

ENNyS

**Encuesta Nacional
de Nutrición y Salud**

Respuestas de la gente.
Propuestas para el país.



La alimentación de los niños menores de 2 años

**Resultados de la Encuesta Nacional
de Nutrición y Salud – ENNyS 2010**



**Ministerio de
Salud**

Presidencia de la Nación



La alimentación de los niños menores de 2 años

Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – ENNyS 2010

AUTORES:

Guadalupe Mangialavori

Enrique Abeyá Gilardon

Ana Biglieri Guidet

Pablo Durán

Laura Kogan

Se agradece a la Lic. Elsa Longo, a la Dra. Elvira Calvo y a la Dra. Ana Balanzat, por la lectura crítica de este material.

Se sugiere citar este artículo como:

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.



Glosario

AI = Ingesta Adecuada
AC = Alimentación Complementaria
ACO = Alimentación Complementaria Oportuna
ACT = Alimentación Complementaria Temprana
ACMT = Alimentación Complementaria muy Temprana
EAR = Requerimiento Medio Estimado
ENNyS = Encuesta Nacional de Nutrición y Salud
GBA = Gran Buenos Aires
LM = Lactancia Materna
LA = Lactancia Artificial
LME = Lactancia Materna Exclusiva
LMP = Lactancia Materna Parcial
LP/LI = Línea de Pobreza y Línea de Indigencia
NBI = Necesidades Básicas Insatisfechas
NEA = Nor Este Argentino
NOA = Nor Oeste Argentino
NSE = Nivel Socioeconómico
OMS = Organización Mundial de la Salud
OPS = Organización Panamericana de la Salud
SAP = Sociedad Argentina de Pediatría
TV = Televisión
UNICEF = Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



Índice

1. Resumen Ejecutivo

2. Introducción

- 2.1. Objetivos del documento
- 2.2. Población y metodología
- 2.3. Definiciones utilizadas

3. Resultados

3.1. Situación de la Lactancia Materna

- 3.1.1. Inicio y prevalencia de la Lactancia Materna
- 3.1.2. Aproximación al indicador de Lactancia Materna Exclusiva
- 3.1.3. Edad y razones de abandono de la Lactancia Materna
- 3.1.4. Lactancia Materna y condiciones socioeconómicas del hogar
- 3.1.5. Lactancia Materna y consumo de otro tipo de leches

3.2. Situación de la Lactancia Artificial

- 3.2.1. Tipos de Leches consumidas
- 3.2.2. Tipos de Leches consumidas y condiciones socioeconómicas del hogar
- 3.2.3. Tipo de Leche consumida y adecuación de la ingesta de Hierro
- 3.2.4. Mediana de consumo de leches

3.3. Características de las pautas de alimentación en los niños argentinos

3.4. Ingesta de energía y nutrientes de niños no amamantados

- 3.4.1. Valores absolutos de consumo de energía y nutrientes
- 3.4.2. Porcentaje de la población con ingesta inadecuada
- 3.4.3. Consumo de suplementos de Hierro
- 3.4.4. Ingesta elevada de energía
- 3.4.5. Ingesta elevada de proteínas
- 3.4.6. Ingesta de proteínas de alto valor biológico
- 3.4.7. Ingesta de Sodio

3.5. Alimentación Complementaria

- 3.5.1. Proporción de niños con alimentación complementaria oportuna, temprana y muy temprana de alimentos
- 3.5.2. Introducción tardía de alimentos
- 3.5.3. Características de la alimentación complementaria de los niños con LM
- 3.5.4. Proporción de niños con incorporación temprana de miel

3.6. Consumo de Alimentos Específicos

- 3.6.1. Contribución a la ingesta energética a partir de grupos de alimentos en la dieta de los niños de 6 a 23 meses sin LM
- 3.6.2. Consumo de bebidas
- 3.6.3. Consumo de vegetales
- 3.6.4. Consumo de frutas
- 3.6.5. Consumo de vegetales y frutas
- 3.6.6. Consumo de golosinas



- 3.6.7. Consumo de productos de copetín
- 3.6.8. Comparación del consumo de diferentes alimentos
- 3.6.9. Consumo de grasas y aceites
- 3.6.10. Consumo de miel, niños menores de un año

4. Recomendaciones

5. Referencias



1. Resumen Ejecutivo

“La alimentación de los niños menores de 2 años” es una publicación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia e integra las actividades de difusión de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Esta publicación describe aspectos puntuales de la alimentación, como la ingesta de nutrientes de los niños no amamantados y el consumo de alimentos específicos para esta edad.

La ENNyS fue un estudio transversal realizado en 2004-2005, dirigido a la población materno infantil en localidades de más de 5000 habitantes. 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, con representatividad provincial, regional y nacional. La subpoblación que se utilizó para realizar este documento corresponde a las muestras de los niños de 6 a 23 meses con representatividad regional (Área metropolitana del Gran Buenos Aires, Cuyo, Pampeana, Noroeste, Noreste y Patagonia).

A partir de los datos analizados se pudo apreciar que los niños argentinos tienen una adecuada alimentación temprana ya que el 95% de ellos inician la lactancia materna. Este dato se confirma en todas las regiones del país, como así también en los diferentes niveles socioeconómicos.

Sin embargo, la proporción de niños que continúan recibiendo lactancia materna desciende progresivamente desde los 6 meses de vida, llegando a sólo 28% alrededor de los 2 años. La mayoría de los motivos referidos por las madres para el abandono de la lactancia materna no responden a situaciones contraindicadas con la lactancia o a problemas médicos del niño o la madre.

Al temprano abandono de la lactancia se suma un 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 más tempranamente se encuentran el yogur, los vegetales cocidos y los purés de frutas.

La mayoría de las pautas de conducta relacionadas con la alimentación perceptiva fueron adecuadas según las recomendaciones vigentes; sin embargo, pudo observarse que la mitad de los niños siempre o casi siempre durante las comidas mira TV.

El consumo de Vitamina C y fibra son aspectos críticos en la alimentación de los niños más pequeños y un elevado porcentaje de ellos no cubre las recomendaciones vigentes. En contraposición, los datos de energía y proteínas revelan que una alta proporción de niños consume porcentajes elevados de ambos.

En relación con el consumo específico de alimentos de interés, se observa que el consumo de bebidas, golosinas, frutas y miel no fueron mayormente apropiadas para este grupo etáreo; y que un elevado porcentaje de niños no amamantados son alimentados exclusivamente con leches sin fortificación con Hierro.



2. Introducción

Una adecuada alimentación durante los dos primeros años de vida resulta fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. A su vez, las pautas alimentarias aprendidas durante estos años sientan las bases para la constitución de los hábitos alimentarios más tarde en la vida del individuo. Dado el rápido crecimiento de los niños, que condiciona elevados requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen, esta etapa presenta en sí misma una alta vulnerabilidad nutricional.

La identificación de problemas alimentarios y nutricionales altamente prevalentes a nivel nacional es una herramienta de suma importancia para la promoción de la salud desde el ámbito público, ya que permite orientar las acciones y asignar correctamente los recursos.

Dado que la adecuación de la alimentación a las necesidades del individuo en esta etapa inicial es crítica, las intervenciones tempranas y oportunas merecen especial atención y sirven para prevenir secuelas a futuro. Como consecuencia, los resultados positivos de la atención a las necesidades nutricionales de los niños no sólo tendrá impacto en el presente inmediato sino también a largo plazo al promover generaciones de adultos sanos.

Diversos estudios han descrito la situación nutricional de los niños menores de 2 años en la Argentina, pero la ENNyS es el primer estudio representativo a nivel nacional y regional que puede ofrecer un alto grado de detalle respecto a la situación alimentario-nutricional de este grupo etáreo. Por este motivo, se espera que la información aquí presentada ayude a fortalecer no sólo el diseño de políticas, sino también las prácticas en nutrición orientadas a la salud de los niños pequeños. Parte de esta información ha sido presentada como informe preliminar en diferentes congresos nacionales.¹⁻⁴

2.1. Objetivos del documento

“La alimentación de los niños menores de 2 años” pretende profundizar los conceptos referidos a la alimentación de este grupo etáreo presentados en el primer Documento de Resultados elaborado por el equipo de la ENNyS.⁵ Una vez definidos los grandes problemas de salud y alimentación, tanto a nivel nacional como regional, se busca entrar más en detalle en las características específicas de las prácticas alimentarias de este grupo poblacional con el fin de orientar las políticas necesarias para sostener los aspectos positivos observados en la población, como así también para mejorar los aspectos que requieran atención especial.

Los objetivos específicos de este documento son:

- Describir las prácticas de lactancia materna.
- Caracterizar la alimentación complementaria.
- Cuantificar la ingesta de energía y nutrientes en los niños sin lactancia materna.
- Estimar la magnitud de la ingesta elevada de energía, proteínas y Sodio en los niños sin lactancia materna.
- Identificar prácticas saludables y no saludables respecto al consumo de alimentos y bebidas



2.2. Población y metodología

La ENNyS fue un estudio de diseño transversal y descriptivo, orientado a la evaluación de la prevalencia de componentes que permiten definir el estado nutricional a partir de indicadores alimentarios, antropométricos y bioquímicos.

La población objetivo de la encuesta fue la población materno-infantil residente en localidades del país que, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001, poseían 5.000 o más habitantes. Los grupos de estudio fueron los siguientes:

- Niñas y niños entre 6 y 23 meses de edad,
- Niñas y niños entre 24 y 72 meses de edad,
- Mujeres entre 10 y 49 años de edad,
- Mujeres embarazadas.

Se excluyó de la población en estudio a los niños, niñas y mujeres que vivían en hogares colectivos, como asilos, guarderías, orfanatos, instituciones religiosas, hospitales, etc. En cambio, sí fueron incluidos los hogares constituidos en hoteles, pensiones e inquilinatos.

La ENNyS basa sus estimaciones en los resultados obtenidos de una muestra probabilística, que metodológicamente corresponde a un diseño estratificado de conglomerados a tres etapas y que, según la población y variables de interés, tienen representatividad provincial, regional o nacional. Las regiones constituidas para este estudio fueron las siguientes:

- Gran Buenos Aires (GBA): Ciudad de Buenos Aires y los 24 Partidos del Conurbano Bonaerense.
- Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis.
- Noreste (NEA): Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones.
- Noroeste (NOA): Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.
- Pampeana: Resto de la Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.
- Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

El diseño de la ENNyS incluyó la valoración de las siguientes áreas temáticas:



Areas Temáticas		Muestras Provinciales	Muestras Regionales			Muestra Nacional
	Hogares	Niños de 6 meses a 5 años	Niños de 6 a 23 meses	Niños de 2 a 5 años	Mujeres de 10 a 49 años	Embarazadas
Caracterización socio económica y demográfica						
Antropometría						
Ingesta alimentaria						
Lactancia materna						
Determinaciones bioquímicas						
Hemoglobina						
Ferritina sérica						
Retinol sérico						
Folatos						
Vitamina B12						
Colesterol total						
Factores de Riesgo para ECNT						
Morbilidad						
Programas de alimentación						
Desarrollo infantil						
Salud Reproductiva						
Acceso y utilización de servicios de salud						

El presente documento describe en profundidad la información sobre ingesta alimentaria del grupo de **niños de 6 a 23 meses**, obtenida a través de un interrogatorio cualitativo sobre la historia alimentaria del individuo y de un interrogatorio cuantitativo que utilizó la técnica del recordatorio de 24 horas. En este documento, para algunos análisis, se realizó una subdivisión entre los niños de 6 meses a 11,9 meses y los de 12 a 23,9 meses. Por razones prácticas, en el texto estos grupos serán referidos respectivamente como de “6 a 11 meses” y de “12 a 23 meses”.

La ingesta alimentaria se evaluó a partir de un cuestionario cuantitativo (1 recordatorio de 24 horas) y un cuestionario cualitativo. En el recordatorio de 24 horas se registró el consumo de todo lo ingerido por los individuos el día anterior a la encuesta incluyendo alimentos, bebidas (excepto agua de bebida e infusiones), y suplementos minerales y vitamínicos de especial interés. Para permitir una mejor caracterización de la ingesta se documentó el momento del día en que fue consumido cada alimento (desayuno, almuerzo, merienda, cena o colación), el día de la semana al que correspondió el recordatorio, y si se trató de un día festivo, o si el encuestado/da estaba a dieta o enfermo.

Para analizar la ingesta de nutrientes, las cantidades de alimentos, bebidas y suplementos reportados fueron traducidos a nutrientes, utilizando una tabla de composición química especialmente diseñada para esta encuesta. Dado que el relevamiento fue realizado una vez implementada la ley 25.630 de enriquecimiento de harinas para consumo humano, en la tabla de composición química se incorporaron los niveles de fortificación de los nutrientes correspondientes.



Para el requerimiento estimado de energía se utilizaron las fórmulas de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos de América (*National Academy of Sciences - NAS*)⁶; para cuya aplicación se tomó como peso de referencia para los niños y niñas el percentilo 50 para la edad y sexo según las Guías para la Evaluación del crecimiento de la Sociedad Argentina de Pediatría.⁷ El factor de actividad considerado para el cálculo fue el correspondiente a baja actividad.

Se consideró para cada grupo el valor de requerimiento medio estimado de proteínas (EAR) definido por la NAS, tomando como peso de referencia el mismo criterio que para el requerimiento de energía.⁶

Para todos los micronutrientes estudiados se tomaron como recomendación los valores establecidos por la NAS, excepto para el caso de la Vitamina A, Folato y Vitamina B₁₂ en el grupo de 7 a 12 meses. En éste último caso, se tomó el valor de EAR establecido por FAO, debido a que la NAS no cuenta con un valor equivalente.⁸ Del conjunto de valores propuestos por la NAS se comparó la ingesta con el EAR para todos los nutrientes, excepto en el grupo de 7 a 12 meses para vitamina C, tiamina, Riboflavina, Niacina, Folato, y Vitamina B₁₂, para los cuales el valor utilizado fue el de ingesta adecuada (AI). En el caso del calcio se consideró ingesta adecuada (AI) para todos los niños por no estar establecida la EAR.⁹⁻¹³

Para obtener más detalles sobre el diseño muestral y la metodología empleada en las distintas áreas temáticas de la ENNyS, se recomienda consultar el primer documento de resultados publicado por el Ministerio de Salud de la Nación.⁵

2.3. Definiciones utilizadas

Se lista a continuación la definición de los conceptos utilizados en este documento.

Alimentación Complementaria (AC): es el proceso de introducción de alimentos líquidos o sólidos que acompañan la lactancia materna o artificial.

Alimentación Complementaria Oportuna (ACO): introducción de alimentos líquidos o sólidos cuyo fin es complementar la lactancia para cubrir los requerimientos nutricionales, y que no debe realizarse antes del 6^{to} mes de edad del niño.

Alimentación Complementaria Temprana (ACT): es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos entre el 4^{to} y 6^{to} mes de edad del niño.

Alimentación Complementaria Muy Temprana (ACMT): es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos antes del 4^{to} mes de edad del niño.

Adecuación de energía o nutrientes: es la comparación entre el requerimiento (para cada individuo) con su consumo, expresado en porcentaje.

Bebidas: para este documento se sumó el consumo de las siguientes bebidas para el análisis: amargo serrano, bebidas a base de soja, gaseosas, jugos de frutas envasados, jugos en polvo y refrescos líquidos concentrados tanto en sus categorías dietéticas como



no dietéticas. Dado que el dato no fue relevado, esta categoría no incluye agua, té ni mate.

Clima educativo: es el promedio de años de escolaridad completados por el jefe de hogar y su cónyuge. Los años de escolaridad se estimaron como años académicos alcanzados, no como los años que llevó completar el período. En los hogares en los que no hubo cónyuge, el clima educativo representa los años de escolaridad del jefe del hogar exclusivamente. La cantidad de años adjudicados a cada categoría fueron: educación inicial = 3; educación primaria = 7; EGB = 9; secundario = 6; polimodal = 4; terciario no universitario = 3; terciario universitario = 3; universitario = 6. Para el análisis de este documento se segmentó en los siguientes intervalos: clima educativo muy bajo: ≤ 5 años; bajo: > 5 años a ≤ 9 años; medio: > 9 años a ≤ 12 años; alto: > 12 años.

Frecuencia de Consumo: esta expresión se define como la cantidad de individuos que reportó consumir algún alimento el día anterior y se expresa en porcentaje sobre el total de los individuos entrevistados. Es importante no confundir este concepto con la “frecuencia de consumo de un alimento” sea esta semanal, mensual, etc. que se estima a partir de entrevistas alimentarias.

Gluten: se refiere al consumo de prolaminas tóxicas.

Grupos de Alimentos: se considera bajo esta definición al conjunto de alimentos cuya composición química es similar y por tal motivo pueden ser agrupados. Para la agrupación se respetó la definición de las Guías Alimentarias para la Población Argentina, excepto para los azúcares y dulces ya que la ENNyS también consideró en este grupo a las bebidas azucaradas y alcohólicas.¹⁴ Los grupos constituidos fueron: leche, yogur y quesos; carnes, pescados y huevos; frutas y hortalizas; cereales y derivados; grasas y aceites; dulces y bebidas. Las legumbres fueron incluidas en el grupo de los cereales y derivados.

