

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA
SAN CRISTÓBAL – ESTADO TÁCHIRA

**ESTADO NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES DE 6 A 23 MESES DE
EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL MAYO-JUNIO 2015**

Autora: Dra. Katherine Medina

Tutora Científica: Dra. Carmen Mora

Asesor Metodológico: Dr. Marco Labrador

San Cristóbal, 2015

**ESTADO NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES DE 6 A 23 MESES DE
EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL MAYO-JUNIO 2015**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO,
DRA. KATHERINE MEDINA, C.I. 16.695.392, ANTE EL CONSEJO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO
CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE PEDIATRA
PUERICULTOR.

www.bdigital.ula.ve

Autor: Katherine Anaíd Medina Chacón, residente de 3er Año de Postgrado de Puericultura y Pediatría, Trabajo Especial de Grado de acreditación como especialista en Puericultura y Pediatría de la Universidad de Los Andes, Táchira, Venezuela.

Tutora Científica: Dra. Carmen Mora. Docente de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, extensión Táchira. Docente del Postgrado de Puericultura y Pediatría de la Universidad de Los Andes, Táchira, Venezuela.

Asesor Metodológico: Dr. Marco A Labrador R, Docente del Postgrado de Puericultura y Pediatría de la Universidad de Los Andes, extensión Táchira. Director de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes, Táchira, Venezuela.

www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su apoyo incondicional a lo largo de este camino,

www.bdigital.ula.ve

Indudablemente a Dios, por su infinita gracia y bendición.

INDICE

Pág.		
	I. Introducción	8
	• Planteamiento del Problema	10
	• Justificación	12
	• Objetivos General y Específicos	13
	• Marco Teórico	14
	II. Materiales y Métodos	
	• Tipo, Diseño y Nivel de Investigación	33
	• Población y Muestra	33
	• Técnica e Instrumento de recolección de información	33
	• Técnica para el análisis en interpretación de los datos	36
	III. Resultados	37
	IV. Discusión	43
	V. Conclusiones	45
	VI. Recomendaciones	46
	VII. Bibliografía	47
	VIII. Apéndices	

**ESTADO NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE
ACUDEN A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN
CRISTÓBAL MAYO-JUNIO 2015**

Autor: Dra. Katherine Medina

Tutor: Dra. Carmen Mora

RESUMEN

Introducción: La nutrición adecuada durante la edad de lactante es esencial para el pleno desarrollo del potencial humano de cada niño. El periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una "ventana de tiempo crítica" para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. El presente estudio se propuso describir el estado nutricional y las prácticas de alimentación complementaria en 21 lactantes de 6 a 23 meses de edad que acudieron a la Consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante el período mayo-junio 2015; determinando el diagnóstico antropométrico e identificando algunas características sobre alimentación complementaria como edad de inicio, tipos de alimentos. **Métodos:** Se realizó un estudio no experimental de diseño transversal y descriptivo. **Resultados:** Del total de lactantes estudiados, el 42,8% tuvieron diagnóstico de desnutrición, 19% con sobrepeso; 9,5% con diagnóstico normal; el 66,67% inician a los 6 meses la alimentación complementaria, 28,7% en forma precoz a los 4 meses y un 4,76% en forma tardía a los 7 meses. El 66,66% de los lactantes refirieron consumo de alimentos inadecuados y dentro de este grupo 33,33% estaban desnutridos. **Conclusiones:** En general las prácticas de alimentación en los lactantes son adecuadas en términos de edad; debe seguirse educando sobre los tipos de alimentos a ofrecer ya que repercute sobre el estado nutricional.

Palabras clave: lactantes, alimentación complementaria, diagnóstico nutricional.

NUTRITIONAL STATUS AND COMPLEMENTARY FEEDING PRACTICES OF INFANTS 6 TO 23 MONTHS OF AGE WHO COME TO THE CONSULTATION OF PEDIATRICS CENTRAL HOSPITAL OF SAN CRISTOBAL MAY-JUNE 2015

Author: Dra. Katherine Medina.

Tutor: Dra. Carmen Mora.

SUMMARY

Introduction: Adequate nutrition during the infant age is essential for the full development of human potential of every child. The period between birth and two years of age is a "critical window" for promoting growth, optimal health and development. This study aimed to understand the relationship between nutritional status and complementary feeding practices in 21 infants 6-23 months old who attended the Consultation Central Pediatrics Hospital of San Cristobal during the period May-June 2015; determining the anthropometric diagnosis and identifying some features on complementary feeding as age of onset, types of food. **Methods:** A non-experimental descriptive cross-sectional study design was conducted. **Results:** Of the infants studied, 42.8% were diagnosed with malnutrition, 19% overweight; 9.5% normal diagnosis; 66.67% at 6 months starting complementary feeding, 28.7% in early form at 4 months and 4.76% in late. 66.66% of infants referred inadequate food consumption within this group and 33.33% were malnourished. **Conclusions:** In general feeding practices for infants are suitable in terms of age; it is followed educated on the types of food to offer.

Keywords: infants, complementary feeding, nutritional diagnosis

INTRODUCCIÓN

Después de la lactancia el niño atraviesa un período de transición nutricional en la que pasa de ser un receptor pasivo de alimentos a explorador de la comida, hasta que finalmente asume el control de su dieta. Durante este proceso los niños y su familia deben aprender la importancia de una alimentación saludable y allí el papel del médico es fundamental, ya que una nutrición adecuada durante la edad de lactante y preescolar es esencial para el pleno desarrollo del potencial humano de cada niño.

Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una "ventana de tiempo crítica" para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. Estudios longitudinales han comprobado que a esta edad ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos nutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea y enfermedades respiratorias. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. Las consecuencias inmediatas de la malnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad significativa y un desarrollo mental y motor retrasado.

A largo plazo, las deficiencias nutricionales tempranas están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Las prácticas deficientes de alimentación, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de malnutrición durante los primeros dos años de vida.

Por esta razón, es esencial asegurar que las personas a cargo del cuidado y salud de los niños, padres y médicos especialistas, posean conocimiento apropiado sobre la alimentación complementaria óptima de lactantes y niños pequeños.

www.bdigital.ula.ve

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Alimentación complementaria, anteriormente conocida como ablactación, se refiere a la alimentación distinta a la leche humana que recibe el lactante, y que se ofrece para complementar sus nutrientes.

Para el médico que se encuentra en formación para su especialización en Pediatría y Puericultura, atendiendo a su perfil especialmente como puericultor; definiendo *puericultor* como aquel especialista en el conjunto de cuidados que se han de tener en los primeros años del desarrollo de un niño, es de suprema importancia el conocimiento sobre los alimentos, su valor nutritivo, cómo y cuándo introducir al niño bajo su cuidado en el proceso de adquisición de su propia dieta, diferente a la leche materna o artificial, cómo evaluar su progreso nutricional, y reconocer la manera como la alimentación puede afectar, en exceso o defecto, dicho estado nutricional.

Todo esto a fin de poder convertir las recomendaciones nutricionales en información útil, práctica, que inspire confianza a los padres, a quienes en su mayoría preocupa la alimentación de sus hijos, y a la vez, poder evaluar, modificar y conducir los patrones de alimentación de ese pequeño paciente a quien es su deber y vocación garantizar su salud y prevenir ciertas enfermedades infecciosas y otras crónicas en edades posteriores.

Asimismo los padres juegan un papel desde luego esencial, ya que si bien el médico es el responsable de instruir e indicar como brindar una alimentación óptima para asegurar un estado nutricional adecuado, son los padres los responsables de llevar a cabo dichas

indicaciones de la mejor forma posible. En conclusión se trata de un trabajo en equipo con la intención primordial de ofrecer bienestar a través de la alimentación a sus hijos y pacientes.

Por lo que surgió la necesidad de realizar un trabajo de investigación que permitiera conocer el estado nutricional de los lactantes de 6 a 23 meses de edad que acuden a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, y sus prácticas de alimentación complementaria, en lo que se refiere a edad de inicio, tipos de alimentos que reciben, mediante una cartilla de alimentación utilizada tanto por el médico como por los padres de dichos pacientes. Todo esto con el fin de analizar cómo se comporta la población desde el punto de vista nutricional con respecto a su alimentación, y en base a dicho análisis, ofrecer orientación si la alimentación es adecuada o por el contrario debe corregirse de alguna manera.

www.bdigital.ula.ve

JUSTIFICACIÓN

Es relevante el conocimiento del profesional de la salud, responsable de garantizar el bienestar y la salud del niño, sobre los principios de la alimentación complementaria a fin de tener las herramientas suficientes para educar a los padres, y es igualmente importante la forma en que los padres puedan poner en práctica la educación dada por el médico.

Por todo esto se deseó realizar una investigación que constituya un aporte efectivo en lo que se refiere al estado nutricional de aquellos lactantes que teniendo la edad que corresponde han iniciado su alimentación complementaria. El estudio se realizó empleando como instrumento una cartilla de alimentación, la cual permitió al médico recoger los datos de interés, así como a su vez realizar de manera sistemática las indicaciones y orientaciones precisas a los padres sobre alimentación complementaria. Para los padres resultará una herramienta útil al momento de introducir a su hijo en una dieta diferente a la lactancia, ya que representará dicha cartilla no sólo un registro sino una guía con distintos consejos y explicaciones sobre alimentación. Así mismo, representaría para los padres una motivación al ver como sus hijos se mantienen sanos y adecuadamente nutridos.

Por otro lado, esta investigación es un aporte efectivo en lo teórico, metodológico y práctico para otros investigadores, quienes se interesen especialmente por temas de puericultura.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir el estado nutricional con las prácticas de alimentación complementaria en los lactantes de 6 a 23 meses de edad que acuden a la Consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante el período mayo-junio 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar el diagnóstico nutricional antropométrico de los lactantes de 6 a 23 meses de edad que acuden a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal.

www.bdigital.ula.ve

Identificar la edad de inicio de la alimentación complementaria de los lactantes de 6 a 23 meses que acuden a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal.

