel está contraindicada en el primer año de vida por el riesgo de contraer el bacilo del botulismo.

## CUIDAR LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS DESDE SU COMPRA HASTA EL CONSUMO

Las mamás deberán cuidar que:

- \* El agua deberá ser potable o hervida.
- \* Lavarse las manos con agua y jabón cada vez que preparan o suministran los alimentos al bebé.
- \* Lavar frutas y verduras con agua antes de pelarlas.
- \* Lavar todos los utensilios que serán utilizados en la alimentación del bebé.
- \* Lavar las manos de los niños antes de comer.

## SUMINISTRAR LOS ALIMENTOS DE VITAMINAS Y MINERALES INDICADOS

- \* A todos los niños de 6 a 24 meses que no consumen fórmulas fortificadas con vitamina D, suministrar diariamente vitamina D a una dosis de 200UI.
- \* Los niños de 4 a 24 meses que no consuman alimentos fortificados deben recibir hierro elemental<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> MSP, Guías Alimentarias para menores de 2 años, Uruguay 2008. Páginas utilizadas 11-27.