Hierro biodisponible: es la proporción del Hierro total consumido que esta disponible para ser absorbido y utilizado en el organismo. Para el cálculo en este estudio se utilizó la fórmula de Monsen calculando los facilitadores presentes en la dieta y en cada tiempo de comida.¹⁵

Hierro hemínico: se estimó como el 40% del Hierro contenido en las carnes y productos cárnicos.

Ingesta Adecuada (AI): es el requerimiento promedio diario estimado que se utiliza para ciertos nutrientes en los que no se ha podido establecer un EAR por falta de suficiente información científica. Este valor se estima que cubre (o excede) el requerimiento de casi todos los individuos en cierto grupo biológico.⁹

Ingesta Inadecuada: esta definición se aplica específicamente según el nutriente y el valor de referencia utilizado, considerándose ingesta inadecuada a los siguientes casos:

- Consumo de energía inferior al requerimiento.⁶
- Consumo de nutrientes inferior al AI o EAR correspondiente.^{8, 10-13}
- Consumo de colesterol superior a la recomendación (300 mg/d).¹⁶
- Consumo de ácidos grasos saturados por encima de la meta recomendada (10% de la energía consumida).¹⁷



-Consumo de ácidos grasos poliinsaturados por fuera del rango recomendado (6-10% de la energía consumida).¹⁷

Lactancia Artificial (LA): se define bajo este término al consumo de leches diferentes de la materna en los niños menores de 2 años, incluyendo leches de vaca, oveja o cabra, fórmulas de inicio o seguimiento estén o no modificadas para adecuarse a las necesidades de los lactantes. Este término se utiliza cuando el niño no recibe leche materna.

Lactancia Materna Continuada al Año: se define bajo este término al consumo de leche materna entre los 12 y 15 meses de edad. Se calcula como la proporción de niños de 12 a 15 meses que estaban recibiendo LM al momento de la encuesta sobre el total de niños de 12 a 15 meses encuestados.¹⁸

Lactancia Materna Continuada a los dos Años: se define bajo este término al consumo de leche materna entre los 20 y 23 meses de edad. Se calcula como la proporción de niños de 20 a 23 meses que estaban recibiendo LM al momento de la encuesta sobre el total de niños de 20 a 23 meses encuestados.¹⁸

Lactancia Materna Exclusiva (LME): se contempla bajo esta categoría a los niños menores de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna.¹⁸

Lactancia Materna Parcial (LMP): se incluye en esta categoría a los niños menores de 2 años que estaban siendo amamantados en el momento de la encuesta, y que en cuya dieta no se detectó un consumo mayor a 250 cc de otro tipo de leches. Vale aclarar que esta clasificación no se basa en la definición utilizada por la OMS para definir los indicadores de lactancia materna.¹⁸

Leche Fortificada: se incluye en esta definición a las leches fortificadas con hierro y a las leches infantiles de inicio o seguimiento.

Leche de Vaca: se incluye en esta definición a todas las leches no adicionadas con hierro. Dado que menos de un 1% de la población consumió leches de cabra u oveja, se utiliza el término “leche de vaca” como un abarcativo de todas esas leches.

Nivel Socioeconómico: la caracterización de los hogares se realizó a partir de los indicadores de privación estructural: Necesidades Básicas Insatisfechas; funcional: Línea de Pobreza y Línea de Indigencia; para cuya construcción se siguió la metodología propuesta por el INDEC.¹⁹⁻²¹

Porcentaje de Individuos con ingesta inadecuada: es la proporción de individuos cuya ingesta se encontró por debajo del valor de EAR o AI correspondiente para su situación biológica, o cuya ingesta fue superior y/o inferior a la meta o recomendación utilizada como valor de referencia.

Tiempo de Comida: se considera bajo esta definición al consumo de alimentos en momentos específicos del día. La agrupación de los alimentos se hizo según la referencia del encuestado en: desayuno, almuerzo, merienda, cena y colaciones (estas últimas fueron analizadas en conjunto).

Requerimiento Medio Estimado (EAR): es el requerimiento promedio diario que alcanza para cubrir el requerimiento de la mitad de una población de individuos en un cierto grupo biológico.⁹



2. Resultados

2.1. Situación de la Lactancia Materna

La práctica de la LM provee innumerables beneficios para el niño, para la madre, así como también para toda la sociedad. Su contribución al óptimo desarrollo, nutrición, salud y crecimiento de los niños, a la protección de la salud de las mujeres, al espaciamiento de los embarazos y a la protección del medio ambiente, la convierten en una estrategia de salud pública importantísima que debe ser evaluada y monitoreada constantemente.²²⁻²³

La LME hasta los 6 meses y continuada hasta el año ha sido identificada como una de las intervenciones de prevención más eficaces para reducir la mortalidad infantil. Se estima que, a nivel mundial, la implementación de esta estrategia con una cobertura del 90% podría prevenir el 13% de la mortalidad de los menores de 5 años contribuyendo sustancialmente al cumplimiento de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* relacionados con la supervivencia infantil.²⁴⁻²⁵

Como los beneficios de la lactancia materna se extienden más allá del año de vida del niño, el Ministerio de Salud de la Nación, en consonancia con la SAP, la OMS y UNICEF, recomienda la LME hasta el sexto mes de vida y lactancia materna continuada hasta por lo menos el segundo año. Estos patrones de alimentación son los utilizados en el presente documento para la evaluación de la situación de la LM en Argentina.^{14, 26-28}

Dada la importancia de la lactancia materna para la salud de la población y que su promoción es una actividad ineludible del sector salud, es imprescindible conocer la situación de la misma a nivel nacional, regional y en los diferentes subgrupos socioeconómicos de la Argentina. El conocimiento de sus características y prevalencias servirá para implementar estrategias orientadas a promover su práctica y mejorar las características de la misma hacia una lactancia materna óptima, tanto en cuanto a duración como a calidad.

2.1.1. Inicio y prevalencia de la Lactancia Materna

El inicio de la LM en el país fue alto, ya que el 95,4% de los niños recibió leche materna al nacimiento (IC al 95%: 94,3%-96,2%) observándose frecuencias similares en las diferentes regiones del país, como muestra el Cuadro 1.



Cuadro 1: Inicio de la LM (proporción e intervalo de confianza del 95%).
Niñosⁱ de 6 a 23 meses, total país y regiones.

	%	IC 95 %	
GBA	94,5	91,9	96,3
Cuyo	95,4	92,8	97,1
NEA	97,2	95,9	98,1
NOA	95,7	94,1	96,9
Pampeana	95,2	93,4	96,6
Patagonia	97,3	95,8	98,3
PAIS	95,4	94,3	96,2

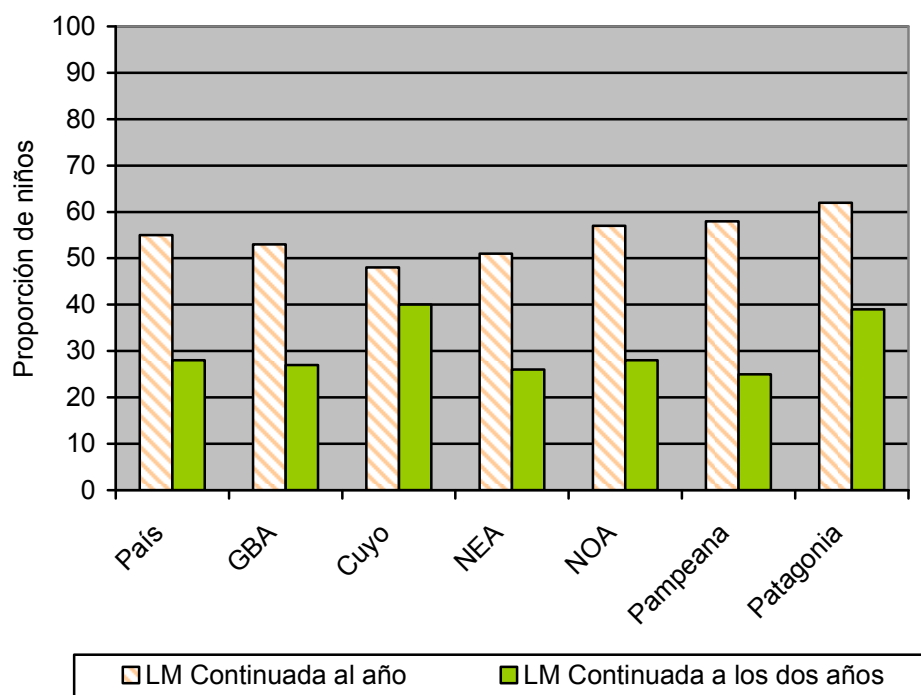
El inicio de la LM se vio influido por el peso al nacer de los niños, observándose porcentajes de inicio más elevados a mayor peso al nacer. Entre los niños nacidos con menos de 2000 g, el inicio de la LM fue del 86,5% (IC al 95%: 77,1%-92,5%); mientras que entre los niños nacidos con 2500 g o más, el inicio fue de 95,8% (IC al 95%: 94,7%-96,7%). Con respecto a la edad gestacional se observaron diferencias en el inicio de la lactancia, pero no fueron estadísticamente significativas (niños nacidos con menos de 37 semanas de gestación 94,7% y niños nacidos con 37 semanas o más 95,8%).

El cuestionario cualitativo indagó sobre las razones de no inicio de la LM mediante un formulario de respuestas múltiples; y los motivos principales que refirieron las madres por los cuales no iniciaron la LM fueron: “*me quedé sin leche*” (38%), “*me enfermé*” (18%), “*problemas de pezón*” (14%), “*el bebé no se prendió*” (9%), “*el bebé se enfermó*” (6%), “*me lo indicó el médico*” (4%).

Al subdividir la muestra por edades, se identificó un descenso de la proporción de niños amamantados de alrededor de un 50% al año y un 75% a los dos años, observándose que aproximadamente 1 de cada 2 niños continuaba siendo amamantado al año de vida, en tanto que 1 de cada 4 niños de 2 años era alimentado con leche materna. Tanto la lactancia materna continuada al año como a los dos años de vida no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los valores regionales (Gráfico 1).

ⁱ Léase niños y niñas a través del documento.

Gráfico 1: Lactancia materna continuada, proporción (%), total país y regiones.



2.1.2. Aproximación al indicador de Lactancia Materna Exclusiva

La ENNyS no incluyó a niños menores de 6 meses en su diseño, por lo cual no puede estimarse LME. Sin embargo, a partir de los datos retrospectivos de la historia alimentaria acerca del momento de introducción de alimentos, se podría estimar qué proporción de los niños pudo haber sido amamantado exclusivamente hasta el 6^{to} mes. Es necesario destacar que este cuestionario retrospectivo no indaga sobre el uso de otro tipo de leches antes de los 6 meses de vida por lo cual, si un niño tuvo una alimentación mixta (pecho y fórmula), ésta no puede ser identificada.

Para este análisis se utilizaron los datos obtenidos de la historia alimentaria de los niños menores de 2 años sin considerar el recordatorio de 24 horas. En esta sección del cuestionario se condensó la información ofrecida por la madre en relación con la incorporación –o no– de un listado específico de alimentos, como así también a la edad de incorporación de cada uno en particular. El listado incluyó los siguientes alimentos o grupos de alimentos: puré de vegetales cocidos; puré de frutas; jugo de frutas frescas; yogur; huevo; fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten; arroz, harina de maíz, tapioca y otros cereales sin gluten; cereales precocidos; papillas listas para comer; pan o galletitas; carne vacuna; pollo; pescado; otras carnes; hígado; morcilla; otras vísceras; y miel.

De este análisis se observó que el 31% de los niños que habían iniciado la LM, no había recibido ninguno de esos alimentos hasta al menos el 6^{to} mes de vida. Este dato implica que sólo ese 31% de niños pudo haber sido potencialmente alimentado con leche materna y en forma exclusiva a pecho. Cabe aclarar que como no se posee información acerca del consumo de otras leches durante los primeros 6 meses de vida de los niños tampoco puede discernirse si de ese porcentaje (31%) algunos de los niños pudieron recibir otras leches durante ese período, lo cuál haría que el porcentaje de niños con LME sea menor.

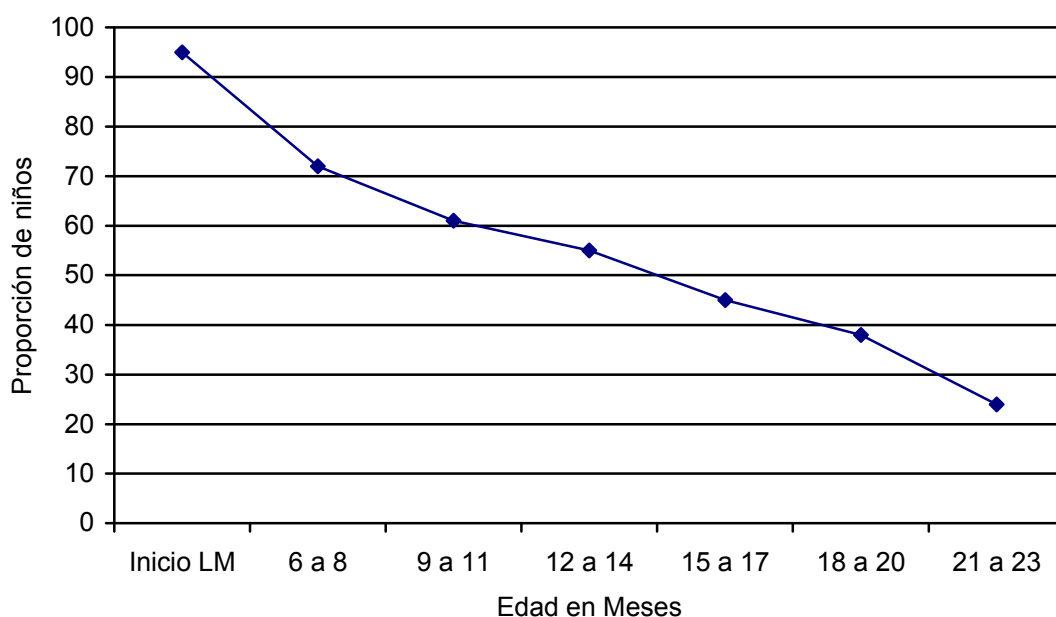


2.1.3. Edad y Razones de Abandono de la Lactancia Materna

Dada la importancia de la lactancia materna, el Ministerio de Salud de la Nación recomienda que continúe hasta los 2 años o más (complementada con alimentos desde los 6 meses de vida del niño).¹⁴

Si bien la iniciación de la LM fue alta (95%), se puede observar como la prevalencia descende sostenida y progresivamente desde los 6 meses de vida a medida que aumenta la edad de los niños. Entre los 6 y 8 meses el 70% de los niños recibía leche materna, valor que descende a aproximadamente un 50% entre los 12 y los 14 meses, y llega a un 24% en el grupo de niños de 21 a 23 meses (Gráfico 2).

Gráfico 2: Proporción (%) de niños amamantados según edad, total país.



Del mismo modo que se indagó sobre los motivos de no iniciación de la LM, se preguntó a las madres por las razones del abandono de la LM (permitiendo respuestas múltiples) y la edad del niño al momento del mismo. Como puede observarse en el Cuadro 3 los tres motivos más frecuentes de abandono de la lactancia materna referidos por las madres fueron “*me quedé sin leche*”, seguido por “*dejó solo*”, y “*tuve que salir a trabajar*”.

**Cuadro 3: Motivos de abandono del amamantamiento, niños de 6 a 23 meses, total país.**

Motivo referido	%
Me quedé sin leche	34,8
El bebé dejó solo	11,1
Tuve que salir a trabajar	10,2
Me lo indicó el médico	8,3
El bebé no aumentaba de peso	7,7
Me enfermó	7,6
Quedé embarazada	5,9
Decisión materna	3,5
El bebé se enfermó	3,3
Ya era grande	3,1

Las principales razones de abandono de la LM fueron diferentes según la edad a la que los niños fueron destetados, pasando de una respuesta casi única (*“me quedé sin leche”*) a múltiples razones hacia los dos años de vida. El motivo *“me quedé sin leche”* disminuye en proporción a medida que aumenta la edad de los niños. Este motivo fue especialmente importante en el grupo de niños de 0 a 3 meses ya que más de la mitad de las madres que dejaron de amamantar a sus niños de esa edad lo hicieron por esta razón. Entre los 4 y 6 meses la segunda causa más importante de abandono fue *“tuve que salir a trabajar”* razón que también resultó ser una de las mas importantes para todos los niños entre 7 y 18 meses de edad. Por último es importante remarcar el aumento progresivo de abandono de la LM por *“indicación médica”* a medida que aumenta la edad de los niños, pasando de un 5% en el grupo de 0 a 3 meses, a un 27% en el grupo cercano a los 2 años de edad (Cuadro 4).