Identificar los tipos de alimentos que son ofrecidos a los lactantes de 6 a 23 meses que acuden a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal.

Orientar a los padres sobre las prácticas adecuadas de alimentación complementaria para alcanzar una nutrición normal.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Alrededor del 32% de niños menores de cinco años de edad en países en desarrollo presentan baja talla para la edad y el 10% están emaciados (bajo peso para la talla). (1)

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, están muy difundidas. Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros.

A partir de los seis meses de edad, la necesidad de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y de nutrientes.

Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. En muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas. (2)

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia de Argentina, en su publicación “la alimentación de los niños menores de 2 años” del 2010, comentó los resultados de la

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), fue un estudio transversal realizado en 2004-2005, dirigido a la población materno infantil en localidades de más de 5000 habitantes de Argentina, orientado a la evaluación de la prevalencia de componentes que permiten definir el estado nutricional a partir de indicadores alimentarios, antropométricos y bioquímicos.

La encuesta se realizó en el domicilio a partir de una muestra probabilística independiente de niños de 6 a 23 meses, niños de 2 a 5 años, mujeres de 10 a 49 años y embarazadas. Entre sus resultados se puede evidenciar el inicio temprano de la alimentación complementaria, observándose que el 70% de los niños incorpora algún alimento antes de los 6 meses de vida. Entre los alimentos incorporados mas tempranamente se encuentran el yogur, los vegetales cocidos y los purés de frutas. (3)

www.bdigital.ula.ve

Asimismo en otro estudio, realizado en Guatemala en el 2008, denominado Percepciones, conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en comunidades rurales de Huehuetenango y Chimaltenango, se observó la existencia de varias prácticas no óptimas y prácticas inadecuadas para la alimentación de los niños. La mayoría de madres inician la alimentación complementaria alrededor de los seis meses, sin embargo, los principales alimentos usados al inicio no son adecuados en términos de densidad energética y de nutrientes, la frecuencia de alimentación es la misma que la frecuencia de alimentación de la familia y la variedad de alimentos es muy pobre para cubrir los requerimientos nutricionales de los niños. (4)

El inicio de la Alimentación Complementaria generalmente se da por ciertos procesos afectivos que influyen en la decisión de la madre, como angustia materna al observar que el niño abría la boca o “quería quitarles la comida” cuando ellas comían percibiendo así hambre o antojo en el niño y cuando “buscaban” comida con la mirada cuando ellas preparaban los alimentos; como noción materna de que el niño ya debe comer y como percepción de insuficiente producción de leche. Por otro lado, las recomendaciones tanto de personas conocidas como del personal de salud ejercen influencia en la decisión de algunas madres para iniciar la alimentación complementaria. (5)

En un estudio realizado en Perú, en el año 2008 sobre la relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, encontró que la mayoría de las madres desconoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso. (6)

Sáenz María, en Colombia, en el año 2007, realizó un estudio sobre Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá, con el objetivo de Identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El método fue descriptivo, cualitativo y cuantitativo, mediante la aplicación de una encuesta a 199 padres de los niños del Jardín durante los años 2006 y 2007. Entre sus conclusiones se tiene que: El 40 % de las madres mantienen la lactancia materna hasta los 12 meses, lo cual parece mostrar buenos conocimientos sobre los

beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63 % de los casos a los 6 meses de vida y en un 28 % a los 4 meses y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses, lo que refleja una buena información sobre la exclusividad de la lactancia en los primeros meses.(7)

Por otro lado, Rojas y col., en su estudio sobre Enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias y características de la alimentación complementaria de niños de 12 a 35 meses en el Perú, concluyeron que existen aún elevadas prevalencias de enfermedades infecciosas, mientras que las características de alimentación del niño, aún no siguen los patrones recomendados, afectando la salud y nutrición de los niños del Perú. (8)

Por otro lado, en el estudio realizado en el 2014 con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los residentes del postgrado de Puericultura y Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal sobre las recomendaciones y prácticas adecuadas de alimentación complementaria, donde se aplicó un instrumento tipo cuestionario, se concluyó que los residentes de postgrado sí poseen conocimientos acertados sobre alimentación complementaria al encontrar que el mayor porcentaje correspondió a respuestas correctas, especialmente en lo que se refiere a edad de inicio, cambios en el crecimiento y desarrollo, requerimientos nutricionales, evaluación nutricional.

Aunque en general los porcentajes de respuestas incorrectas no fueron elevados, sí reflejaron cierta debilidad, sobre todo en lo que se refiere a las prácticas como tal de alimentación: condiciones en las que debe ser ofrecida la alimentación, tipos de alimentos, textura, frecuencia, cómo realizar la introducción de un nuevo alimento, así como lo referente a prevención de enfermedades crónicas. (9)

BASES TEÓRICAS

Al hablar sobre alimentación, es necesario iniciar a partir de algunos conceptos generales que permitan profundizar y comprender progresivamente este acto tan sencillo en apariencia, pero que en esencia constituye un hecho vital, que fácilmente puede verse vulnerado por distintos factores, y predisponer al individuo a problemas de salud, especialmente en la edad pediátrica.

Así por ejemplo, la Alimentación se define como el proceso a través del cual se incorporan sustancias nutritivas al organismo en forma de alimentos, sabiendo que los alimentos tienen ciertas propiedades que estimulan los sentidos del gusto, olfato y vista y, por tanto el apetito, y asimismo, entendiendo como sustancias nutritivas o lo que es lo mismo, nutrientes, a todos aquellos compuestos, orgánicos e inorgánicos, los cuales, una vez introducidos en la sangre, pueden ser utilizados por el organismo para una variedad de procesos vitales, tales como, obtención de energía, formación de células para el crecimiento y funcionamiento de los tejidos, entre otros; bioquímicamente, dichos nutrientes son los Hidratos de Carbono, Grasas, Proteínas, Vitaminas y Minerales.

Para hablar de una alimentación equilibrada, es importante que los alimentos proporcionen el porcentaje recomendado de cada nutriente, 50 a 55% de Carbohidratos, de ellos el 90% deben ser hidratos de carbono complejos (cereales, tubérculos, legumbres, frutas) y 10% azúcares simples. Debe moderarse el consumo de sacarosa para prevenir caries dental, hiperlipemia y obesidad. Cada gramo metabolizado genera 4 calorías. Grasas 30 a 35%, con un reparto de 15% monoinsaturadas (aceite de oliva, frutos secos), 10% de

poliinsaturada (especialmente omega-3 del pescado) y 10% saturada, generan 9 calorías por gramo. De proteínas, 10 a 15% de proteínas de alta valor biológico (65% origen animal), proporcionan 4 calorías por gramo. (10)

Estos nutrientes se encuentran distribuidos en los diferentes tipos de alimentos, que a su vez de forma práctica y para proporcionar una guía de alimentación balanceada, han sido divididos en tres grupos básicos, el primer grupo corresponde a alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico; el segundo, las hortalizas y frutas, alimentos ricos en vitamina A, C entre otras; y el tercer grupo que corresponde a los alimentos cuya principal función es el aporte de energía, como el pan, cereales y vegetales ricos en carbohidratos complejos. (10,11)

En el año 2007, el Instituto Nacional de Nutrición, propuso redefinir la agrupación básica de los alimentos, dando como resultado el trompo de los alimentos, clasificación constituida por cinco grupos de alimentos, distribuidos en franjas de colores, y además incluían dos elementos importantes el agua y la actividad física. (12)

En el trompo de los alimentos, la Franja Amarilla corresponde a los granos, cereales, tubérculos y plátanos, alimentos que provocan sensación de saciedad, aportan principalmente energía a través de los Carbohidratos, y en menor proporción Proteínas, pero al combinar cereales y granos se obtienen proteínas de mayor valor biológico, contienen además vitaminas del complejo B, hierro y calcio. (12)

Los alimentos que pertenecen a la Franja Verde son las hortalizas como la lechuga,

tomate, cebolla, brócoli, berenjena, auyama, zanahoria, y las frutas, la función de este grupo es proporcionar vitaminas y minerales, especialmente vitaminas A y C. La Franja Azul está constituida por la leche con sus derivados lácteos, carnes rojas y blancas, así como huevos, estos alimentos son fuente principal de proteínas de alto valor biológico, así como de vitamina A, vitaminas del complejo B, calcio, ácido fólico, hierro y ácidos grasos saludables. (12)

En la Franja Naranja encontramos los aceites y las grasas, esenciales para el organismo ya que son reserva de energía y participan en el desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso. Deben consumirse con moderación ya que su exceso se asocia con riesgo cardiovascular. La Franja Gris contiene los azúcares, y finalmente el Agua, que es esencial para el buen funcionamiento de nuestros órganos y sistemas. (12)

www.bdigital.ula.ve

Es necesario el conocimiento de los alimentos y su valor nutritivo, a fin de poder convertir las recomendaciones nutricionales en información práctica, y a la vez, poder evaluar, modificar y conducir los patrones de alimentación de un individuo. La distribución por grupos básicos de alimentos, mediante la sugerencia de escoger alimentos de cada grupo para cada una de las comidas del día, permitirá finalmente una dieta balanceada, accesible a los gustos y disponibilidades, adecuada en nutrientes y fibras. (11)

El seguimiento constante de las leyes fundamentales de la alimentación, conocidas como las reglas de oro del Doctor Pedro Escudero, argentino pionero de la nutrición en América Latina. Según estas leyes, la alimentación debe ser, Completa, incluir alimentos de todos los grupos; Equilibrada, debe proveer los nutrientes en proporciones y relación

adecuadas (representados por sus alimentos-fuente); Suficiente, debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes; Adecuada, debe adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el ser humano, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas. “CESA” es el acróstico que el doctor Escudero pensó para expresar que “si la alimentación del niño no es CESA, el crecimiento del niño CESA”. (13)

Por otro lado, desde un punto de vista objetivo, al hablar de nutrición, es importante mencionar el estado nutricional, que no es más que la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes, por lo cual se basa en el resultado entre la ingesta de alimentos que recibe y el gasto energético que presenta, alteraciones de estos factores pueden causar malnutrición por deficiencia o por exceso, que pueden repercutir en cambios bioquímicos y clínicos, que llevan a muchos problemas de salud. (14)

Por ello, la evaluación de los aspectos nutricionales en el ser humano y especialmente en la edad infantil es básica, por lo tanto es fundamental su empleo en la práctica de la medicina preventiva, ya que puede describir una situación de alerta sobre desviaciones en el crecimiento y en la composición corporal. (15). Es importante evaluar previamente si el crecimiento y el desarrollo del niño o niña son o no los adecuados. El monitoreo del crecimiento es esencial para ayudar a las madres o cuidadores a comprender cómo la alimentación y las medidas preventivas de salud pueden asegurar la salud integral del niño. (16)

La evaluación del estado nutricional se considera como la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se encuentre un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar, la cual comprende la historia médica y dietética a través de la anamnesis nutricional, el examen físico que incluye la antropometría y exámenes de laboratorio, pudiéndose usar solos o de forma combinada, caracterizando los diferentes grados de alteraciones nutricionales, tanto por déficit como por exceso. (17,18).

Desde esta perspectiva, la valoración nutricional antropométrica infantil considera la medición del peso, la talla, correlacionándose con la edad y entre sí; estas medidas se utilizan para construir indicadores de riesgo o daño nutricional en relación a estándares vigentes para hacer la calificación y el diagnóstico nutricional integrado. (19)

www.bdigital.ula.ve

La interpretación de los datos obtenidos, se realiza utilizando como patrón de referencia, las tablas diseñadas por el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el caso particular de Venezuela se utilizan las tablas elaboradas por FUNDACREDESA, las cuales fueron delineadas según las características demográficas de la población venezolana. Del mismo modo, es muy importante valorar los cambios a lo largo del tiempo para interpretar el crecimiento y estado de nutrición de un niño. (20)

En estas tablas antropométricas, el indicador peso para la edad (P/E) determina directamente el estado nutricional. La talla para la edad (T/E) establece el crecimiento lineal continuo, constituyendo el mejor indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo, el cual refleja la cronicidad de alteraciones nutricionales. De igual manera el

peso para la talla (P/T) indica el estado nutricional actual y no requiere un conocimiento preciso de la edad. (19)

Según los datos obtenidos de las tablas de FUNDACREDESA, se define como alto a todo valor mayor al percentil 90 de referencia para P/T, T/E y P/E, normal a los ubicados entre los valores mayores al percentil 10 e igual o menor al percentil 90 de la referencia para P/T, T/E y P/E, y bajo al valor igual o menor al percentil 10 de la referencia para P/T y P/E, mientras que para T/E con un valor igual o menor al percentil 3 de la referencia; en esta última tabla se distingue una zona crítica negativa que se encuentra por encima del percentil 3 y el percentil igual o menor que 10 de esta referencia. (21)

En este sentido, la calificación nutricional se alcanza al conjugar el resultado para cada uno de estos valores obtenidos, utilizando como referencia el patrón de tablas antropométricas, para luego emplear la guía elaborada por Hernández de Valera Y, Arenas O y Henríquez G (1993), para la interpretación del diagnóstico nutricional. (22).

De esta manera es posible establecer una relación entre las características de la alimentación de un niño y su estado nutricional.

Alimentación Complementaria

La Alimentación complementaria oportuna, se refiere a la alimentación distinta a la leche humana que recibe el lactante, y que se ofrece para complementar sus nutrientes. Este es el período de transición hacia la alimentación familiar.

Actualmente se prefiere el término “oportuna”, en lugar de referirse a “destete” o “ablactación”, utilizados en el pasado y que no son sinónimos, a raíz de la revalorización de la lactancia materna y de la necesidad de complementarla con otros alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales alrededor del sexto mes de edad. El término “oportuna” hace referencia al momento óptimo para la introducción de alimentos complementarios.

(16)

Asemejándose a las ya mencionadas Leyes de Escudero, debe ser Oportuna, iniciada en el momento justo, cuando las necesidades de energía y nutrientes sobrepasan las que se pueden proporcionar con lactancia natural exclusiva y frecuente; Adecuada, que provea energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales según la edad del niño y adaptados a su realidad cultural, social y económica; Segura e inocua, preparada, almacenada y servida de forma higiénica; y una característica llamativa a mencionar, la alimentación complementaria debe ser Perceptiva, brindada con afecto, respetando las necesidades del niño y atendiendo a las señales de apetito o saciedad.

(23)

Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psicosocial consiste, específicamente, alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus señales de hambre y satisfacción; alimentar despacio y pacientemente y alentar a los niños a comer, pero sin forzarlos; si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer; minimizar las distracciones durante las

horas de comida si el niño pierde interés rápidamente; recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor, hablar con los niños y mantener el contacto visual es importante.

Existe un reconocimiento creciente de que la alimentación infantil óptima está relacionada no sólo con el *qué* se come, sino también con el *cómo*, *cuándo*, *dónde* y por *quién* es alimentado el niño (24)

Iniciar la alimentación complementaria resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria. (13).

La madurez neurológica: los reflejos relacionados con la alimentación, presentes en las diferentes etapas pueden interferir o facilitar la introducción de los alimentos. A partir del cuarto mes se pierde el reflejo de extrusión o protrusión de la lengua, mejorando además la coordinación de labios y mandíbula. Desde el sexto mes el niño se sienta, lleva manos y objetos a la boca, abre la boca y se estira hacia la persona que lo alimenta, sonríe mostrando interés por los sólidos o aleja la cabeza de la comida mostrando saciedad.

La madurez gastrointestinal se alcanza a partir del cuarto mes, cuando la producción de enzimas alcanza niveles óptimos. La amilasa pancreática está ausente al nacer y se produce hacia el cuarto – sexto mes de vida, igualmente ocurre con la lipasa y proteasas pancreáticas.

Además antes del cuarto mes la mucosa intestinal es permeable a moléculas grandes no hidrolizadas con capacidad antigénica lo que contribuye a las alergias alimentarias. La inmunotolerancia digestiva se alcanza al sexto mes por la colonización, desarrollo y calidad de la flora gastrointestinal. La madurez renal, ocurre a partir del cuarto mes mejora la filtración glomerular y la capacidad de concentración, lo que permite a los seis meses tolerar una mayor carga de solutos. Asimismo, se evidencia un aumento de los requerimientos nutricionales que se manifiesta por cambios en el patrón de alimentación: el niño pide comida más frecuentemente, se despierta de noche con hambre, no se satisface después de mamar activamente más de 8 veces al día, aumentan los requerimientos de hierro.

El requerimiento de un nutriente se define como la cantidad mínima de dicho nutriente que favorece un estado óptimo de salud. Las necesidades de energía y nutrientes son variables en los niños y dependen del metabolismo basal, velocidad de crecimiento, actividad física, tamaño corporal y sexo. (13)

Los requerimientos calóricos son mayores en los niños pequeños por: 1. Mayor superficie corporal relativa, 2. Actividad corporal más intensa, 3. Mayor metabolismo proteico con mayor acción dinámica específica de estos nutrientes, 4. Crecimiento acelerado y 5. Mayor cantidad relativa de excretas y mayor pérdida de calor. Los valores recomendados a diferentes edades son los siguientes, de 0 – 6 meses, 120cal/kg/día; 6 – 12 meses, 110cal/kg/día; 1 – 3 años 100cal/kg/día; 4 – 6 años 80 – 90 cal/kg/día.

De igual manera, el requerimiento de Agua basado en el consumo calórico es de 1 a

1.5ml/Kcal. Los lactantes tienen una mayor necesidad de agua por la capacidad limitada de los riñones para controlar carga de solutos, su mayor porcentaje de agua corporal y a su área de superficie grande por unidad de peso corporal. El requerimiento de agua en el primer año de vida es de 150 ml/kg/día y, el requerimiento de agua después del primer año: 100 ml/kg/día. (13)

Evaluación Nutricional

Antes de iniciar la Alimentación Complementaria, sería pertinente y oportuna por parte del médico responsable de la salud del niño, la realización de una evaluación de la alimentación y el estado nutricional del niño. (25).

Los objetivos de esta evaluación son conocer qué tipo de lactancia recibe el niño. Si se amamanta, para que no se suspenda, como frecuentemente ocurre cuando se inicia la Alimentación Complementaria. Si ingiere fórmula láctea, para verificar que la técnica de preparación sea correcta, con énfasis en la dilución, cantidad por toma, cantidad en 24 horas (~ 750 ml/día), y cómo se administra. Conocer los motivos por los que se inicia la Alimentación Complementaria, que pueden ser: porque ha cumplido seis meses, porque siendo menor de esta edad requiere apoyo nutricional o por falta de asesoría correcta a la madre, condiciones de gran importancia que deben tenerse en mente para dar la consejería apropiada.

Conocer los hábitos familiares de alimentación y qué conocimientos tiene la madre sobre este proceso. Esto tiene como propósito identificar posibles prácticas que pudieran ser nocivas para la salud del niño, tanto en el sentido de carencias como de excesos. Como

ejemplos se encuentran: inicio de AC con caldos (sin el alimento sólido, leguminosas o carne), o con jugos o compotas industrializadas.