Cuadro 4: Motivos de abandono del amamantamiento según edad, total país.

	Edad en Meses					
	0-3	4-6	7-9	10-12	13-18	19-24
Motivo referido	%	%	%	%	%	%
Me quedé sin leche	54	47	26	14	11	2
El bebé dejó solo	6	13	20	15	7	7
Tuve que salir a trabajar	7	15	12	11	10	1
Me lo indicó el médico	5	4	10	13	15	27
El bebé no aumentaba de peso	9	6	5	6	9	21
Me enfermó	8	4	6	11	9	9
Quedé embarazada	1	2	7	10	17	14
Decisión materna	2	1	3	6	5	24
El bebé se enfermó	3	3	5	4	1	0
Ya era grande	0	0	3	4	13	11

2.1.4. Lactancia Materna y condiciones socioeconómicas del hogar

A pesar de observarse un gradiente en el inicio de la LM con mayor proporción de inicio a menor NSE, las diferencias observadas no fueron significativas. Tampoco se observaron diferencias en el inicio de de la LM según el clima educativo del hogar.



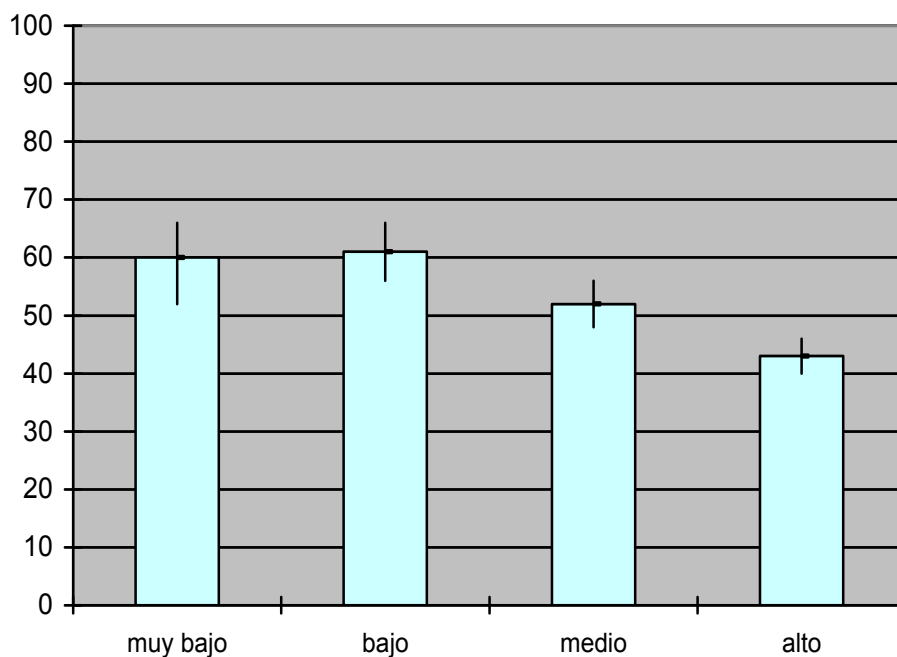
Por otro lado, se observó que para el grupo de niños de 6 a 23 meses, la prevalencia de LM fue más elevada en los hogares con condiciones socioeconómicas más desfavorables tanto según el criterio NBI como LP/LI (cuadro 5).

Cuadro 5: Porcentaje e IC al 95% de niños de 6 a 23 meses actualmente amamantados según condición socioeconómica del hogar, total país.

		%	IC 95 %	
Línea de pobreza	No pobre	40,7	37,2	44,2
	Pobre no indigente	51,5	48,0	55,0
	Indigente	59,9	56,0	63,8
NBI	Hogar sin NBI	40,5	38,1	42,9
	Hogar con NBI	55,4	51,5	59,3

La prevalencia de LM para el grupo de niños de 6 a 23 meses presentó un gradiente decreciente a mayor clima educativo. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas entre clima educativo alto y medio, y entre ambos grupos y clima educativo muy bajo. Clima educativo alto 42,8% (IC al 95%: 39,7%-45,9%); clima educativo medio 51,9% (IC al 95%: 48,2%-55,6%); clima educativo bajo 61,1% (IC al 95%: 55,7%-66,3%); clima educativo muy bajo 59,5% (IC al 95%: 52,1%-66,5%).

Gráfico 3: Porcentaje e IC de LM según clima educativo del hogar, niños de 6 a 23 meses, total país.



La proporción de niños con LM continuada al año y a los dos años en función de las condiciones socioeconómicas del hogar mostraron una mayor prevalencia de LM en los hogares menos favorecidos económicamente como se muestra en el cuadro 6.

Cuadro 6: Porcentaje e intervalo de confianza del 95% de niños de 6 a 23 meses con LM continuada según condición socioeconómica del hogar, total país.

Condición del hogar		LMC1 ^a (%)			LMC2 ^a (%)		
		%	IC 95 %		%	IC 95 %	
NBI	Sin	49,2	44,3	54,1	22,9	18,7	27,8
	Con	64,3	54,3	73,3	36,3	29,2	44,0
Línea de pobreza	No pobre	42,7	36,5	49,2	22,8	17,1	29,6
	Pobre no indigente	61,7	53,6	69,1	23,8	18,3	30,4
	Indigente	65,8	56,8	73,8	38,6	31,5	46,1

^a LMC1: Lactancia materna continuada a 1 año; LMC2: Lactancia materna continuada a 2 años

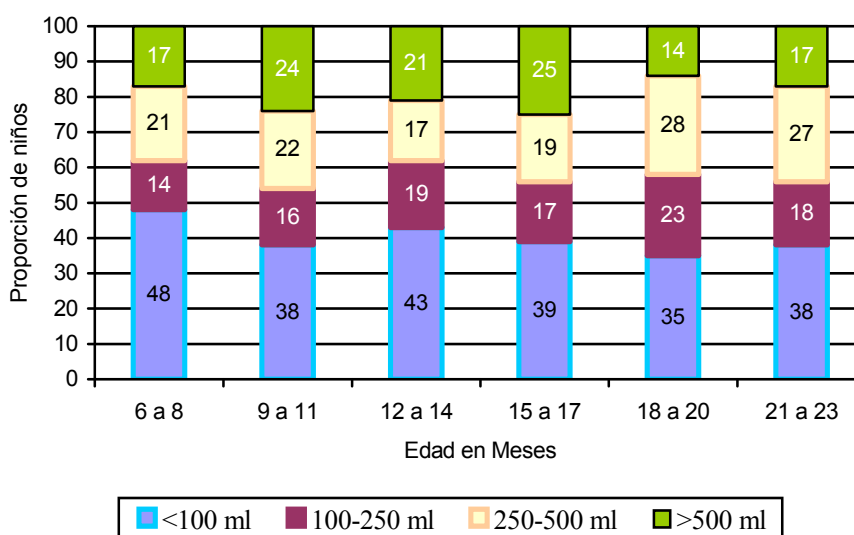
La LM continuada al año no presentó diferencias según el clima educativo de los hogares estudiados. La prevalencia de LM continuada a los dos años según el clima educativo del hogar presentó diferencias estadísticamente significativas según los diferentes grupos: clima educativo alto 19,9% (IC al 95%: 15,5%-25,2%); clima educativo medio 32,4% (IC al 95%: 26,4%-38,9%), clima educativo bajo: 42,6% (IC al 95%: 30,3%-56,0%), clima educativo muy bajo: 25,9% (IC al 95%: 15,7%-39,6%).

2.1.5. Lactancia Materna y consumo de otro tipo de leches

Si bien los datos de la ENNyS mostraron que aproximadamente el 50% de los niños de 6 a 23 meses de edad estaban siendo amamantados al momento de la encuesta, es importante identificar qué proporción de esos niños consumió leche materna como principal componente de la porción láctea de la dieta. Para tal fin se agrupó a los niños con lactancia materna en categorías según la cantidad consumida de otros tipos de leche.

En el gráfico 4 se puede observar como del total de niños que recibieron leche materna, aproximadamente un 40% también recibió una importante cantidad de otras leches (> 250 cc). Las medianas de ingesta de leche no materna para el grupo de niños amamantados fueron las siguientes (estimadas independientemente del peso de los niños): 6-8 meses 115 ml; 9-11 meses 200 ml; 12-14 meses 150 ml; 15-17 meses 167 ml; 18-20 meses 200 ml; y 21-23 meses 211 ml.

Gráfico 4: Porcentaje de niños amamantados según volumen de consumo de otras leches, total país.





2.2. Situación de la Lactancia Artificial

Un niño menor de dos años que no recibe leche materna debe consumir leches apropiadamente modificadas para su edad. De no proveerse al niño una leche adecuada, aumenta el riesgo de que el niño desarrolle anemia, de que no consuma una adecuada cantidad de nutrientes específicos como ácidos grasos esenciales, y de que el riñón del mismo se vea sobrecargado con una excesiva carga de solutos.^{14, 29-32}

2.2.1. Tipos de Leches consumidas

En situaciones en las que la familia no puede o decide no amamantar al niño se debe recurrir a la elección de un sucedáneo de la leche materna que preferentemente debe ser una fórmula láctea adicionada con Hierro. En el caso específico de Argentina, las «*Guías alimentarias para la población infantil*» recomiendan para los niños mayores de 6 meses, como primera opción, fórmulas infantiles de seguimiento; como segunda opción, leche entera en polvo fortificada con Hierro y adicionada con azúcar; y, como tercera opción, leche fluida hervida, diluida con agua y adicionada con azúcar.¹⁴

En el grupo de niños de 6 a 23 meses que no se encontraban recibiendo LM se analizó el consumo de leches, para lo cual se agruparon las mismas en dos categorías dependiendo de su composición química. Bajo la denominación de “*leche de vaca*”ⁱⁱ se agruparon las leches no modificadas ni fortificadas con hierro; y bajo la denominación de “*leche fortificada*” se agruparon las leches fortificadas con Hierro y fórmulas infantiles (de inicio o seguimiento).

A nivel país, se observó que el 73% (IC al 95%: 66%-80%) de los niños de entre 6 y 12 meses consumió exclusivamente leche de vaca y el 22% (IC al 95%: 17%-28%) tomó sólo leche fortificada; el resto de los niños o no consumió leche el día anterior o consumió ambos tipos de leche (ver Gráfico 5). Del total de niños que consumieron únicamente leche de vaca, en sólo un 2% (IC al 95%: 0,5%-10%) de los casos ésta fue leche descremada.

El consumo exclusivo de leche de vaca aumentó a 82% (IC al 95%: 78%-85%) en el subgrupo de niños de 12 a 23 meses, disminuyendo la proporción de niños con consumo exclusivo de leche fortificada: 11% (IC al 95%: 9%-14%).

La proporción de niños de 12 a 23 meses que reportó no consumir ningún tipo de leche el día anterior fue de 4% (IC al 95%: 3%-6%) (ver Gráfico 6). Asimismo, en este grupo etáreo, el porcentaje de niños que consumió leche descremada (sobre el total de niños que solo consumió leche de vaca) fue 1% (IC al 95%: 0,7%-2,9%).

ⁱⁱ En el texto se hace referencia a “leche de vaca” para simplificar la expresión, pero debe tenerse en cuenta que una pequeña proporción de niños (menos del 1%) consumió leche de cabra u oveja.

Gráfico 5: Consumo de leches, niños sin LM de 6 a 11 meses, total país.

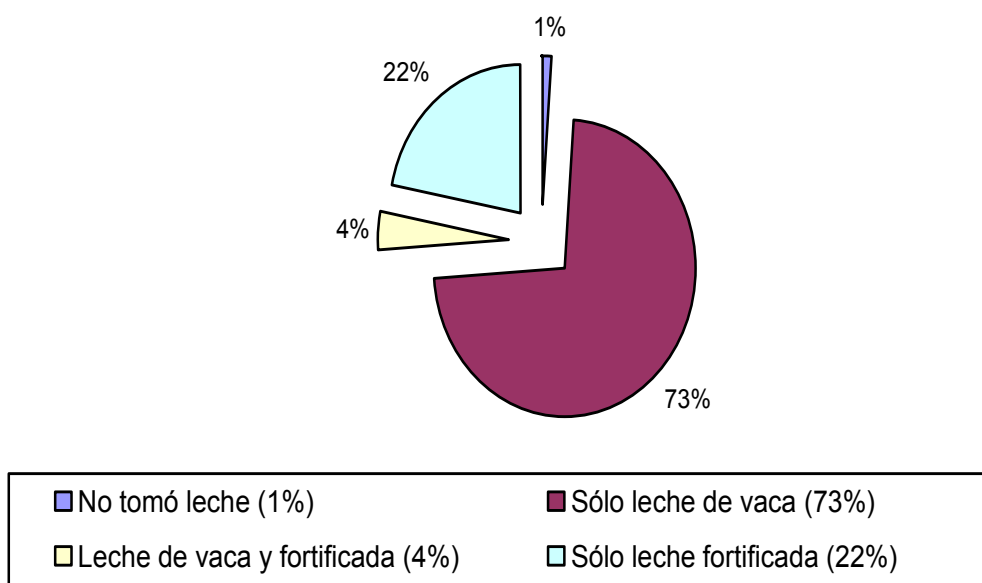
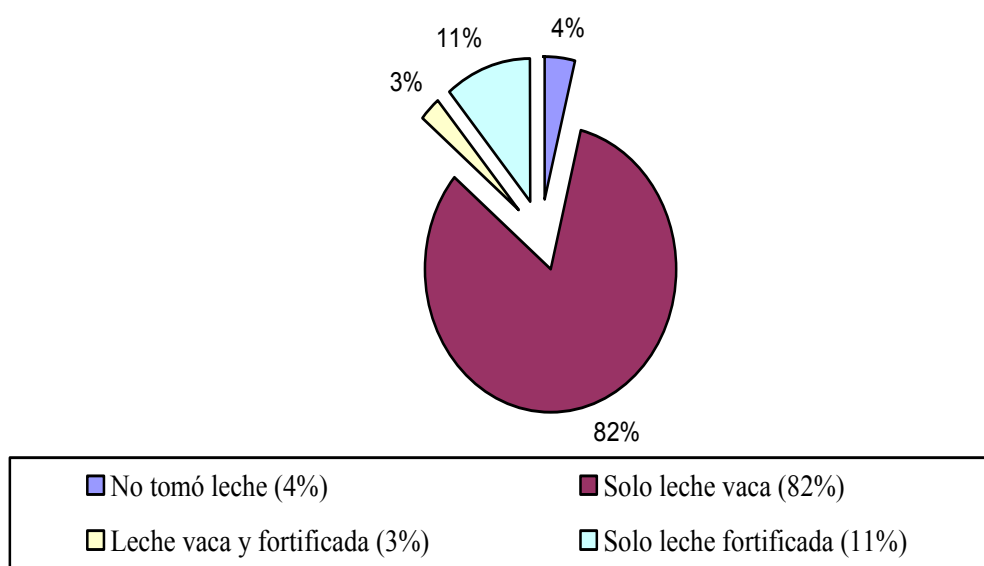


Gráfico 6: Consumo de leches, niños sin LM de 12 a 23 meses, total país.



El consumo de leche de vaca y leche fortificada no fue uniforme entre las diferentes regiones del país, como se observa en los gráficos siguientes. Tanto para el grupo de niños de 6 a 11 meses como para los niños de 12 a 23 meses, la región con mayor consumo de leche de vaca fue Cuyo y la de menor consumo fue NOA. Asimismo, Cuyo fue la región con menor consumo de leche fortificada y NOA la de mayor consumo.

Gráfico 7: Consumo de leches, niños sin LM de 6 a 11 meses por región.