Después de conocer las formas de alimentación es fundamental evaluar la condición nutricia del niño. La medición antropométrica que usa edad, peso y longitud (talla) es de gran utilidad. (25). La selección de los alimentos que se incluirán en el menú de Alimentación Complementaria, serán los que el niño necesite, según se trate de preservar un buen crecimiento, revertir o detener un retardo del crecimiento lineal, prevenir la carencia de micro nutrientes o de sobrepeso u obesidad.

Del mismo modo, durante dicha evaluación es conveniente a fin de hacer adecuadas recomendaciones dietéticas, determinar la presencia de ciertos antecedentes en el niño, tales como, antecedentes de alergias e intolerancias, niños que tengan antecedentes familiares de estas enfermedades, el propósito es omitir los alimentos involucrados hasta después del primero o segundo año de vida; sin embargo la ausencia de esta antecedente no excluye las probables reacciones del niño ante la ingesta de un nuevo alimento, por lo que el médico debe vigilar sistemáticamente estas manifestaciones durante el proceso de alimentación complementaria. (24,25)

Prácticas de inicio de Alimentación Complementaria

Los momentos claves del proceso de transición del bebé hacia la alimentación complementaria se pueden describir por edad, así a los seis meses, van apareciendo las señales de maduración ya mencionadas a nivel psicomotor, que indican que es tiempo de

iniciar con la alimentación complementaria. Para esto, se deben escoger alimentos frescos, higiénicos, fáciles de digerir por el niño (suaves), sin demasiada consistencia o que contengan partes sólidas que puedan ahogar al bebé. Generalmente, se aconseja iniciar con compotas naturales de frutas, purés-papillas de vegetales; esta etapa es también crucial para introducir carnes, molidas o en puré, con el fin de colaborar con la cobertura de nutrientes críticos como hierro y zinc. (13)

Hacia los siete meses, después de haber iniciado con alimentos blandos y suaves, el intestino ha adquirido mayor madurez y las papilas gustativas están más desarrolladas. Por lo tanto, el bebé está en capacidad de aceptar combinaciones de alimentos, con aumento progresivo de la consistencia, aunque de fácil digestión y que no le ocasionen intolerancias como diarrea, vómito, distensión y gases.

www.bdigital.ula.ve

A los ocho meses de edad ya tienen movimientos de pinza (dedos pulgares e índice) y, por ende, pueden “asir” trozos de alimentos con sus dedos. Por ejemplo, trozos de frutas, trozos de pan, galletas. Esto incentivará el avance en la dentición, la masticación y la coordinación entre boca y movimientos de la mano (oral motora). El bebé aprenderá a masticar y a pasar los alimentos más sólidos sin atorarse.

Los alimentos complementarios se introducen gradualmente, se recomienda un alimento nuevo por vez, con cambios cada 3 días para detectar posibles intolerancias. La leche materna debe mantenerse y en aquellos niños no amamantados o que reciben lactancia mixta se debe ofrecer fórmulas de continuación fortificadas con hierro. El niño debe sentarse y recibir los alimentos con cucharilla.

El orden de introducción de los alimentos sigue un patrón cultural, en Venezuela se inicia con tubérculos (apio, ocumo, ñame, papa, yuca y plátano), hortalizas (auyama, zanahoria) y carnes licuadas en forma de sopas. Añadir una pequeña cantidad de aceite vegetal a los vegetales para aumentar su valor calórico, pero fundamentalmente para promover la cobertura de los ácidos grasos esenciales. La cantidad y consistencia se aumenta según la edad (licuados-puré y sólidos).

También se ofrecen a partir del 6º mes las frutas no cítricas en forma de puré o jugos en cantidad no mayor a 4-6 onzas al día, ya que un consumo mayor se relaciona con déficit ponderal y diarreas. Las frutas cítricas (naranja, mandarina, piña, fresa, limón, guayaba, tomate, mora, parchita) se introducen en mayores de 1 año, por ser muy alergénicas.

En cuanto a los cereales, son uno de los pilares de la alimentación humana, representan la principal fuente de Hidratos de Carbono (HC) y fibra de la dieta, siendo los más utilizados: trigo, arroz, maíz, centeno, cebada, avena, mijo y sorgo. Contiene aproximadamente un 70-78% de HC, 6-13% de proteínas y 1-6% de grasas. Aunque los cereales contienen todos los aminoácidos, presentan deficiencias relativas de algunos de ellos, lo que les confiere un bajo valor biológico, debiendo ser complementados con otras proteínas. El contenido proteico varía según el tipo de cereal, siendo mayor el del trigo y la avena, y menor el del arroz y el maíz. Los cereales son una importante fuente de vitaminas del grupo B (niacina y tiamina), de pequeñas cantidades de elementos traza (hierro y selenio) y de minerales (fósforo, potasio, magnesio y calcio). Se recomienda iniciar con cereales sin gluten, arroz y maíz, por tener menor capacidad antigénica y no estar relacionados con Enfermedad Celíaca. (26).

La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) en el 2008 expresa evitar tanto la introducción precoz, antes de los 4 meses, como la tardía, después de los 7 meses, y de introducir el gluten gradualmente mientras el lactante recibe leche materna y con ello reducir el riesgo de enfermedad celiaca y alergia al gluten. En el 2014, dos estudios independientes publicados en The New England Journal of Medicine llegan a la conclusión de que la edad de introducción del gluten no modifica el riesgo de desarrollar la enfermedad celiaca y que la lactancia materna a cualquier edad tampoco confiere protección. No están de acuerdo con las recomendaciones del 2008, pero tampoco las invalidan. Por lo que entonces actualmente no existe evidencia que permita establecer nuevas recomendaciones. Se desconoce la edad idónea de introducción del gluten en la alimentación del lactante. Parece una opción razonable introducirlo a los 6 meses. (26)

Con independencia del momento de introducción, tras incorporar un nuevo alimento, parece prudente recomendar una exposición regular (por ejemplo, varias veces a la semana) para mantener la tolerancia oral. También se ha observado que la inclusión de una mayor diversidad de alimentos en el primer año se asocia a un riesgo disminuido de padecer asma, alergia alimentaria o sensibilización a los alimentos. (26)

No debe añadirse Sal a los alimentos, ya que su contenido natural satisface los requerimientos y el consumo excesivo se relaciona con hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares en el adulto. No se recomienda el consumo de azúcar y golosinas, pues son causantes de caries y hábitos inadecuados que se relacionan con obesidad y diabetes. Deben evitarse alto consumo de los ácidos grasos transhidrogenados.

Se recomienda que los alimentos sean preparados en el hogar. Entre los 7 y 9 meses el niño puede tomar alimentos con la mano y llevarlos a la boca, así como tomar en taza o vaso. Después del año de edad el niño puede ingerir alimentos sólidos y debe estar integrado a la dieta familiar, sentarse a la mesa con los demás e iniciarse en el uso de los cubiertos, manejando el esquema y los horarios de comida de los adultos, con tres comidas principales y al menos 1 ó 2 meriendas; si bien come de “todo”, la consistencia dependerá del nivel de desarrollo (triturado, molido o en puré, trozos pequeños). (13,23)

Por lo tanto es esencial que los padres reconozcan la importancia y necesidad de que los alimentos que se ofrezcan y por los cuales el niño presente preferencia sean de calidad nutritiva, allí juega un papel protagónico el pediatra puericultor.

www.bdigital.ula.ve

MARCO METODOLÓGICO

Tipo, Diseño y Nivel de la Investigación

Se realizó un estudio de tipo no experimental, de diseño transversal y nivel descriptivo, ya que la población fue estudiada tal como se presentó, sin intervención alguna, obteniendo los datos de interés directamente de la fuente y en una sola ocasión para posteriormente analizarlos. (27) (28).

Población y Muestra

En este trabajo de investigación se incluyeron a los lactantes de 6 a 23 meses de edad que acudieron a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, durante el período mayo-junio 2015. El número de lactantes atendidos fueron 21, por lo cual la población fue igual a la muestra.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Según Fidias (2006) la técnica de investigación es el procedimiento o forma particular que se utiliza para registrar las observaciones y así obtener datos o información. La técnica de recolección de datos aplicada en esta investigación fue el cuestionario, pues constituye una forma concreta para lograr que el investigador fije la atención en los aspectos relevantes, sin desviarse del objeto de estudio, y además que se sujete a las condiciones establecidas previamente para la población y muestra seleccionada.(29)

Según Rodríguez, Gil y García (1999) “la técnica del cuestionario se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado. Allí se anotan

las respuestas”. (30)

En la presente investigación los datos pertinentes al estudio fueron recolectados en un instrumento elaborado para tal fin, tipo cuestionario, el cual se denominó Cartilla de Alimentación, revisado y validado por un experto. Se recogieron los datos durante los meses Mayo y Junio del año en curso, de lunes a viernes, de 7 a 11 am.

El cuestionario, designado Cartilla de Alimentación quedó constituido por ocho partes (ANEXO 1), la primera parte recoge los datos de identificación dados por nombre y fecha de nacimiento, así se logra clasificar a los lactantes por sexo, y a su vez, por edad, que para efectos de esta investigación, la edad de los lactantes se distribuyó en dos grupos, lactantes de 6 a 11 meses de edad, y lactantes de 12 a 23 meses de edad.

La segunda parte correspondió al estado nutricional, por lo que se registró peso en kilogramos y talla en centímetros, estas medidas fueron aportadas por el personal de enfermería que labora en la consulta, datos que permitieron a su vez, determinar el diagnóstico nutricional antropométrico de cada lactante, para lo cual se emplearon las Tablas Antropométricas elaboradas por FUNDACREDESA, donde se conjugó las relaciones establecidas en las mismas de: Peso-Talla (P/T); Talla-Edad (T/E) y Peso-Edad (P/E).

Se estableció un valor Alto aquel mayor al percentil 90 de referencia para Peso-Talla (P/T); Talla-Edad (T/E) y Peso-Edad (P/E); será Normal aquel valor mayor que el percentil 10 e igual o menor que el percentil 90 de la referencia para P/T, T/E y P/E; y un valor Bajo

aquel igual o menor que el percentil 10 de la referencia para P/T y P/E; y para T/E correspondió al valor igual o menor que el percentil 3; se habló de Zona crítica negativa a un valor mayor al percentil 3 e igual o menor que el percentil 10 de la referencia para T/E.

Dichos valores se llevaron a la guía de interpretación combinada de Hernández y Henríquez G. (ANEXO 3) donde se obtuvo el Diagnóstico de la Evaluación Antropométrica, para este estudio se resumió en tres principales diagnósticos, normal, desnutrición y sobrepeso.

La tercera parte contempló las interrogantes pertinentes a las prácticas de alimentación complementaria, la primera sobre si recibe o no recibe alimentos diferentes a la leche materna y/o artificial; el siguiente ítem permitió identificar edad de inicio mediante la pregunta ¿desde qué edad?, expresada en meses. Estos datos a su vez se clasificaron en tres categorías, menor, igual y mayor a seis meses; el tercer ítem correspondió a la pregunta sobre los tipos de alimentos que recibe desde que inicio su alimentación complementaria, dando la oportunidad a cada padre de explicar la variedad de alimentos que ofrece dentro de los grupos adecuados verduras, frutas, carnes, y si ofrece o no alimentos inadecuados, como son crema de arroz, sal, azúcar, golosinas.

La cuarta y quinta parte se destinaron para registros sucesivos del estado nutricional del paciente, dado que la cartilla de alimentación se empleó no sólo como instrumento para recolección de datos para la investigación, sino también, aprovechando la oportunidad de contacto con el paciente, como instrumento de educación y de motivación a los padres sobre alimentación, por lo que les fue entregada para ser usada en sus controles de niño

sano siguientes en la localidad de procedencia.

Continuando con el propósito de instruir e incentivar, las partes seis, siete y ocho de la cartilla, correspondieron a consejos y recomendaciones para una alimentación óptima, sustentadas en las diferentes literaturas, así como una tabla ilustrativa sobre la forma de introducir al lactante progresivamente en una dieta diferente a la lactancia.

Procesamiento y Análisis Estadístico de los Datos

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias, mediante el programa IBM. SPSS Statistics versión 23, ilustrando los resultados con tablas y gráficos. Se calculó Intervalo de Confianza.

www.bdigital.ula.ve

RESULTADOS

CUADRO 1

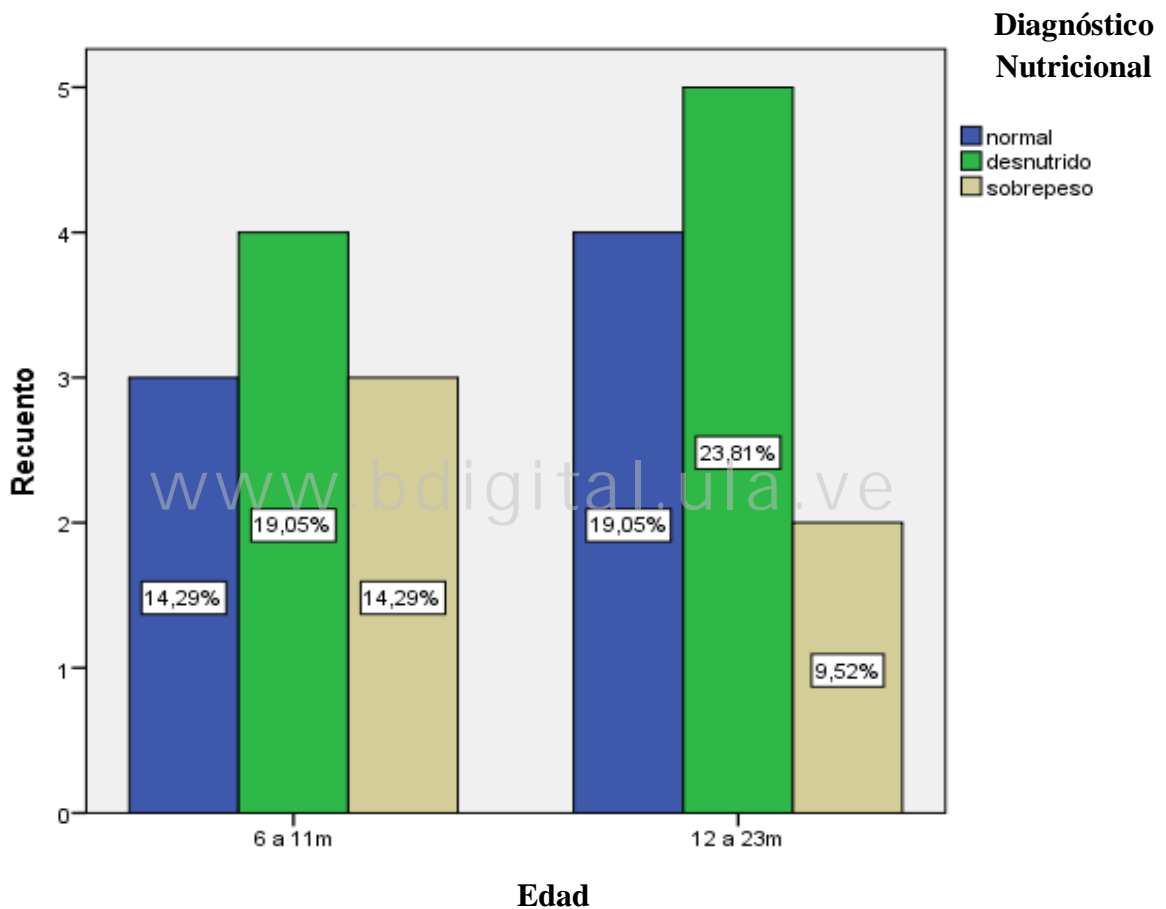
DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LOS LACTANTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. MAYO-JUNIO 2015

Grupo de Edad	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lactantes de 6 a 11 meses	6	60	4	40	10	100%
Lactantes de 12 a 23 meses	3	27,2	8	72,7	11	100%
Total	9	42,8	12	57,1	21	100%

Del total de lactantes entre 6 y 23 meses de edad que acudieron a la consulta de pediatría, predominaron aquellos con edades comprendidas entre los 12 a 23 meses de edad; en cuanto al sexo en general predominó el masculino.

GRÁFICO 1

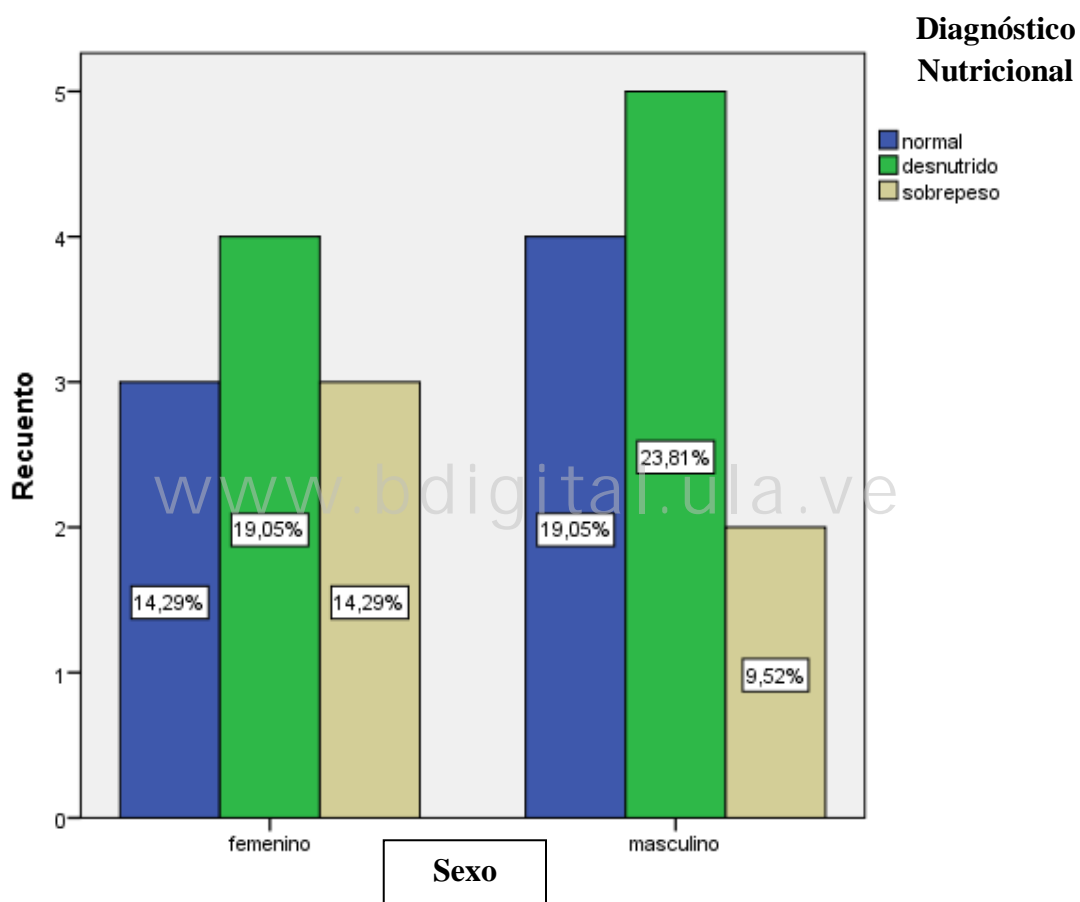
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD Y DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO DE LOS LACTANTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. MAYO-JUNIO 2015



Predominaron los lactantes con diagnóstico antropométrico de desnutrición para ambos grupos, con un ligero predominio, 23,81% de los lactantes con edades entre los 12 y 23 meses.