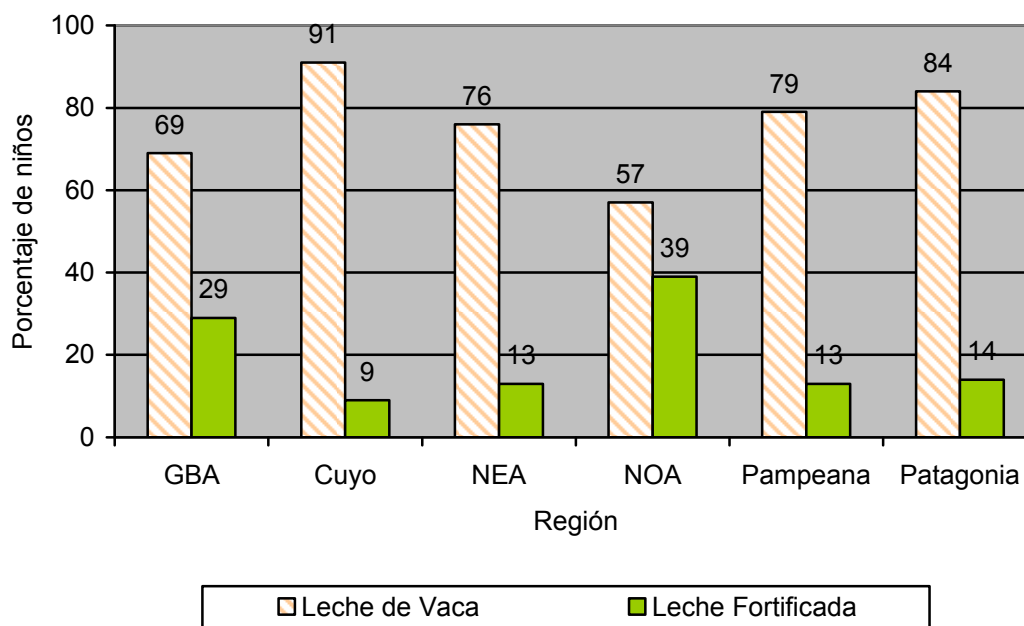
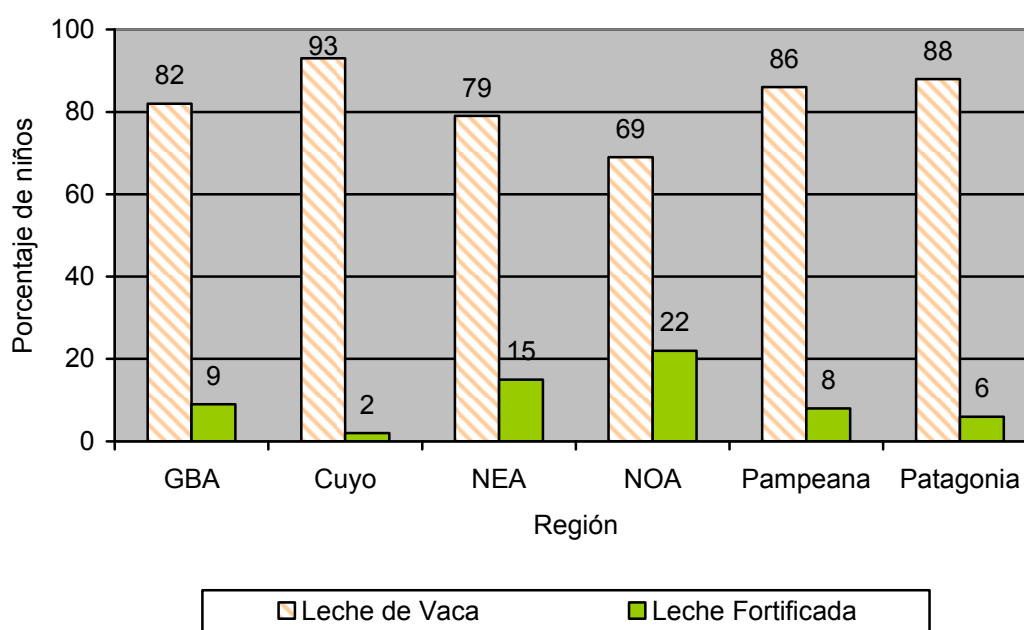


Gráfico 8: Consumo de leches, niños sin LM de 12 a 23 meses por región.



2.2.2. Tipos de Leches consumidas y condiciones socioeconómicas del hogar

La situación socioeconómica de los hogares presentó diferencias significativas en el consumo de leches como puede observarse entre los gráficos 9 a 12. Tanto para el sub-grupo de niños de 6 a 11 meses y el de 12 a 23 meses, el consumo de leche fortificada fue cercano al doble en los hogares con NBI que en los hogares sin NBI. Niños de 6 a



11 meses: hogares con NBI 32% (IC al 95%: 7%-20%); hogares sin NBI 18% (IC al 95%: 13%-25%). Niños de 12 a 23 meses: hogares con NBI 17% (IC al 95%: 12%-23%); hogares sin NBI 8% (IC al 95%: 6%-10%). En sentido opuesto, el porcentaje de consumo de leche de vaca fue menor en los hogares con NBI. Este hallazgo es importante ya que podría especularse que estas diferencias en el consumo de leche responderían a entregas por parte de programas de salud y sociales.

En cuanto a la medición según LP/LI se observó un aumento progresivo de consumo de leche fortificada a medida que empeoran los indicadores socioeconómicos. En sentido opuesto, el consumo de leche de vaca presentó un aumento progresivo entre los diferentes grupos socioeconómicos. Si bien no puede corroborarse el origen de la leche, se mantiene la especulación de que el mayor consumo de leche fortificada en los hogares más desfavorecidos podría deberse a la transferencia del sector público a través de los programas sociales. No se observaron diferencias entre los niños que no consumieron leche el día anterior según el NSE del hogar.

Gráfico 9: Tipo de leche consumida, niños sin LM de 6 a 11 meses según presencia de NBI en el hogar, total país.

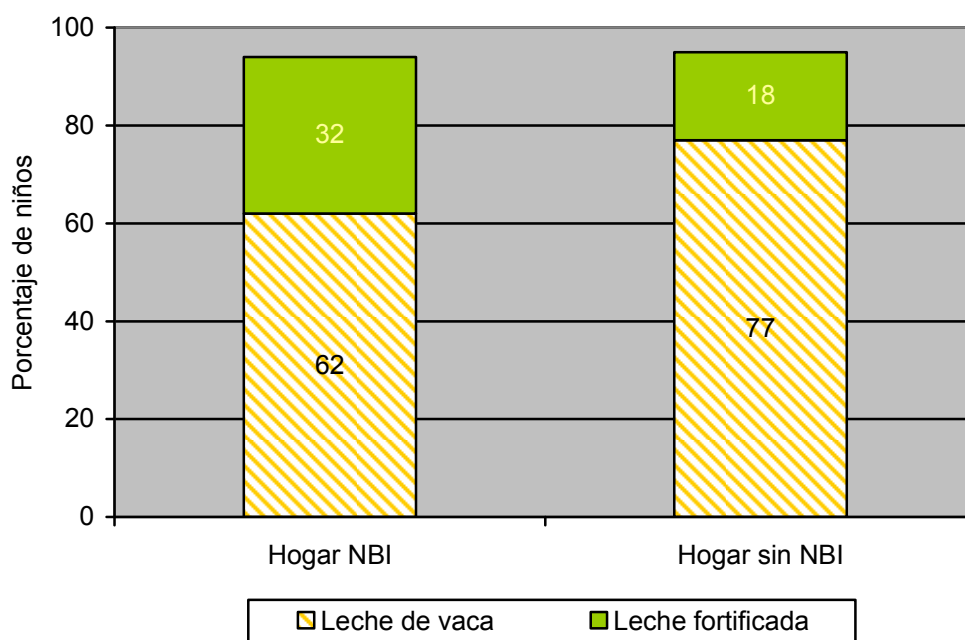


Gráfico 10: Tipo de leche consumida, niños sin LM de 12 a 23 meses según presencia de NBI en el hogar, total país.

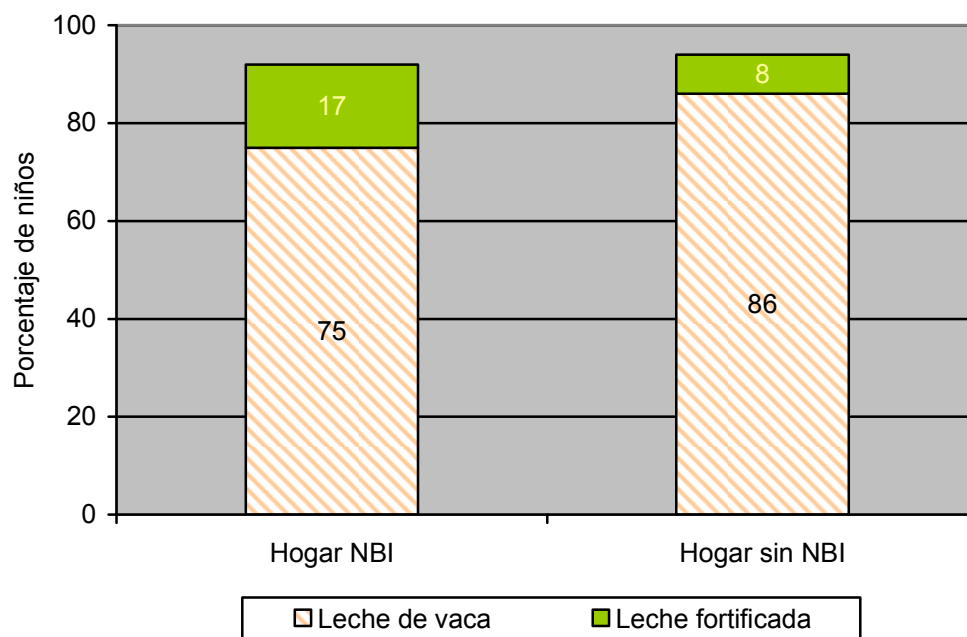


Gráfico 11: Tipo de leche consumida, niños sin LM de 6 a 11 meses según LP/LI en el hogar, total país.

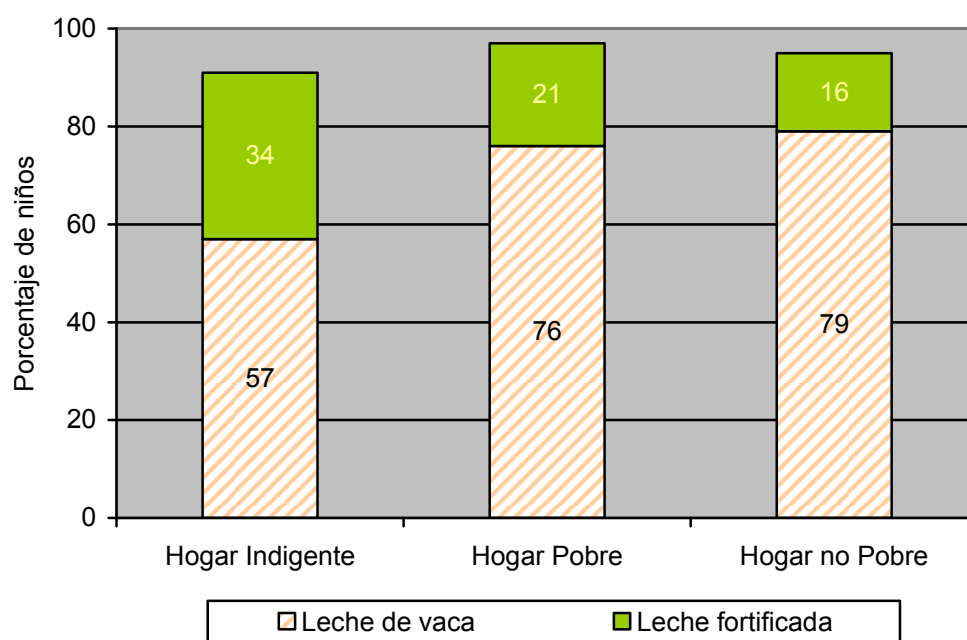
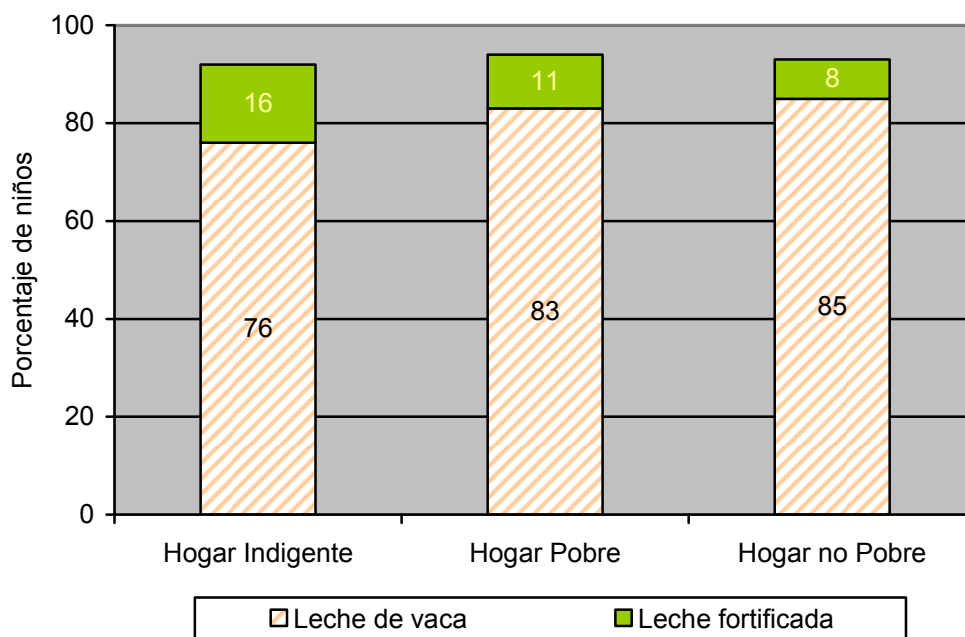


Gráfico 12: Tipo de leche consumida, niños sin LM de 12 a 23 meses según LP/LI en el hogar, total país.



2.2.3. Tipo de Leche consumida y adecuación de la ingesta de hierro

Como es de esperar, el consumo de leche fortificada impacta notablemente en la proporción de niños cuya ingesta de Hierro es adecuada a su requerimiento. Analizando a los niños sin LM se puede observar que en el grupo de 6 a 11 meses que sólo consumieron leche de vaca, casi un 50% (IC al 95%: 38%-55%) no cubrió el requerimiento de Hierro, valor que desciende a 2% para aquellos que sólo consumieron leches fortificadas (IC al 95%: 1%-5%).

La misma tendencia se observó en el grupo etáreo de 12 a 23 meses aunque en menor magnitud dado que el requerimiento de hierro en estos niños es mucho menor que en los más pequeños. En el subgrupo que consumió sólo leche de vaca la proporción de niños con ingesta inadecuada de hierro fue de 5% (IC al 95%: 4%-6%) mientras que en el grupo que sólo consumió leches fortificadas la inadecuación fue inexistente (Gráficos 13 y 14).

Gráfico 13: Inadecuación de la ingesta de Hierro en niños de 6 a 11 meses sin LM según consumo de leches.

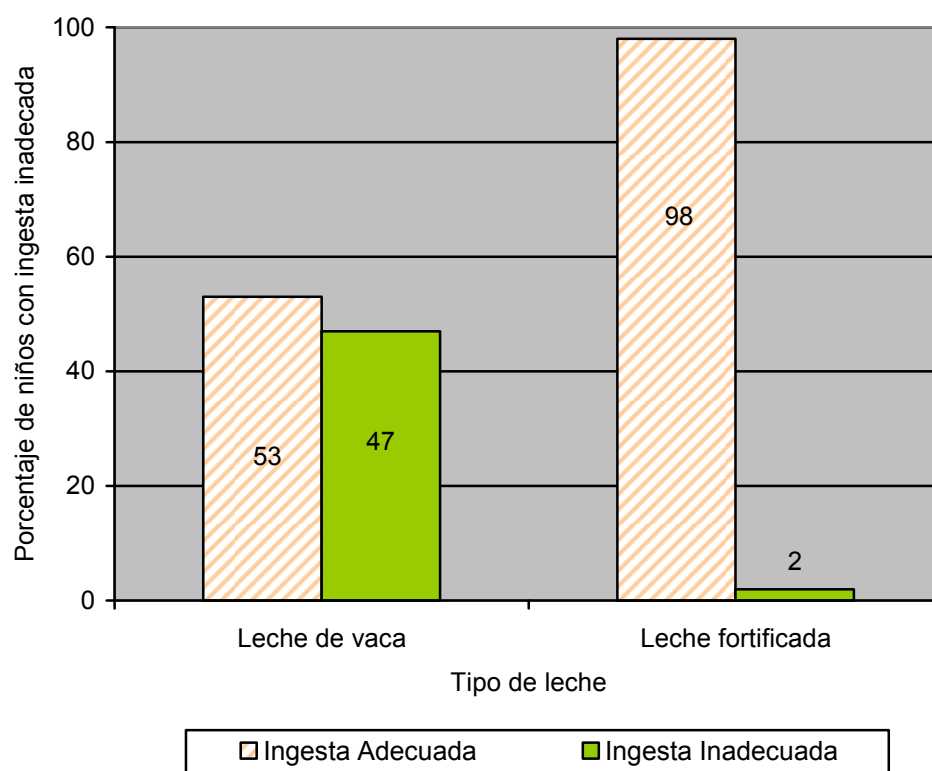
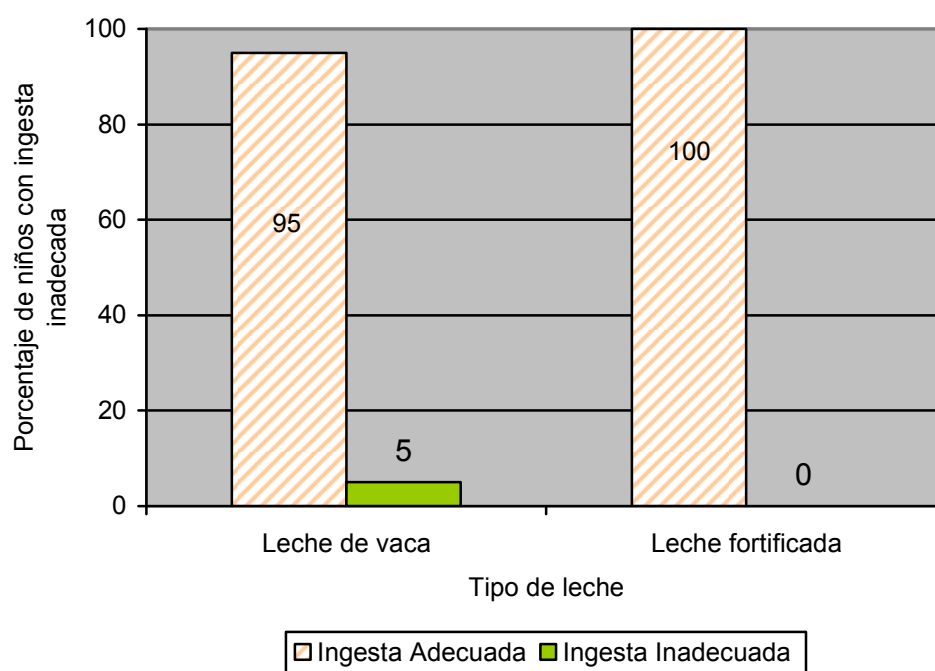


Gráfico 14: Inadecuación de la ingesta de hierro en niños de 12 a 23 meses sin LM según consumo de leches.



**2.2.4. Cantidad de leche consumida según tipo y grupo etáreo**

En el primer Documento de Resultados de la ENNyS se presentaron datos de consumo de leches para los diferentes grupos poblacionales; sin embargo, en los niños más pequeños no se analizó al grupo que no estaba recibiendo LM en forma independiente. El presente análisis fue realizado con el fin de estimar la mediana de consumo de las diferentes leches de los niños que, al momento de la encuesta, no recibían LM. La estimación de la mediana de ingesta sólo incluyó al conjunto de individuos que sí consumió cada tipo de leche el día anterior a la encuesta y se realizó independientemente del peso del niño.

Cuadro 7: Mediana de consumo de leches según edad, niños sin LM, total país.

Tipo de leche	Niños de 6 a 11 meses		Niños de 12 a 23 meses		Niños de 6 a 23 meses	
	Mediana (ml)	Nº	Mediana (ml)	Nº	Mediana (ml)	Nº
Leche de vaca entera fluida, con Vit A y D	563	27.462	550	113.921	563	141.383
Leche de vaca entera fluida	500	16.837	500	57.376	500	74.213
Leche de vaca entera en polvo ¹	750	26.316	583	91.591	626	117.907
Leche de vaca parcialmente descr., con Vit A y D	50	1.651	500	2.778	165	4.429
Leche de vaca parcialmente descremada	900	384	750	1.112	750	1.496
Leche de vaca parcialmente descremada en polvo ¹	0	0	500	303	500	303
Leche fortificada con hierro entera fluida	620	6.983	600	11.792	600	18.775
Leche fortificada con hierro entera en polvo ¹	750	8.773	625	23.576	625	32.349
Fórmula de inicio fluida	0	0	0	0	0	0
Fórmula de inicio en polvo ¹	833	144	583	24	833	168
Fórmula de seguimiento fluida	500	918	630	1.999	565	2.917
Fórmula de seguimiento en polvo ¹	875	5.686	450	3019	833	8.705
Leche de cabra entera fluida	0	0	690	243	690	243
Leche de oveja entera fluida	0	0	0	0	0	0

Nº = n ponderado

¹Leche reconstituida al 12%



2.3. Características de las pautas de alimentación en los niños argentinos

No sólo la cantidad y la calidad nutricional de lo que se les brinda a los niños en materia alimentaria merece ser estudiado. La calidad de la alimentación también debe ser estudiada desde el análisis de la forma en que esos alimentos son provistos y el ambiente que rodea el momento de la alimentación (alimentación perceptiva).

En tal sentido la OMS recomienda alimentar directamente a los lactantes; y que los niños mayores sean asistidos por un adulto cuando comen por sí solos. Otra recomendación de la OMS es minimizar las distracciones durante la comida y utilizar los momentos de la comida como situaciones de aprendizaje hablándoles a los niños y manteniendo contacto visual.²⁷ Las guías alimentarias para la población infantil adicionalmente recomiendan que una persona responsable alimente al niño o preste atención a su alimentación durante los dos primeros años de vida; asimismo alientan a que los niños toquen sus alimentos con las manos y que no miren TV durante la hora de la comida.¹⁴

En la historia alimentaria relevada por la ENNyS (cuestionario cualitativo) se estudió para los niños menores de 2 años las características de las pautas de alimentación del hogar. Entre las dimensiones investigadas se preguntó si el niño “*come solo o acompañado*”, si “*al niño le hablan durante la comida*”, si se le “*permite tomar la comida solo*”, si “*el niño recibe alimentos que pueden ser consumidos con las manos*”, si el niño “*comparte la mesa familiar*” y si se “*mira televisión durante la hora de la comida*”. A continuación se analizan las respuestas obtenidas para cada categoría.

Niños que comen acompañados: los datos de la ENNyS revelaron que el 98% (IC al 95%: 98%-99%) de los niños a nivel nacional comen acompañados. No se observaron diferencias significativas entre las 5 regiones, entre los diferentes grupos socioeconómicos, ni según el clima educativo del hogar; tampoco se observaron diferencias a medida que aumentó la edad de los niños asegurando esto que los niños mayores no son dejados solos durante la comida.

Niños a los que se les habla durante las comidas: Al 97% (IC al 95%: 96%-97%) de los niños se les habla durante las comidas. No se observaron diferencias significativas a nivel de las regiones o de los diferentes niveles socioeconómicos. Ni el aumento de edad de los niños ni el clima educativo del hogar fueron condicionantes negativos para estas prácticas ya que se observaron prevalencias similares en todos los grupos.

Niños a los que se les permite comer solos y/o se les brindan alimentos para consumir con las manos: La encuesta reveló que al 95% (IC al 95%: 93%-95%) de los niños menores de 2 años se les brinda alimentos que pueden ser ingeridos usando las manos; de ese porcentaje al 78% (IC al 95%: 76%-80%) además se les permite tomar la comida solos. A mayor edad del niño se observó un aumento progresivo en la proporción de niños a los que se les permite tomar la comida solo, valor que pasó del 46% (IC al 95%: 41%-52%) entre los 6 y 8 meses, al 95% (IC al 95%: 93%-97%) en los niños de entre 21 y 23 meses. Este último dato presentó diferencias regionales ya que en Cuyo se registró el porcentaje más alto de niños a los que se les permite alimentarse solos: 84% (IC al 95%: 81%-87%), y este valor fue significativamente más elevado que en el resto de las regiones. Los hogares con clima educativo alto y los hogares con mejores indica-



dores socioeconómicos tuvieron una mayor tendencia a permitirle tomar la comida solos a los niños, sin embargo las diferencias no fueron significativas.

Niños que comparten la mesa familiar: De los resultados obtenidos se estima que el 94% (IC al 95%: 93%-95%) de los niños menores de 2 años comparte la mesa familiar. Al analizar el dato según la edad se observó un aumento progresivo de la proporción a mayor edad de los niños. Las pautas de alimentación en lo que respecta a que los niños pequeños compartan la mesa familiar no presentaron diferencias significativas entre los diferentes grupos socioeconómicos, entre las regiones ni entre los hogares clasificados por clima educativo.

Niños que miran TV mientras comen: En el grupo de niños menores se registró que el 40% de los mismos (IC al 95%: 38%-43%) “*siempre mira TV mientras come*”, el 14% (IC al 95%: 12%-15%) “*casi siempre mira TV mientras come*”, el 10% (IC al 95%: 9%-12%) “*casi nunca mira TV mientras come*”, y el 36% (IC al 95%: 33%-38%) “*nunca mira TV mientras come*”. Se observó una tendencia progresiva en aumento en la cantidad de niños que “*siempre mira TV*” a mayor edad de los mismos aunque las diferencias no fueron significativas. A nivel regional Cuyo fue la región donde más niños miran TV mientras comen, seguida por GBA. En ambas regiones la suma de los niños que miran TV “*siempre*” o “*casi siempre*” durante el momento de la comida superó el 60%. En contraste, la región donde se registró el menor número de niños que miran TV (*siempre o casi siempre*) mientras comen fue NEA con aproximadamente un 36% de los niños. En cuanto al clima educativo del hogar, no se observaron diferencias significativas entre ninguno de los grupos identificados; y el nivel socioeconómico de los hogares tampoco resultó ser condicionante de esta pauta de alimentación en los hogares.

2.4. Ingesta de Energía y Nutrientes de niños no amamantados

En los próximos dos cuadros se presenta el resumen de la ingesta de energía y nutrientes de los niños que no estaban recibiendo LM en el momento de la encuesta, tanto en valores absolutos de consumo como en porcentaje de población con ingesta inadecuada de los nutrientes analizados.

En el Cuadro 8 se presentan las medianas de los valores absolutos de ingesta de energía y nutrientes de los niños menores de 2 años sin LM. NEA fue la región que consistentemente presentó menor mediana de ingesta para casi todos los nutrientes excepto para AG poliinsaturados, hierro, folatos y tiamina. Por su parte, Cuyo y Pampeana presentaron las ingestas más elevadas para: energía, proteínas, AG saturados, Zinc, Niacina y colesterol; y AG mono y poliinsaturados, Hierro, Vitamina C, B12, Tiamina y fibra, respectivamente.

De los valores presentados en el cuadro 9 puede observarse que los valores nacionales de inadecuación son representativos de todas las regiones para la mayoría de los nutrientes. Son excepción a esta observación calcio, niacina, tiamina y vitamina A ya que para todos ellos NEA presentó prevalencias más elevadas que el promedio nacional. En el caso de NOA también se observó una prevalencia más elevada que el valor nacional para calcio y vitamina A.

Que el valor nacional fuera representativo de las regiones para casi todos los nutrientes, no eliminó la existencia de diferencias significativas de algunas regiones entre sí. De



este modo se verificó una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de ingesta inadecuada de *calcio* entre GBA y Cuyo con NEA y NOA. La frecuencia más alta de ingesta inadecuada de *folatos* fue identificada en NEA que a su vez fue estadísticamente diferente de GBA que presentó la frecuencia mas baja. En el caso de la *niacina* también se observó diferencia significativa entre las regiones con mayor y menor frecuencia de inadecuación, NEA y Pampeana respectivamente. En el caso de la *tiamina* se observó una mayor proporción de individuos con ingesta inadecuada en el NEA, y la diferencia fue estadísticamente significativa con respecto a la media nacional y a la de Patagonia. Entre las regiones Cuyo y Pampeana hubo una diferencia significativa para la *vitamina C*, siendo a su vez Cuyo la región con mayor frecuencia de inadecuación y Pampeana la de menor. Por último, en la *vitamina A* también se observaron diferencias entre las regiones siendo NEA la región que presentó la frecuencia mas elevada de inadecuación, la que fue significativamente superior a GBA, Cuyo, Pampeana y Patagonia; por su parte NOA que tuvo la segunda frecuencia más elevada de inadecuación fue estadísticamente superior a GBA, Cuyo y Pampeana.

2.4.1. Ingesta de energía y nutrientes

Cuadro 8: Mediana de consumo de energía y nutrientes. Niños de 6 a 23 meses sin LM, total país y regiones.

	Total País	GBA	Cuyo	NEA	NOA	Pampeana	Patagonia
Energía (kcal)	1241	1245	1275	1168	1171	1272	1212
Proteínas (g)	48,96	49,41	52,45	43,26	44,27	50,81	49,36
A.G. Saturados ¹	19,46	20,03	20,43	17,15	17,71	19,55	19,49
A.G. Monoinsaturados ¹	13,75	14,07	13,48	11,89	12,71	14,44	14,12
A.G. Poliinsaturados ¹	6,34	6,70	5,06	6,18	5,00	6,79	6,54
Hierro (mg)	8,08	7,75	7,90	8,27	8,36	8,42	8,23
Calcio (mg)	929	1025	970	748	842	949	858
Vitamina A (µg RAE)	498	613	438	304	376	496	471
Zinc (mg)	6,94	6,71	7,44	6,23	6,49	7,43	6,75
Vitamina C (mg)	17,15	16,78	13,93	12,50	16,15	19,72	17,73
Folatos (µg)	271	269	239	273	246	290	276
Vitamina B12 (µg)	4,75	5,24	5,15	3,75	3,97	4,78	4,47
Tiamina (mg)	1,27	1,32	1,22	1,10	1,04	1,36	1,28
Riboflavina (mg)	2,16	2,47	2,13	1,60	1,72	2,23	1,96
Niacina (mg)	9,56	8,84	10,57	8,43	8,91	10,52	9,49
Colesterol (mg)	146	146	158	122	134	155	146
Fibra (g) ²	5,32	5,42	5,21	4,47	4,64	6,13	5,31

¹ Porcentaje sobre el total de la energía consumida

² Estimado sólo para los niños de 13 a 23 meses

2.4.2. Porcentaje de la población con ingesta inadecuada

Cuadro 9: Porcentaje de niños de 6 a 23 meses sin LM con ingesta inadecuada¹ de energía y nutrientes. Total país y regiones.

	Total País % (IC al 95%)	GBA % (IC al 95%)	Cuyo % (IC al 95%)	NEA % (IC al 95%)	NOA % (IC al 95%)	Pampeana % (IC al 95%)	Patagonia % (IC al 95%)
Energía	13,7 (11,8-15,8)	11,9 (8,5-16,4)	11,2 (8,2-15,1)	19,5 (15,6-24,1)	19,0 (15,0-23,6)	12,3 (9,0-16,7)	14,0 (10,5-18,5)
Proteínas	0,2 (0,1-0,5)	0,3 (0,1-0,9)	0,2 (0,1-1,1)	0,1 (0,0-0,9)	0,7 (0,2-3,1)	0,0 (0,0-0,0)	0,2 (0,0-1,4)
A.G. Saturados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
A.G. Monoinsaturados	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
A.G. Poliinsaturados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Hierro	11,5 (9,9-13,5)	8,9 (6,0-13,1)	15,9 (12,3-20,4)	13,1 (9,7-17,5)	14,3 (11,2-18,2)	12,5 (9,4-16,4)	9,6 (6,7-13,6)
Calcio	9,1 (7,6-10,8)	6,6 (4,1-10,5)	6,7 (4,5-9,8)	21,2 (17,1-26,0)	16,3 (12,7-20,7)	6,0 (3,9-9,2)	8,7 (6,0-12,6)
Vitamina A	9,8 (8,5-11,3)	5,6 (3,6-8,6)	10,7 (7,9-14,3)	24,9 (20,8-29,5)	18,4 (14,4-23,1)	6,5 (4,3-9,7)	10,6 (7,4-15,0)
Zinc	2,6 (1,9-3,7)	1,9 (0,9-4,2)	1,7 (0,9-3,3)	4,3 (2,5-7,1)	4,8 (3,0-7,5)	2,5 (1,1-5,5)	2,1 (1,1-4,1)
Vitamina C	48,7 (45,5-51,9)	49,0 (42,2-55,9)	57,1 (49,6-64,3)	55,3 (48,7-61,7)	50,6 (45,4-55,8)	43,8 (38,5-49,2)	48,0 (42,4-53,7)
Folatos	8,9 (7,4-10,7)	6,4 (4,1-9,7)	11,6 (8,6-15,5)	13,4 (10,3-17,2)	12,3 (9,6-15,5)	8,9 (5,9-13,3)	7,6 (4,8-12,1)
Vitamina B12	0,6 (0,4-1,0)	0,2 (0,0-0,9)	0,4 (0,1-1,7)	1,5 (0,5-4,0)	1,9 (0,9-4,0)	0,2 (0,0-1,6)	0,9 (0,3-2,6)
Tiamina	3,0 (2,2-4,2)	2,6 (1,2-5,4)	3,0 (1,5-5,9)	7,3 (5,1-10,3)	3,4 (2,1-5,5)	2,2 (0,9-5,5)	2,7 (1,4-5,0)
Riboflavina	0,6 (0,4-1,0)	0,4 (0,2-1,1)	0,5 (0,1-1,5)	1,1 (0,4-3,1)	1,9 (0,8-4,3)	0,2 (0,0-1,3)	0,5 (0,1-2,3)
Niacina	15,4 (13,6-17,3)	13,7 (10,3-18,1)	18,7 (14,5-23,8)	21,9 (18,1-26,1)	20,1 (16,4-24,4)	12,8 (9,9-16,5)	14,8 (11,2-19,4)
Colesterol	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Fibra ²	97,9 (96,6-98,7)	98,0 (95,5-99,1)	99,8 (98,6-100,0)	98,0 (94,6-99,3)	99,4 (98,0-99,8)	96,8 (93,2-98,5)	96,6 (91,2-98,7)

¹ Ver definición en apartado metodológico

N/A no aplicable ya que no hay recomendaciones para este grupo etáreo

² Estimado solo para los niños de 13 a 23 meses por no haber recomendaciones para niños menores

N/C no calculado ya que no hay un valor específico recomendado sino que se calcula por diferencia entre el consumo de A.G. Saturados y Poliinsaturados



2.4.3. Consumo de suplementos de hierro

Al los datos presentados sobre la elevada cantidad de niños que no consumen leche fortificada con Hierro, debe agregarse la elevada proporción de niños que no reciben suplementos de Hierro.