GRÁFICO 2

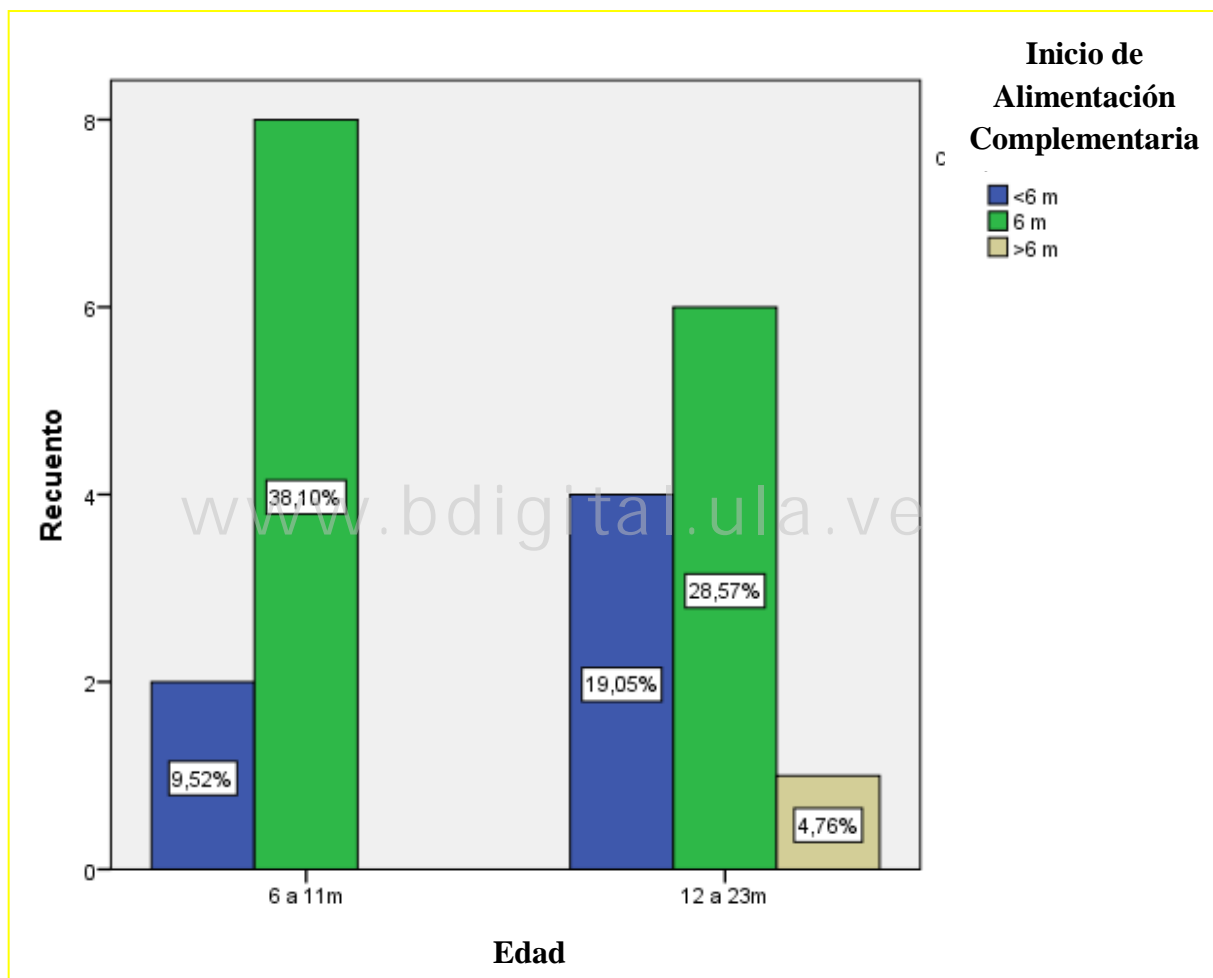
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO DE LOS LACTANTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. MAYO-JUNIO 2015



El sobrepeso predominó en los lactantes del sexo femenino; tanto la desnutrición como la nutrición normal predominaron en el sexo masculino.

GRÁFICO 3

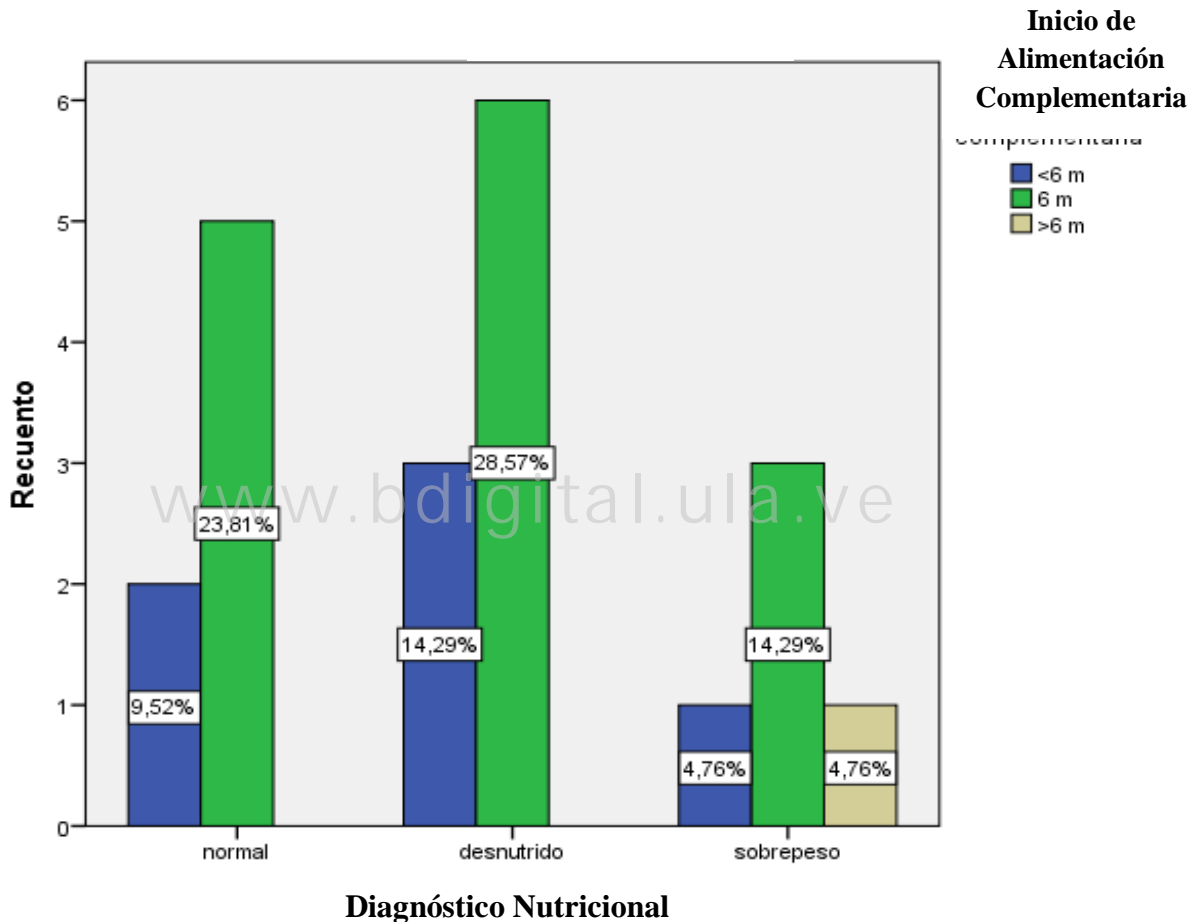
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD Y EDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS LACTANTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. MAYO-JUNIO 2015.



De la población estudiada, la mayoría inician su alimentación complementaria a los 6 meses de edad, seguidos de aquellos que lo hacen precozmente antes de los 6 meses y un pequeño porcentaje tardíamente, luego de los 6 meses.

GRÁFICO 4

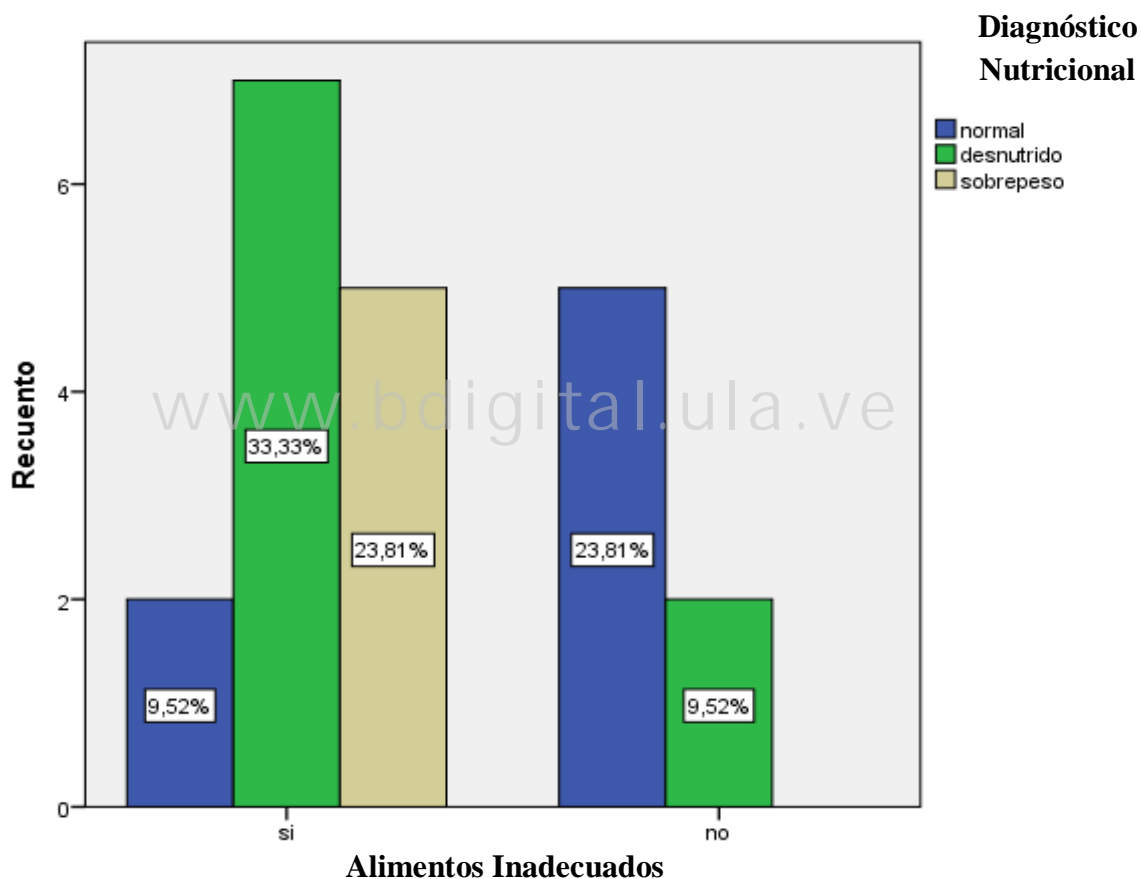
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO EN LOS LACTANTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. MAYO-JUNIO 2015.