Del total de los niños de 6 a 11 meses, se estimó que un 33% (IC al 95%: 30%-37%) consumió suplementos de Hierro el día anterior a la encuesta; y el consumo de suplemento de Hierro no se vio influido por la alimentación a pecho o la lactancia artificial del niño. El consumo de suplementos de Hierro fue notablemente menor en el grupo de niños de 12 a 23 meses: 9% (IC al 95%: 7%-10%). Al igual que en el grupo de niños menores, no se encontraron diferencias significativas entre aquellos que reportaron LM o LA en el consumo de suplementos.

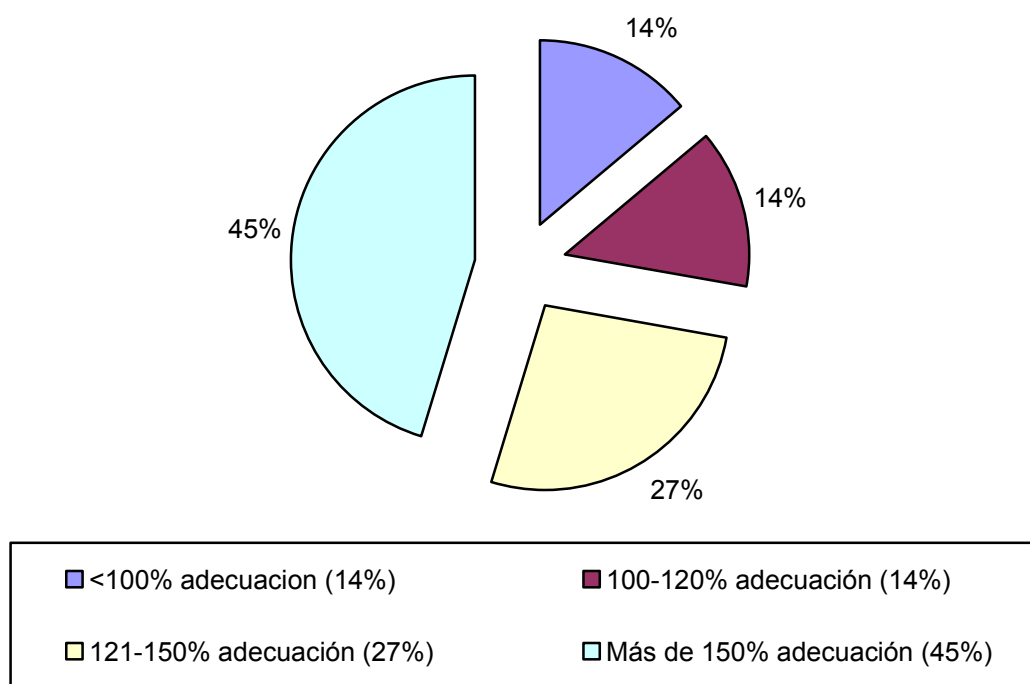
En el grupo de 6 a 11 meses la proporción de niños que consumió suplementos fue superior en los hogares sin NBI que en los hogares con NBI, siendo la diferencia estadísticamente significativa: hogar sin NBI 37% (IC al 95%: 33%-42%); hogar con NBI 25% (IC al 95%: 21%-31%). En el grupo de niños mayores (12-23 meses) la relación fue inversa, ya que un mayor porcentaje de niños de hogares con NBI consumió suplementos de Hierro que los niños de hogares sin NBI, pero las diferencias no fueron significativas. En el caso de la comparación de ambos subgrupos según la condición LP/LI, el consumo de suplementos de Hierro no presentó diferencia estadísticamente significativa.

Una mirada conjunta del consumo de suplementos de Hierro y de leches, permite identificar que del total de niños que consumieron exclusivamente leche de vaca, sólo el 33% (IC al 95%: 26%-40%) consumió suplemento de Hierro en el grupo de 6 a 11 meses, y sólo el 9% (IC al 95%: 6%-11%) en el grupo de 12 a 23 meses.

2.4.4. Ingesta Elevada de Energía

Si bien se observó que el 14% de los niños de 6 a 23 meses sin LM no cubrió su requerimiento de energía (medido como adecuación <100% del requerimiento), es necesario destacar que una alta proporción de este grupo superó su requerimiento. De tal modo, se observó que más del 70% de los niños de 6 a 23 meses consumió al menos un 20% ó más de su requerimiento energético, y que un 45% de ellos superó el 50% de exceso en el consumo de energía (Gráfico 15). El resumen de datos sobre consumo de energía en rangos que a continuación se presenta está referido exclusivamente a la población de niños de 6 a 23 meses que no estaban siendo amamantados en el momento de la encuesta.

Gráfico 15: Porcentaje de niños según adecuación de energía al requerimiento, niños de 6 a 23 meses sin LM, total país.



Del análisis regional se pudo observar que las regiones con mayor proporción de niños con ingesta energética elevada fueron Cuyo y la región Pampeana, donde casi la mitad de los niños consumieron más de un 50% de calorías por encima de su requerimiento (Cuyo 49% (IC al 95%: 41%-57%); Pampeana 50% (IC al 95%:45%-56%).

El análisis de adecuación energética también se realizó según la edad de los niños, dividiéndolos entre menores y mayores de 1 año. En el grupo de 6 a 11 meses se estimó que el 56% (IC al 95%: 49%-62%) de los niños consumió el día anterior a la encuesta un 50% o más de su necesidades energéticas; este porcentaje bajó a 42% (IC al 95%: 39%-45%) en el grupo de 12 a 23 meses. El análisis por grupo de edad no se pudo realizar por región, ya que el tamaño muestral no lo permite.

Tanto en el caso de la clasificación de los niños según NBI o LP/LI no se encontraron diferencias significativas en el consumo elevado de energía para los diferentes grupos socioeconómicos.

2.4.5. Ingesta elevada de proteínas

Los análisis de ingesta inadecuada de proteínas hasta aquí realizados se orientaron específicamente a detectar qué proporción de la población de niños no cubría sus requerimientos proteicos. Sin embargo, es sabido que no sólo el consumo insuficiente de proteínas trae consecuencias negativas para la salud y el desarrollo de los niños, sino también, en los niños más pequeños, elevadas cantidades de proteínas contribuyen sustancialmente a aumentar la carga renal de solutos, que también es perjudicial para la salud de aquéllos.³¹⁻³²

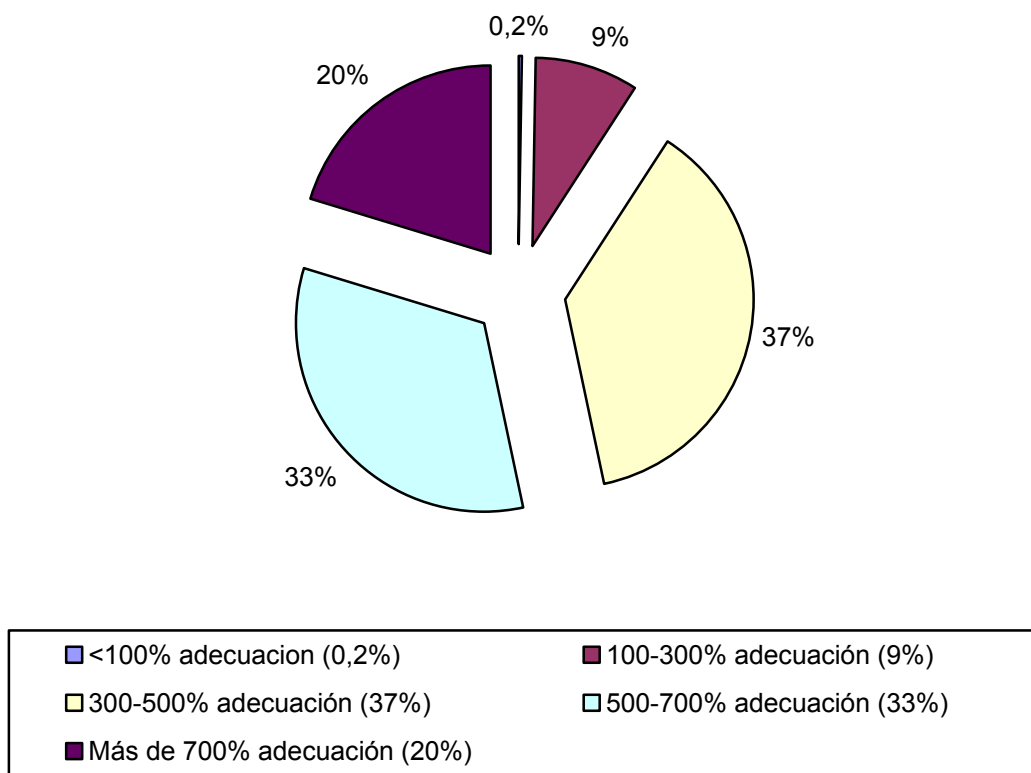


Sólo el 0,2% de los niños de 6 a 23 meses sin LM no cubrió su requerimiento de proteínas. Sin embargo, es necesario destacar que gran proporción de este grupo superó ampliamente su requerimiento. De tal modo, se observó que el 90% de los niños de 6 a 23 meses excedió su requerimiento en más de un 300%, y que aun un 20% superó el 700% de adecuación (Gráfico 16). Estos resultados se expresan como un desplazamiento de toda la distribución de la ingesta proteica hacia la derecha, lo que implica una dieta con un elevado contenido proteico.

De la comparación del consumo proteico con la ingesta energética se observa que la media del P% (porcentaje de energía total que proviene de las proteínas) fue 16% (IC al 95%: 15,8 a 17,0%).

El resumen de datos sobre consumo de proteínas en rangos que se presenta a continuación está referido exclusivamente a la población de niños de 6 a 23 meses que no estaban siendo amamantados en el momento de la encuesta.

Gráfico 16: Porcentaje de niños según adecuación de proteínas al requerimiento, niños de 6 a 23 meses sin LM, total país.

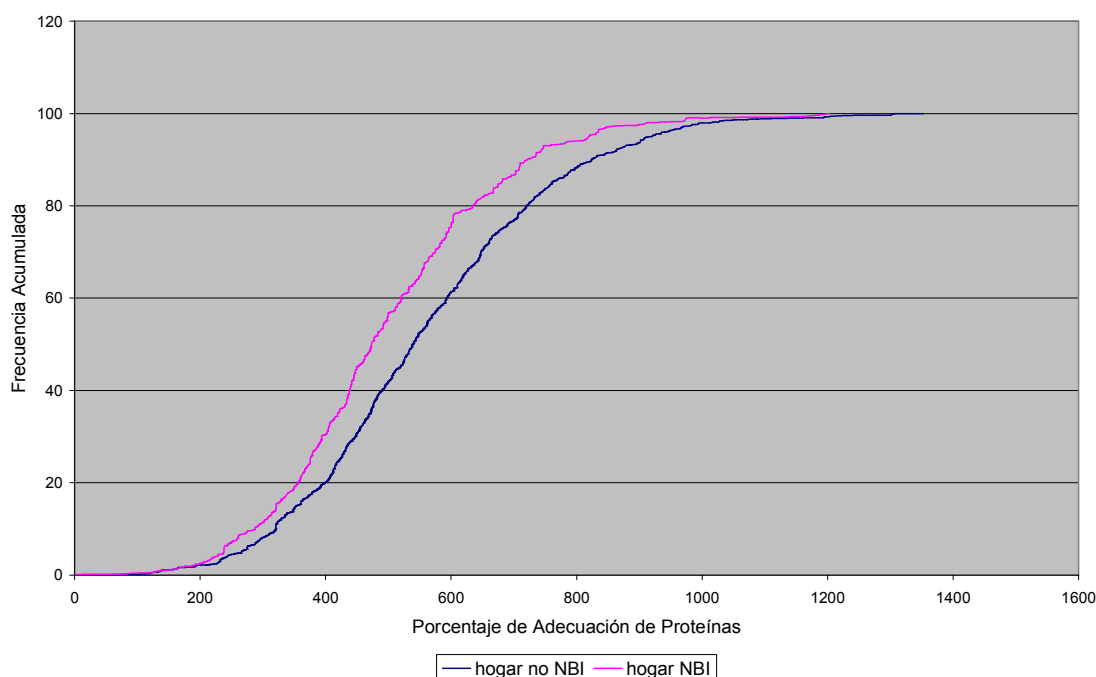


Al analizar el consumo de proteínas desde la mirada de la situación socioeconómica del hogar, se observa una tendencia hacia un mayor consumo a medida que mejoran los indicadores descriptivos. Al comparar los hogares según la presencia de NBI, se observa un consumo significativamente superior en los hogares sin NBI: promedio de consumo hogares sin NBI 53 g (IC al 95%: 51 g-54 g); promedio de consumo hogares con NBI 47 g (IC al 95%: 45 g-48 g). La misma tendencia se observa en el promedio de consumo entre los hogares según la LP/LI, aunque no todas las categorías presentan diferencias significativas.

Dado que el porcentaje de individuos que supera su requerimiento es tan alto, se realizó un corte para evaluar la cantidad de niños cuya ingesta superó el 500% de su requerimiento según los indicadores socioeconómicos antes mencionados. En el caso de la clasificación de los individuos según la LP/LI se observó que aproximadamente el 44% (IC al 95%: 38%-51%) de los individuos de hogares indigentes superó en 500% ó más su requerimiento, mientras que en los hogares no pobres el 60% (IC al 95%: 56%-64%) de los individuos superó su requerimiento proteico en esa proporción. La misma tendencia se presentó al evaluar los hogares según NBI observándose que el 43% (IC al 95%: 38%-48%) de los hogares con NBI superó su requerimiento en 500% ó más, mientras que el 58% (IC al 95%: 54%-62%) de los hogares sin NBI superó su requerimiento en ese porcentaje.

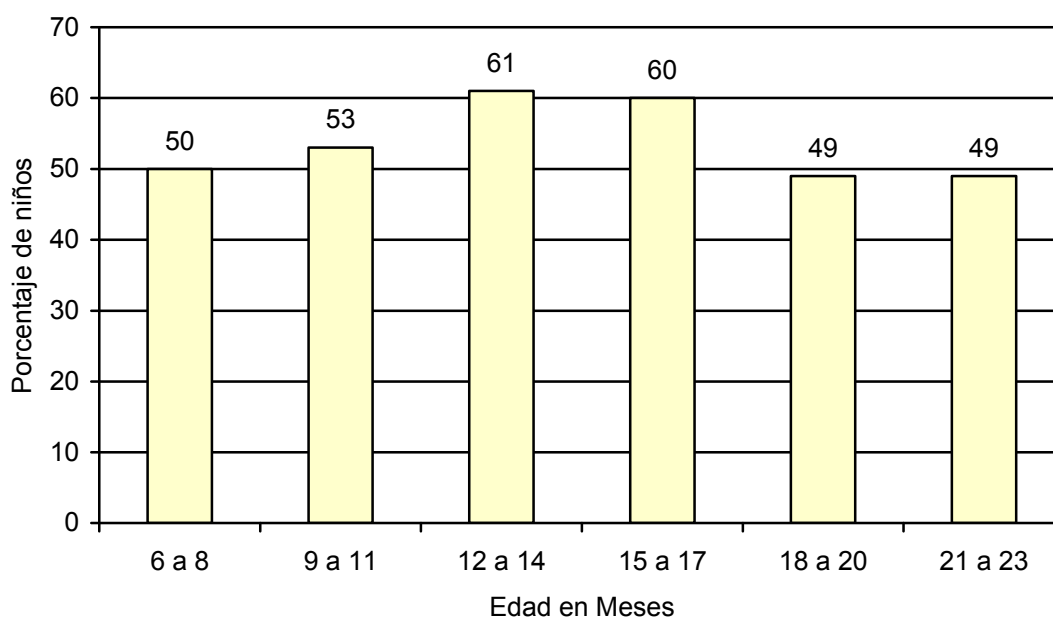
A continuación se presenta la frecuencia acumulada de la adecuación de proteínas para los niños de 6 a 23 meses según la condición socioeconómica del hogar, donde puede observarse esta tendencia mencionada.

Gráfico 17: Frecuencia acumulada de la adecuación de la ingesta de proteínas según presencia de NBI en el hogar, niños de 6 a 23 meses, total país.



El análisis de la adecuación de proteínas por encima del requerimiento en 500% o más, no arrojó diferencias significativas, al analizarlo según el clima educativo del hogar, ni según el tipo de leche consumida (fórmulas o leche de vaca). Asimismo se observó que este fenómeno se presenta en todos los subgrupos etáreos, donde al menos la mitad de los niños supera su requerimiento proteico en 500% o más, como se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 18: Porcentaje de niños que supera en 500% ó más su requerimiento de proteínas según edad, total país.



2.4.6. Ingesta de proteínas de alto valor biológico

La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda que los niños de 6 a 12 meses reciban un 50% de proteínas de alto valor biológico, mientras que para los mayores de 1 año ese valor es de 20 a 40%.²⁸ A nivel país, se registró un consumo de proteínas de alto valor biológico del 70% del total de las proteínas consumidas. En todas las regiones del país se mantuvieron esos valores de consumo, porcentaje que no se alteró tampoco al subdividir la muestra según la edad en meses de los individuos. Ese porcentaje también se mantuvo en niveles altos (70% o más) al analizar la muestra según el NSE y el clima educativo de los hogares.

2.4.7. Ingesta de Sodio

Los niños que consumen leche de vaca sin modificar reciben una cantidad mayor de Sodio que los niños que son alimentados con leche materna o incluso con fórmulas infantiles.²⁹ Las ingestas elevadas de Sodio ejercen una mayor carga renal de solutos especialmente en los niños menores de 12 meses.³¹⁻³²

Por los motivos mencionados y dado que el consumo de leches no modificadas en la población de niños menores de 2 años está ampliamente difundido, se subdividió a los niños según su consumo de leches entre niños que consumían leches modificadas (fórmulas lácteas, tanto de inicio como de seguimiento) y a los que no consumían fórmulas, para comparar la ingesta de Sodio en ambos grupos, para este análisis se excluyeron los niños con LM y vale la pena aclarar que no considera la sal de mesa agregada a los alimentos.



Se pudo observar que el promedio de consumo de Sodio de toda la muestra de niños no amamantados de 6 a 23 meses fue de 921 mg (IC al 95%: 891mg-951mg), y que la diferencia entre los dos grupos mencionados anteriormente fue significativa, a juzgar por la no superposición de los intervalos de confianza. El consumo medio de Sodio de los niños que consumían fórmulas fue 586 mg (IC al 95%: 481mg-690 mg), y el consumo de los niños que consumían leches no modificadas fue 932 mg (IC al 95%: 902 mg-962 mg). El análisis no se pudo realizar para las diferentes regiones o NSE dado que el número muestral de los niños que consumen fórmulas modificadas es demasiado pequeño y no permite más desagregación.

Al igual que con otros nutrientes, se analizó la proporción de individuos con ingesta inadecuada que, en el caso del Sodio, se considera como una ingesta superior al AI según la edad.²⁹ Del total de niños que no estaban recibiendo LM al momento de la encuesta, se estimó que el 49% (IC al 95%: 45%-52%) superó el AI de sodio. A nivel regional, NOA presentó la proporción más baja de individuos por encima del AI para este nutriente: 40% (IC al 95%: 36%-45%) y Cuyo la más elevada: 58% (IC al 95%: 51%-65%). No se observaron diferencias significativas entre los hogares según el NSE de los mismos, pero sí se registró una proporción significativamente mayor de niños cuya ingesta superó el AI entre los niños más pequeños que en los mas grandes: niños de 6 a 11 meses 93% (IC al 95%: 90%-95%); niños de 12 a 23 meses 34% (IC al 95%: 33%-39%).

2.5. Alimentación complementaria

Es la transición que se produce de una dieta basada en la leche materna (o algún sustituto de la misma) hacia la incorporación total del niño a la mesa familiar. Es recomendable que el proceso no se inicie antes del 6^{to} mes de vida, y el mismo se extiende aproximadamente hasta el final del primer año.^{14,27}

2.5.1. Proporción de niños con alimentación complementaria oportuna, temprana y muy temprana de alimentos

Para el análisis de los patrones de introducción de alimentos (alimentación complementaria), se utilizaron los datos obtenidos de la historia alimentaria de los niños menores de 2 años y no la información proveniente del recordatorio de 24 horas, ya que el recordatorio no capta la historia de la alimentación del individuo.

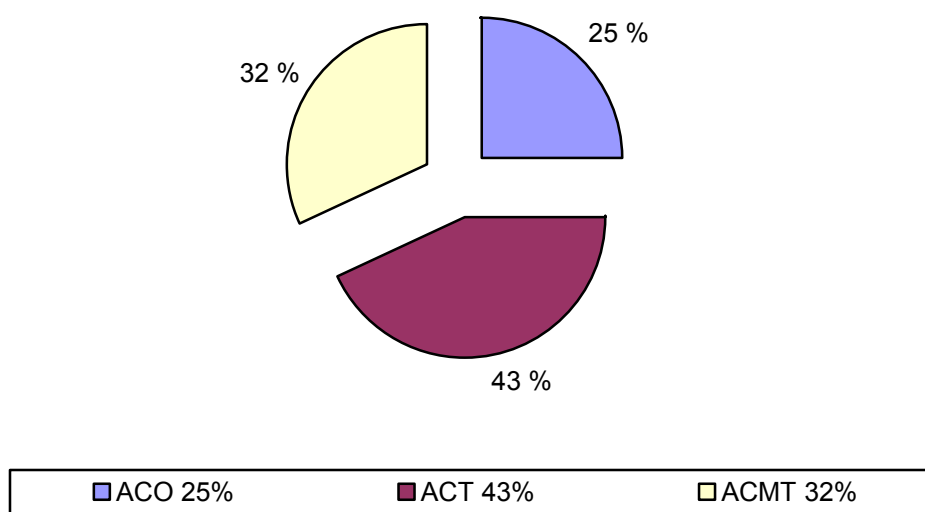
En este cuestionario se condensó la información ofrecida por la madre en relación con la incorporación (o no) de un listado específico de alimentos, como así también a la edad de incorporación de cada uno en particular. El listado incluyó los siguientes alimentos o grupos de alimentos: puré de vegetales cocidos; puré de frutas; jugo de frutas frescas; yogur; huevo; fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten; arroz, harina de maíz, tapioca y otro cereales sin gluten; cereales precocidos; papillas listas para comer; pan o galletitas; carne vacuna; pollo; pescado; otras carnes; hígado; morcilla; otras vísceras; y miel.

Para la estimación de la proporción de niños que incorporó alimentos antes del 6^{to} mes de vida (alimentación complementaria temprana: ACT), antes del 4^{to} mes de vida (alimentación complementaria muy temprana: ACMT), u oportunamente (alimentación

complementaria oportuna: ACO), se eliminaron los registros en los que la madre no recordaba con precisión la edad de incorporación del alimento en cuestión.

El análisis de los patrones de incorporación de alimentos en niños menores de 2 años reveló datos sorprendentes para este grupo etáreo. Independientemente de las recomendaciones nacionales e internacionales de no incorporación de alimentos diferentes de la leche materna (para niños amamantados exclusivamente) y de alimentos diferentes de la leche de vaca modificada (para niños con LMP o LA) antes de los 6 meses de vida, a nivel país se observó que más del 70% de los niños incorporó algún alimento antes de esa edad y que incluso el 25% lo hizo antes del 4^{to} mes de vida, como lo muestra el siguiente gráfico.^{14,27.}

Gráfico 19: Proporción de niños de 6 a 23 meses según momento de incorporación de alimentos, total país.



A nivel regional, Cuyo presentó el panorama más favorable ya que sólo un 15% de los niños reportó ACMT, mientras que el 45% presentó ACO siendo este último valor el más alto de todas las regiones. En sentido opuesto, se observó que NEA fue la región con mayor porcentaje de niños con ACMT (35% IC al 95%:31%-39%). Más detalles regionales se presentan en la siguiente tabla.

**Cuadro 10: Alimentación Complementaria en niños de 6 a 23 meses, país y regiones.**

Región	Alimentación complementaria	Porcentaje (IC al 95%)
GBA	Muy temprana	27 (23-31)
	Temprana	44 (39-48)
	Oportuna	29 (26-33)
CUYO	Muy temprana	15 (12-19)
	Temprana	40 (35-45)
	Oportuna	45 (39-51)
NEA	Muy temprana	35 (31-39)
	Temprana	35 (32-38)
	Oportuna	29 (26-33)
NOA	Muy temprana	25 (22-28)
	Temprana	41 (37-45)
	Oportuna	34 (30-37)
PAMPEANA	Muy temprana	23 (20-26)
	Temprana	48 (43-53)
	Oportuna	28 (24-33)
PATAGONIA	Muy temprana	23 (20-26)
	Temprana	41 (37-44)
	Oportuna	36 (32-40)
PAIS	Muy temprana	25 (23-27)
	Temprana	43 (41-46)
	Oportuna	31 (29-33)

La evaluación de la alimentación complementaria se hizo a la luz de la situación socioeconómica de los hogares, arrojando patrones similares según la clasificación por NBI o por LP/LI.

Podría decirse, en líneas generales, que en los hogares más pobres la proporción de niños que recibieron alimentos antes de los 4 meses fue más elevada que en los hogares más favorecidos económicamente. En el caso específico de los hogares clasificados según LP/LI, se observó que la proporción de niños con alimentación complementaria antes de los 4 meses de vida fue el doble entre los hogares indigentes que entre los hogares no pobres. En sentido opuesto, los hogares más favorecidos económicamente presentaron mayor proporción de incorporación temprana de alimentos (entre los 4 y los 6 meses) que en los grupos más pobres.

Estos datos sugieren la necesidad de mayor información y educación alimentaria para todos los grupos socioeconómicos, ya que la edad de incorporación temprana de alimentos fue altamente prevalente entre todos los grupos.

**Cuadro 11: Alimentación Complementaria en niños de 6 a 23 meses según presencia de NBI en el hogar.**

Hogar	Alimentación complementaria	Porcentaje (IC al 95%)
NBI	Muy temprana	34 (30-37)
	Temprana	39 (36-43)
	Oportuna	26 (24-29)
No NBI	Muy temprana	21 (18-23)
	Temprana	46 (43-49)
	Oportuna	33 (31-36)

Cuadro 12: Alimentación Complementaria en niños de 6 a 23 meses según presencia de LP/LI en el hogar.

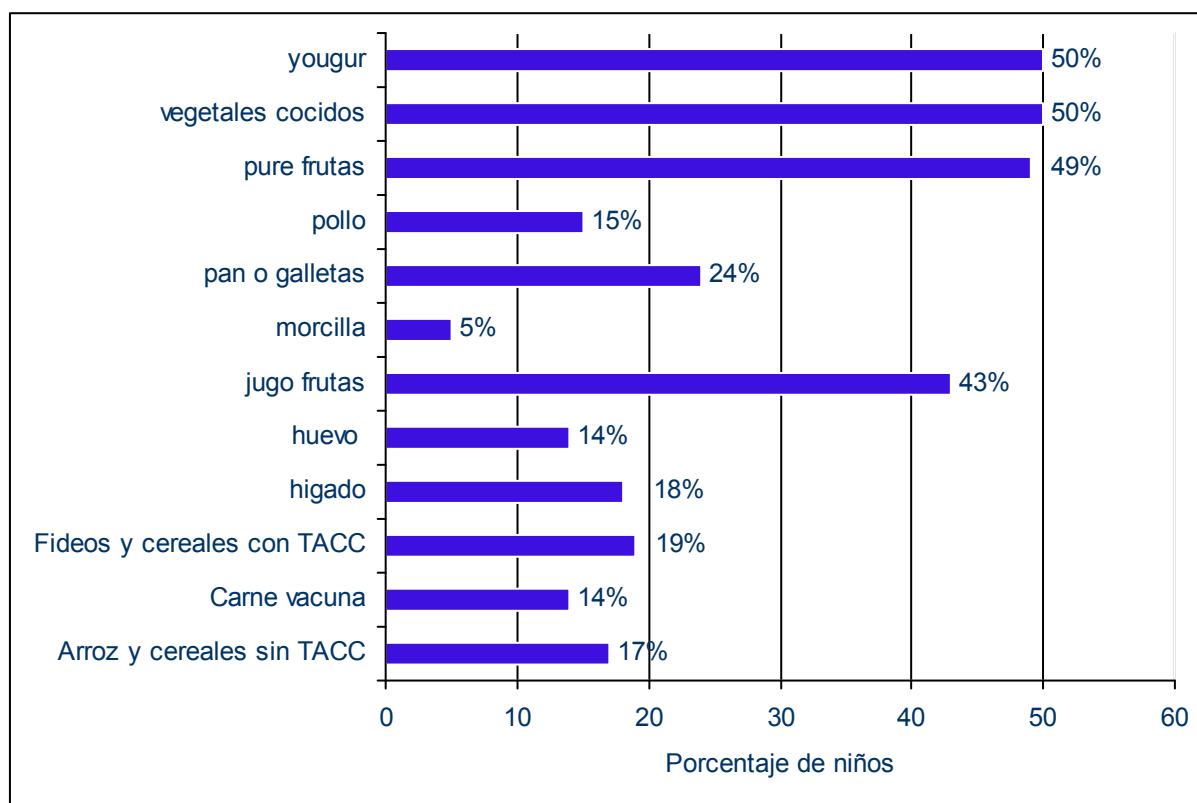
Hogar	Alimentación complementaria	Porcentaje (IC al 95%)
Indigente	Muy temprana	32 (28-36)
	Temprana	39 (35-43)
	Oportuna	29 (25-32)
Pobre no Indigente	Muy temprana	30 (26-33)
	Temprana	43 (38-47)
	Oportuna	27 (24-31)
No Pobre	Muy temprana	18 (15-20)
	Temprana	47 (44-50)
	Oportuna	35 (32-38)

Los patrones de incorporación de alimentos se analizaron también en comparación con el clima educativo del hogar. De dicho análisis pudo observarse que los hogares con mayor educación (clima educativo alto) presentaron la menor proporción de niños con ACMT en relación a los otros grupos, resultando significativa la diferencia en comparación con el clima educativo medio y bajo. Asimismo, este grupo también presentó la mayor proporción de niños alimentados a partir del 6^{to} mes de edad, aunque no siempre con diferencias significativas entre los grupos (ver cuadro siguiente).

**Cuadro 13: Alimentación Complementaria en niños de 6 a 23 meses según clima educativo del hogar.**

Clima educativo	Alimentación complementaria	Porcentaje (IC al 95%)
Muy Bajo	Muy temprana	27 (21-34)
	Temprana	42 (35-50)
	Oportuna	30 (24-40)
Bajo	Muy temprana	31 (27-36)
	Temprana	39 (35-44)
	Oportuna	29 (25-34)
Medio	Muy temprana	31 (28-35)
	Temprana	42 (38-46)
	Oportuna	26 (23-29)
Alto	Muy temprana	18 (16-21)
	Temprana	46 (43-49)
	Oportuna	35 (32-38)

A continuación se presenta un listado de los alimentos incorporados tempranamente, expresados como porcentaje sobre el total de niños para los cuales se inició la alimentación antes del sexto mes de vida. Como puede observarse los alimentos incorporados tempranamente por mayor cantidad de niños fueron el yogur, los vegetales cocidos y los purés de frutas, seguidos por los jugos de frutas.

Gráfico 20: Porcentaje de niños de 6 a 23 meses según tipo de alimento incorporado antes del 6^{to} mes de vida, total país.



2.5.2. Introducción Tardía de Alimentos

Si bien la introducción temprana de alimentos representa un riesgo para la salud de los lactantes, la introducción tardía también es una práctica inadecuada. Este análisis persiguió como objetivo detectar la proporción de niños entre 6 y 10 meses no habían recibido alimentos diferentes del pecho materno u otro tipo de leches el día anterior.

Para estimar esa proporción, se calculó la proporción de niños que no estaban enfermos o a dieta el día anterior y que no recibieron otro alimento o bebida además de leche. Este análisis sigue la metodología de la OMS para evaluar el momento de introducción de alimentos complementarios en niños amamantados y que recomienda analizar la proporción de niños entre 6 y 10 meses que recibieron alimentación complementaria el día anterior. Para el presente documento se agruparon los niños con y sin LM.³³

Tanto a nivel nacional como regional se observó que la proporción de niños de 6 a 10 meses que no consumió ningún alimento (excepto leche) el día anterior fue bajo, demostrando que la introducción de alimentos luego de los 6 meses no se demora en la dieta de los niños. A nivel nacional, sólo el 0,8% de los niños (IC al 95%: 0,3%-1,9%) no reportó consumo de alimentos, siendo los valores regionales muy similares al valor nacional.

A la luz de los resultados de los momentos de introducción de alimentos en la dieta de los lactantes, se destaca la necesidad de educación alimentaria, especialmente en lo que respecta a la prevención de introducción temprana y muy temprana de alimentos en todas las regiones y para todos los niveles socioeconómicos.