Los lactantes con diagnóstico normal, desnutrición y sobrepeso inician su alimentación complementaria a los 6 meses de edad; del total de niños que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses, el mayor porcentaje presentó desnutrición

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO Y CONSUMO DE ALIMENTOS INADECUADOS EN LOS LACTANTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. MAYO-JUNIO 2015



El mayor porcentaje de lactantes que refirieron sí consumir alimentos inadecuados dentro de su dieta, presentaron en su evaluación nutricional, diagnóstico de desnutrición seguido de sobrepeso; el diagnóstico nutricional normal fue mayor en aquellos lactantes que negaron consumir dichos alimentos en su dieta.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el estado nutricional de 21 lactantes que asistieron a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante el periodo mayo-junio 2015, encontrándose que el 42,8% presentaban un diagnóstico antropométrico de desnutrición, siguiéndole en frecuencia con un 33,34%, aquellos lactantes con diagnóstico antropométrico normal, y en tercer lugar los lactantes con sobrepeso, 23,8%. Estos resultados son comparables con un estudio realizado en Perú, en el año 2008 sobre la relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, en donde por el contrario a este estudio, respecto al estado nutricional de los niños predominó la normalidad y fue mayor la malnutrición por defecto que por exceso. (6)

www.bdigital.ula.ve

Con respecto a la edad de en la que suelen iniciar la alimentación complementaria, 66,67% lo hacen a la edad de 6 meses, y un 28,57% precozmente a los 4 meses, y sólo en un 4,7% inician en edad posterior a los 6 meses; estos resultados son similares a los del estudio realizado por Sáenz, en Colombia, en el año 2007, sobre Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá, donde el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63 % de los casos a los 6 meses de vida y en un 28 % a los 4 meses y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses. (7)

En cuanto a los tipos de alimentos que son ofrecidos a los lactantes, se apreció que la totalidad de los niños estudiados, inician su alimentación complementaria con las verduras, frutas y carnes recomendadas; sin embargo a su vez la mayoría consume

golosinas, cereales de bajo valor nutritivo (crema de arroz), y añaden azúcar y sal; estos hallazgos contrastan con los de La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia de Argentina, en su publicación “la alimentación de los niños menores de 2 años” del 2010, entre sus resultados se pudo evidenciar el inicio temprano de la alimentación complementaria, observándose que el 70% de los niños incorpora algún alimento antes de los 6 meses de vida. Entre los alimentos incorporados mas tempranamente se encuentran el yogur, los vegetales cocidos y los purés de frutas. (3)

En relación al diagnóstico nutricional en relación también cabe destacar, que aquellos niños con diagnóstico antropométrico normal no incluyeron en su dieta alimentos calificados como inadecuados, mientras que los que presentaron desnutrición y sobrepeso recibían crema de arroz, algunos leche completa y añadían azúcar y sal.

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIONES

Los resultados encontrados en el presente estudio permiten concluir que, los padres de los lactantes de la consulta de pediatría del Hospital Central de san Cristóbal, escogen correctamente las frutas, verduras y carnes para iniciar y continuar la alimentación complementaria; aunque la mayoría inician a la edad adecuada, existe aún un porcentaje que en forma precoz introducen alimentos diferentes de la leche, basados en el argumento de que al niño le “provoca”. Predominó el diagnóstico de desnutrición, y llama la atención que en esos niños estuvo presente el consumo de alimentos inadecuados por su escaso o nulo aporte nutritivo. Evidenciándose que la alimentación sí influye sobre el estado nutricional. Sería pertinente estudiar si esa influencia está dada sólo por el tipo de alimento, o si se debe a una combinación tanto del tipo como de la frecuencia y la proporción en que se ofrece al lactante.

Debe por lo tanto, seguirse educando a los padres sobre alimentación, insistiendo en las prácticas adecuadas, tratando de cambiar conductas alimentarias muy arraigadas por tradición, explicando el beneficio enorme que esto traería sobre el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

RECOMENDACIONES

- ❖ Ante los hallazgos obtenidos en el presente estudio se recomienda realizar estudios posteriores que contemplen:
 - ✓ Factores de riesgo para malnutrición por exceso
 - ✓ Evaluar la eficacia del uso de una cartilla de alimentación por parte de los padres durante la consulta de niño sano, como instrumento para un seguimiento adecuado de las recomendaciones sobre alimentación complementaria así como del estado nutricional.
 - ✓ Relacionar el patrón de introducción y frecuencia de los alimentos complementarios con el diagnóstico nutricional y el estrato socioeconómico.
 - ✓ Establecer relación entre la calidad de la alimentación complementaria y la frecuencia con que se enferman los lactantes.
- ❖ Replicar este estudio sobre una población de lactantes que acudan a consulta de niño sano, probablemente en otro centro asistencial.
- ❖ Fomentar en los médicos en formación para la especialidad de puericultura y pediatría la realización de estudios sobre temas de puericultura, ya que la misma representa el mayor porcentaje de la práctica diaria como especialistas, y finalmente los padres esperan por la educación y las recomendaciones que se le puedan ofrecer durante la consulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y el niño pequeño: Capítulo modelo para libros de texto dirigidos estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2009
2. Dewey K. Nutrición y Alimentación Infantil. Enlaces Médicos Francia-México (publicación periódica en línea). Boletín N°5, 2007. (citado noviembre 2013). Disponible en:<http://www.ffmm-iap.net/revista/2008desnutricionFFMMINSPPMEBol5.pdf>
3. Ministerio de Salud. La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2010
4. Asociación Share de Guatemala. Percepciones, conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en comunidades rurales de Huehuetenango y Chimaltenango. Guatemala, 2008
5. Huamán D, Vera R. Representaciones Sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años (tesis doctoral). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012
6. Benites J. Relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED en Vega baja (tesis doctoral). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008 (citado noviembre 2013). Disponible en: www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/509/1/benites_cj.pdf

7. Sáenz María. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá (tesis especial de grado). Colombia: Universidad de la Sabana; 2007
8. Rojas C. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, y características de la alimentación de niños de 12 a 35 meses de edad en el Perú (trabajo especial de grado). Perú: Universidad de Lima; 2004. (citado noviembre 2013). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36321306.pdf>
9. Medina, K. Conocimiento de los residentes del postgrado de puericultura y pediatría del Hospital Central de San Cristóbal sobre las recomendaciones y prácticas adecuadas de alimentación complementaria. (tesis especial de grado) Venezuela: Universidad de Los Andes, 2014.
www.bdigital.ula.ve
10. Novillo N. Conceptos Básicos de Nutrición (sitio en internet). Sisman. (citado en noviembre 2013). Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20DE%20LA%20SALUD/CARRERA%20DE%20NUTRICION%20Y%20DIETETICA/03/INTRODUCCION%20A%20NUTRICION/Nutricionparadeportistas.pdf>
11. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Principio Básico sobre el Niño Normal 2006. Venezuela: Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Ediciones Fundaeducu; 2006

12. Ministerio del Poder Popular para la Alimentación. Instituto Nacional de Nutrición. Trompo de los alimentos, Nutriendo conciencias en las escuelas para el buen vivir. Caracas, 2011. (citado noviembre 2013). Disponible en: http://www.me.gob.ve/nutricion/1.Trompo_de_Alimentos.pdf
13. Daza W, Dadán S. Alimentación complementaria en el primer año de vida. CCAP Volumen 8 Número 4. s/f. (citado Noviembre 2013) Disponible en: [http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion compleme ntaria_1ano_vida.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_compleme ntaria_1ano_vida.pdf)
14. Becerra C, Medina K. Estado nutricional y algunos factores de riesgo de malnutrición por exceso en los preescolares y escolares que asisten a la consulta de pediatría del ambulatorio urbano tipo II “Dr. Ramón E. Gualdrón” Barquisimeto, Estado Lara julio-diciembre 2010.(tesis de grado) Venezuela: Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”; 2011
15. Bejarano R, Domínguez E, González C, Aldeano N. Estado nutricional según evaluación antropométrica en niños hospitalizados. *Pediátrica de Panamá*. [Serial online] 2006 [Citado 20 Octubre 2013] 35(1)8-13. Disponible en URL: http://www.sponline.net/revista/revista_pediatica_vol35_n1_2006.
16. Ministerio de Salud .Guías alimentarias para la población infantil: Consideraciones para los equipos de salud. Argentina: Ministerio de Salud, 2006.
17. Romeo J, Wärnberg J, Marcos A. Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. *Pediatría Integral*. [Serial online] 2007. [Citado 20 Octubre 2013]. XI (4):297-304. Disponible en URL: http://www.sepeap.org/.../Valoración_nutricional_ninos_adolescentes_.

18. Hodgson M. Evaluación del estado nutricional. [Pagina web online] 2005 [Citado 01 Julio 2010]. Disponible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/EvalEstadNutric.html>
19. Campos N, Vergara A, Jara C, Orellana N, Molfino A, Torres M. Norma para el manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño(a) mayor. [Pagina web online] 2005 [Citado 20 Octubre 2013] Disponible en URL: <http://163.247.51.46/nutricion/Documentos/NORMA%20FINAL.pdf>
20. Bizarri A, Bermúdez S. Principales indicadores del estado nutricional [Pagina web online] 2006, [Citado 10 Noviembre 2013] Disponible en URL: <http://lbe.uab.es/vm/sp/old/alumnos/indicadores-nutricionales-ppt.pdf>
21. Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la población Venezuela (FUNDACREDESA). Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 1986; 49:137-154.
22. Hernández de Valera Y, Arenas O, Henríquez G. Clasificación nutricional antropométrica: modificación de la clasificación de Waterlow. Ann. Ven. Nutr. 6:31-41.
23. Nuñez L. Alimentación del Niño Sano. (Actualizaciones en Pediatría y Puericultura). Abril-Junio 2012 N°50 (citado en 2013, Mayo 1°). Disponible en: www.academiabiomédicadigital.com

24. Organización Mundial de la Salud. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2003
25. Flores S. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: Bases técnicas. Scielo (publicación periódica en línea) Volumen. 63, n° 2; 2006. (citado noviembre 2013). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166
26. Ribes Koninckx C, Dalmau Serra J, Moreno Villares J, Díaz Martín J, Castillejo G, Polanco Allue E. La introducción del gluten en la dieta del lactante. Recomendaciones de un grupo de expertos. An Pediatr (Barc). 2015. (Citado septiembre 2015). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.03.009>
27. Sociedad Científica Huachana de Estudiantes de Medicina. Metodología de la investigación, Módulo I: tipos de estudio- niveles de investigación. Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2011
28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, María del Pilar Baptista Lucio M. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México; 2010
29. Arias, Fidas G. (2006) El proyecto de investigación, guía para su elaboración. Caracas. Editorial Espíteme.
30. Gregorio Rodríguez Gómez, Javier Gil Florez y Eduardo García Jiménez (1996) Metodología de la investigación cualitativa. Málaga. Ediciones Aljibe.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL

POSTGRADO EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

SAN CRISTÓBAL – ESTADO TÁCHIRA

www.bdigital.ula.ve

El presente instrumento de recolección de datos se realiza con la intención de cumplir con los objetivos del proyecto que lleva por título, Estado Nutricional y Prácticas de Alimentación Complementaria de los lactantes de 6 a 23 meses de edad que acuden a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, durante el lapso mayo-junio 2015.

La información recopilada se usará solo para lo antes expuesto.

Autora: Dra. Katherine Medina

C.I.: V-16.695.392

Parte I: DATOS DE IDENTIFICACIÓN

FECHA:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Parte II: ESTADO NUTRICIONAL

Edad: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm.

Diagnóstico Nutricional por tablas antropométricas: _____

Parte III: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

-¿Recibe alimentos diferentes a la leche materna y/o artificial?

SI _____ NO _____.

-¿Desde qué edad? _____

-¿Qué alimentos recibe?: _____

Parte IV: ESTADO NUTRICIONAL

Edad: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm.

Diagnóstico nutricional por tablas antropométricas: _____

Parte V: ESTADO NUTRICIONAL

Edad: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm.

Diagnóstico nutricional por tablas antropométricas: _____

Parte VI: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: Consejos y recomendaciones prácticas

Para recibir alimentos, el bebé debe estar sentado

- Generar un ambiente placentero, emocional (mirarlo, tocarlo, sonreírle, hablarle).
- Ofrecer los alimentos dos horas después de tomar la leche.
- Ofrecer los alimentos con cuchara y en vaso. Nunca con tenedor ni en teteros.
- Evitar la monotonía: los alimentos deben ser variados, utilizando diferentes combinaciones, colores, sabores y texturas, y en preparaciones novedosas.
- No adicionar sal, azúcar ni condimentos

Parte VII: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: Consejos y recomendaciones prácticas

- Ofrecer los alimentos con constancia y paciencia.
- No distraer al bebé con juegos o convencerlo de comer con promesas, premios o castigos.
- Iniciar con pequeñas porciones, ofrecer varias veces e incrementar progresivamente a medida que el bebé vaya aceptando con agrado.
- Respetar la saciedad del bebé, nunca forzarlo.
- Añadir una pequeña cantidad de aceite vegetal a los vegetales para aumentar su valor calórico.

Parte VIII:

EDAD	TIPO DE ALIMENTO	TEXTURA DEL ALIMENTO	FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN
6 a 8 meses	<ul style="list-style-type: none"> -Carnes magras -Vegetales: tubérculos como apio, plátano, papa; hortalizas como la auyama -Frutas no cítricas en papillas o jugo 	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados	<p>2-3 comidas por día, sustituyendo una toma de leche. Comenzar con 2-3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250ml</p> <p>-Introducir alimento nuevo cada tres días para probar tolerancia</p> <p>-jugos: 4-6 onzas por día</p>
9 a 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> -Leguminosas (lentejas, caraotas) en forma de puré -Cereales -Derivados de la leche: yogurt, mantequilla, queso 	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano	<p>1/2 vaso o taza o plato de 250 ml</p> <p>-1-2 meriendas</p> <p>-2 tomas de leche</p>
12 a 23 meses	<ul style="list-style-type: none"> -Huevo: la clara, Pescado -Frutas Cítricas: naranja, mandarina, piña, fresa, limón, guayaba, tomate, mora, parchita -Vegetales como: espinacas, remolachas y acelgas, por su contenido en nitratos 	Alimentos sólidos (Integrado a dieta familiar)	<p>-De ¾ a 1 vaso o taza o plato de 250 ml</p> <p>-1-2 meriendas</p> <p>- 1 toma de leche</p>

ANEXO 2

Guía para la interpretación combinada de variables antropométricas

Por Hernández y Enrique

Diagnóstico Presuntivo. Evaluación Antropométrica

(PT), (TE) y (PE)

(Guía para la interpretación combinada)

NIVEL DEL INDICE			
Evaluación Antropométrica	Peso-Talla o IMC (P/T)	Talla-Edad	Peso-Edad
Sobrepeso con talla normal	Alto	Normal	Alto/Normal
Sobrepeso con talla alta	Alto	Alto	Alto
Sobrepeso (Investigar talla baja)	Alto	Zona crítica Negativa	Alto/Normal/Bajo
Talla normal (Investigar sobrepeso)	Normal	Normal	Alto
Normal	Normal	Normal	Normal

Talla alta con peso adecuado a la talla	Normal	Alta	Alto/Normal
Peso adecuado a la talla (Investigar talla baja)	Normal	Zona critica Negativa	Normal/Bajo
Talla baja con peso adecuado para la talla	Normal	Baja	Normal/Bajo
Talla normal (Investigar desnutrición actual)	Normal	Normal	Bajo
Desnutrición actual con talla normal	Bajo	Normal	Normal/Bajo
Desnutrición actual con talla alta	Bajo	Alta	Alto/Normal/Bajo
Desnutrición actual (Investigar talla baja)	Bajo	Zona crítica Negativa	Normal
Desnutrición actual con talla baja	Bajo	Bajo	Bajo

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA
SAN CRISTÓBAL – ESTADO TÁCHIRA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado amigo(a):

En el Hospital Central de San Cristóbal, específicamente en la consulta de Pediatría, se pretende realizar el proyecto de investigación que lleva por título: Estado Nutricional y las Prácticas de Alimentación Complementaria de los lactantes de 6 a 23 meses de edad que acuden a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, durante el lapso mayo-junio 2015.

El cual será llevado a cabo por la Dra. Medina Katherine, residente de tercer año del postgrado de Puericultura y Pediatría, con la asesoría metodológica y científica de los Doctores Marco Labrador y Carmen Mora respectivamente. Es un estudio que tiene como

objetivo principal describir el estado nutricional y las prácticas de alimentación complementaria en los lactantes de 6 a 23 meses de edad que acuden a la consulta de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, durante el período mayo-junio 2015.

Para realizar el estudio se aplicará un instrumento de recolección de datos a los representantes, el cual registrará Datos de identificación, Estado nutricional, edad de inicio de la alimentación complementaria y tipos de alimentos. También se realizara la medición de Talla, Peso durante la duración del estudio.

La información obtenida será utilizada única y exclusivamente para alcanzar el objetivo planteado y se garantizará la confidencialidad de la misma.

www.bdigital.ula.ve

Los participantes pueden manifestar su deseo de no continuar en cualquier momento del desarrollo del estudio una vez iniciado el mismo.

La participación en este estudio no tiene ningún tipo de riesgo para la salud de su representado.

Yo, _____, portador de la cedula de identidad Nro. _____, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, dejo constancia que he leído y entendido lo expuesto en este informe de consentimiento. Igualmente dejo constancia de que el médico responsable del estudio me

expuso y explicó en forma clara y precisa todos los pasos del protocolo del estudio. También aseguró haber hecho todas las preguntas referentes al estudio y que dichas preguntas han sido contestadas en su totalidad y a mi plena

Como resultado de haber leído y comprendido este formato de consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas. Acepto que mi representado participe como voluntario en este estudio.

ESTA SECCION (A) DEBE SER COMPLETADA SOLO POR EL REPRESENTANTE

Nombre del participante

www.bdigital.ula.ve

Nombre representante legal

Firma representante legal

Fecha

Hora.