2.5.3. Características de la alimentación complementaria de los niños con LM

Tanto el Ministerio de Salud como la Organización Mundial de la Salud han establecido criterios y recomendaciones para evaluar la calidad de la alimentación complementaria de los niños con LM desde los 6 meses hasta los dos años de vida.^{14, 27} El objetivo de este análisis fue comparar la alimentación de los niños que al momento de la encuesta se encontraban recibiendo LM y cuya ingesta de otras leches fue menor a 250 ml con algunas de las recomendaciones mencionadas; los resultados se resumen en el siguiente cuadro.

**Cuadro 14: Comparación de la alimentación complementaria de niños de 6 a 23 meses con las recomendaciones vigentes, total país.**

	Niños según edad		
	6-8 meses	9-11 meses	12-23 meses
Aporte energético recomendado (kcal) ¹	200	300	550
Mediana de consumo energético (kcal) ²	320	501	754
Recomendación de proteínas (g) cada 100 kcal ¹	1,3	1,5	1,7
Mediana de consumo de proteínas (g) cada 100 kcal ²	3,7	3,7	3,6
Porcentaje recomendado de proteínas de origen animal ¹	45	45	45
Mediana de consumo del porcentaje de proteínas de origen animal ²	65	65	64
Recomendación de grasas totales (Porcentaje sobre el valor calórico total) ¹	>30	>30	>30
Mediana de consumo del porcentaje de grasas totales ²	25	27	28
Cantidad de comidas diarias recomendadas ³	2-3	3-4	3-4
Porcentaje de niños con consumo de <i>al menos</i> 1 comida ⁴	8,5%	2,6%	1,0%
Porcentaje de niños con consumo de <i>al menos</i> 2 comidas ⁴	16,2%	14,4%	5,9%
Porcentaje de niños con consumo de <i>al menos</i> 3 comidas ⁴	35,9%	27,5%	16,4%
Porcentaje de niños con consumo de <i>al menos</i> 4 comidas ⁴	25,0%	40,3%	43,3%
Porcentaje de niños con consumo de <i>al menos</i> 5 comidas ⁴	10,2%	14,9%	33,2%

¹ Fuente: Guías alimentarias para la población infantil¹⁴² Resultados de la ENNyS para el grupo de niños con LM e ingesta inferior a 250 cc de leches³ Fuente: OPS/OMS²⁷⁴ Dado que las colaciones fueron calculadas todas juntas no se puede discriminar el número real de las mismas, por ese motivo se estima como “al menos” determinada cantidad de comidas. Las frecuencias calculadas no son frecuencias acumuladas.

2.6. Consumo de alimentos específicos

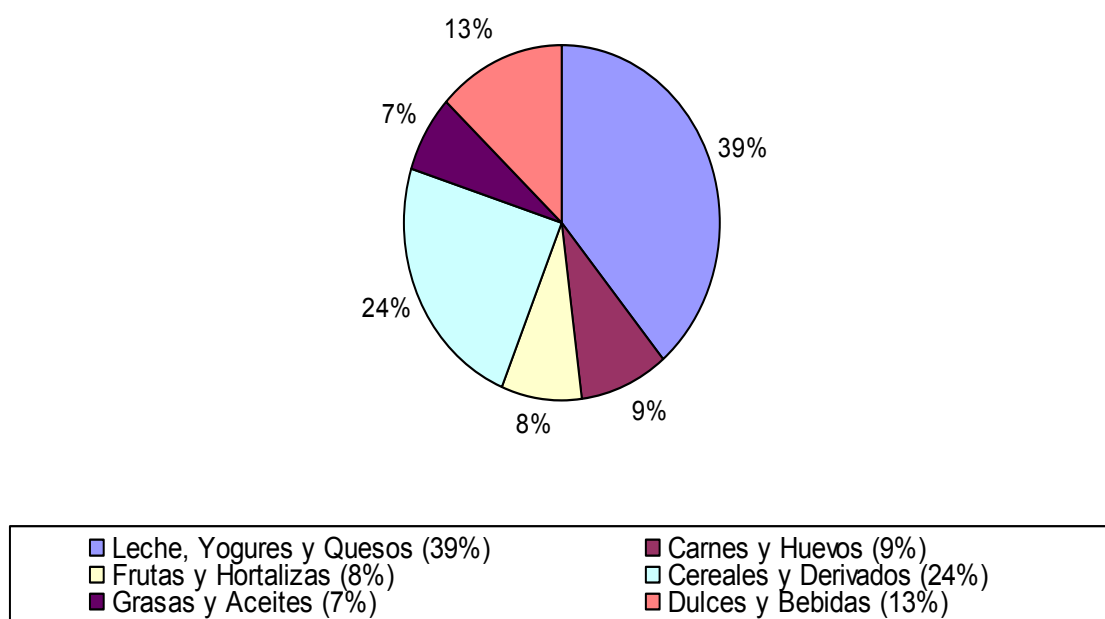
Para educar a la población sobre la forma más adecuada de comer es necesario conocer primero la composición real de su dieta en términos de los alimentos consumidos. Las distintas discusiones que se presentan a continuación están orientadas a describir los patrones de consumo de alimentos considerados críticos en la dieta de los niños.



2.6.1. Contribución a la ingesta energética a partir de grupos de alimentos en la dieta de los niños de 6 a 23 meses sin LM

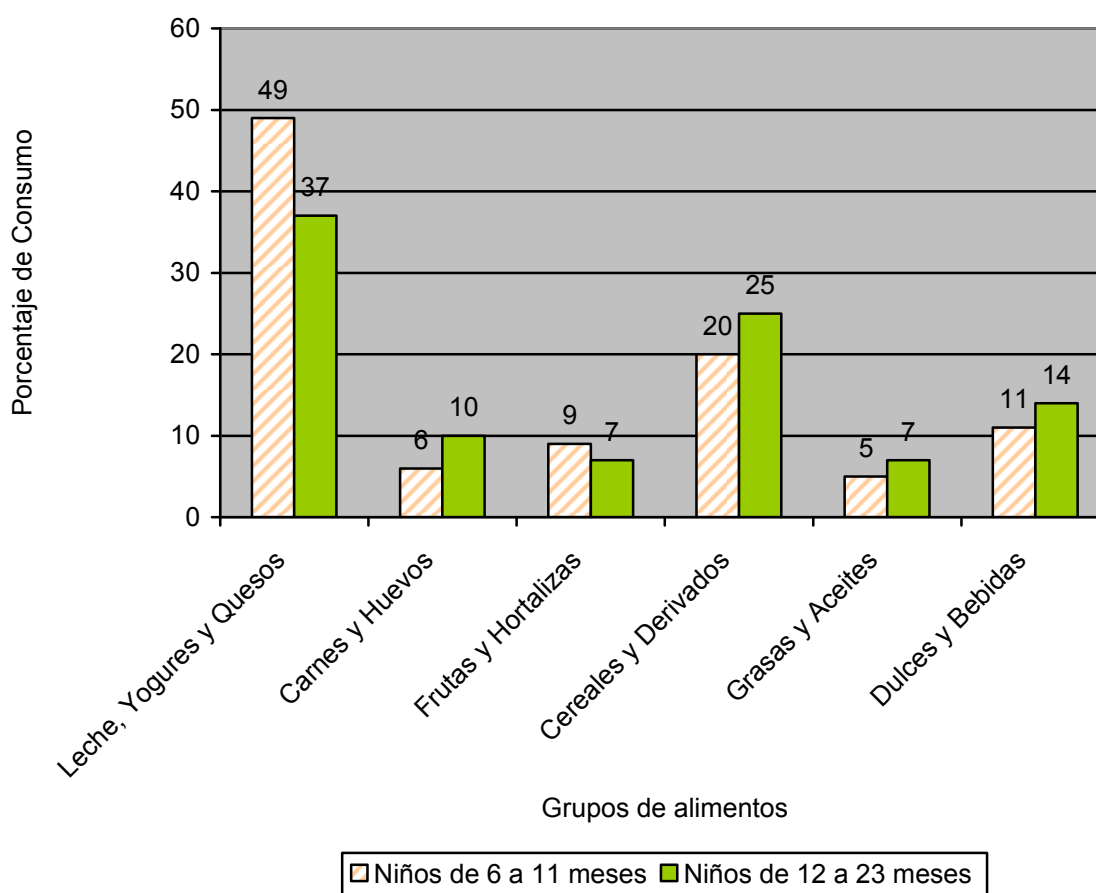
Se describe a continuación la distribución porcentual de energía de los diferentes grupos de alimentos para el grupo de niños que no recibían LM al momento de la encuesta. En el primer Documento de Resultados publicado, se presentó este mismo análisis para el conjunto de niños en éste grupo etáreo, sin distinción del tipo de leche que recibían.⁵ Para este documento se seleccionaron sólo los niños sin LM.

Gráfico 21: Distribución porcentual de energía por grupos de alimentos, niños de 6 a 23 meses sin LM, total país.



Al analizar la contribución parcial de los diferentes grupos de alimentos entre los subgrupos de edad (6 a 11 meses y 12 a 23 meses), pudo observarse que, a mayor edad, hubo un aumento en la proporción de energía aportada por las carnes (+4%), por los cereales y derivados (+5%), por los dulces y bebidas (+3%), y por las grasas (+2%), a expensas de la energía aportada por frutas y hortalizas (-2%) y leche, yogures y quesos (-12%), como se puede observar en el gráfico siguiente.

Gráfico 22: Distribución porcentual de energía por grupos de alimentos, niños de 6 a 23 meses sin LM según grupo etáreo.



2.6.2. Consumo de bebidas

Es probable que los jugos de frutas sean vistos por las madres como alimentos saludables, dado que ciertas variedades aportan algunas vitaminas y minerales. Sin embargo, es importante destacar que los jugos (aun los jugos exprimidos) no presentan ventajas nutricionales sobre el consumo de frutas enteras. Dado que los jugos de frutas pueden ser consumidos en exceso, lo cual puede traer como consecuencia una disminución del apetito por alimentos más nutritivos, la Academia Americana de Pediatría de los Estados Unidos recomienda que los niños de 1 a 6 años no consuman más de 180 cc de jugos 100% de frutas por día; este mismo organismo no tiene recomendaciones sobre la cantidad de jugo que podría consumir un niño menor de 1 año.^{27, 34}

Si bien puede debatirse sobre el valor nutricional de ciertos tipos de jugos y su utilización en la alimentación de los niños pequeños, es indiscutible que otras bebidas como las gaseosas y los jugos sintéticos no aportan valor nutricional alguno y, además, contienen sustancias no adecuadas para el consumo de los niños pequeños como conservantes y colorantes.¹⁴ Por todo lo dicho, estas bebidas no deberían formar parte de la alimentación habitual de los niños.^{27, 34}



Para este análisis se sumó el consumo de todas las bebidas reportadas en los recordatorios de 24 horas de los niños menores de 2 años (exceptuando el agua), sin hacer especial distinción entre jugos envasados de frutas, jugos sintéticos, gaseosas, etc.

En el grupo de niños de 6 a 23 meses de edad se observó que el 46% de los niños (IC al 95%: 44%-48%) reportó consumo de bebidas en el recordatorio de 24 horas, con una mediana de consumo de 150 ccⁱⁱⁱ. A nivel regional, Cuyo reportó la menor frecuencia de consumo siendo su diferencia estadísticamente significativa con respecto al valor nacional: 37% (IC al 95%: 34%-41%).

La frecuencia de consumo a nivel país fue estadísticamente más elevada durante los fines de semana que en los días de semana: fin de semana 59% (IC al 95%: 54%-63%), día de semana 43% (IC al 95%: 41%-46%). Asimismo, la mediana de consumo fue menor en los días de semana que en los fines de semana (150cc y 180 cc respectivamente). También se observó mayor frecuencia de consumo en los días identificados como festivos que en los días normales: días festivos 74% (IC al 95%: 64%-83%); días normales 46% (IC al 95%: 44%-48%). En este caso las medianas de consumo, también fueron diferentes, siendo más elevadas en los días festivos que en los días normales (200 cc y 150 cc respectivamente).

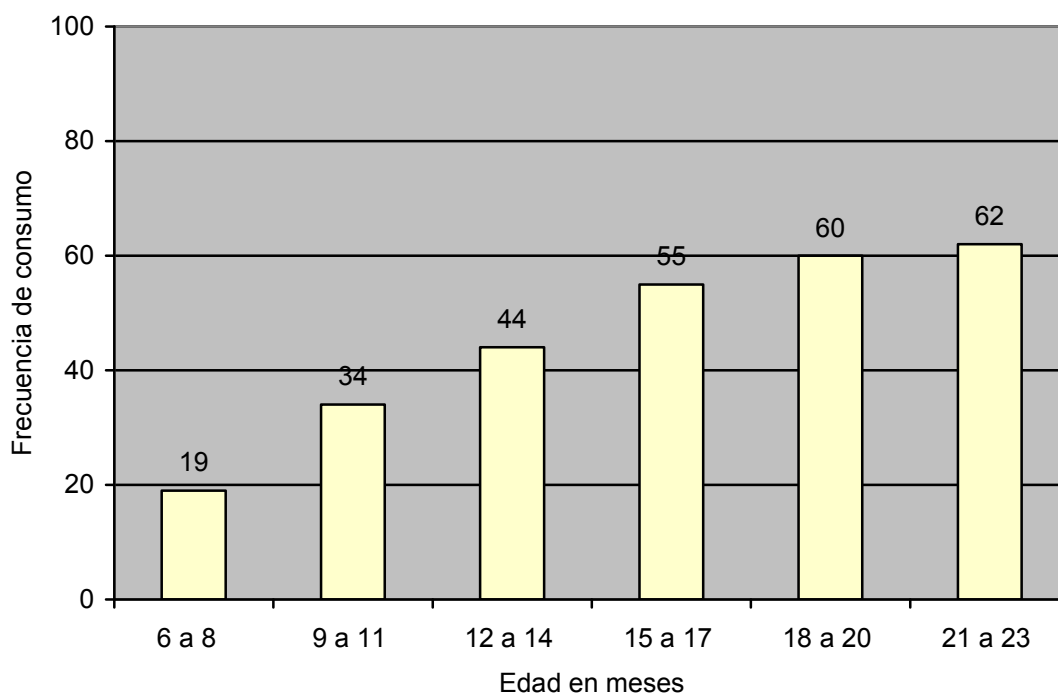
No se observaron diferencias en la frecuencia de consumo entre los diferentes estratos sociales (medidos como NBI o LP/LI), indicando que el consumo de bebidas responde a hábitos y no al acceso a las mismas.

Al comparar el consumo de bebidas entre los niños que se encontraban recibiendo LM al momento de la encuesta, se observó una menor frecuencia de consumo entre los niños con LM siendo las diferencias estadísticamente significativas: niños con LM 42% (IC al 95%: 39%-45%); niños sin LM 50% (IC al 95%: 47%-53%).

La cantidad de niños que consumieron bebidas aumentó a mayor edad de los niños, como puede observarse en el siguiente gráfico. La frecuencia de consumo casi se duplicó entre el grupo de 6 a 8 meses y el siguiente grupo etáreo, aumentando 10 puntos sucesivamente entre los siguientes dos grupos. Aún al final de los 2 años, aunque en menor medida, el aumento en el consumo siguió siendo sostenido, llegando a una frecuencia de consumo mayor al 60% en los niños de 21 a 23 meses. La cantidad consumida por cada subgrupo etáreo también aumentó, siendo la mediana de consumo 100 cc entre los 6 y los 11 meses, 150 cc entre los 12 y los 17 meses, y 200 cc entre los 18 y los 23 meses.

ⁱⁱⁱ La mediana de consumo fue calculada incluyendo solamente a los niños que sí consumieron bebidas el día anterior.

Gráfico 23: Frecuencia de consumo de bebidas según edad, total país.



Dentro del grupo de bebidas, éstas fueron clasificadas en 5 grupos para evaluar cuáles fueron las más consumidas. Los 5 grupos constituidos fueron: amargos serranos, bebidas de soja, gaseosas, jugos de frutas y jugos sintéticos.

Los amargos serranos, las bebidas a base de soja y los jugos de frutas fueron, en total, consumidos por menos del 5% de los niños encuestados (0,2%, 1,1%, 2,4% respectivamente).

Por otra parte, las gaseosas fueron consumidas por el 25% de los niños y los jugos sintéticos por el 21%. Al analizar el consumo de estas bebidas entre los niños de 6 a 11 meses y de 12 a 23 meses, se observó aumento en la frecuencia de consumo a mayor edad sólo en el caso de las gaseosas y en el caso de los jugos sintéticos.

En el primer caso, la frecuencia de consumo en el grupo de niños más pequeños fue de 12%, aumentando a 32% en el grupo de 12 a 23 meses. En el caso de los jugos sintéticos, se observó una frecuencia de consumo del 14% para los niños más pequeños y una frecuencia del 25% para los niños más grandes.

2.6.3. Consumo de vegetales

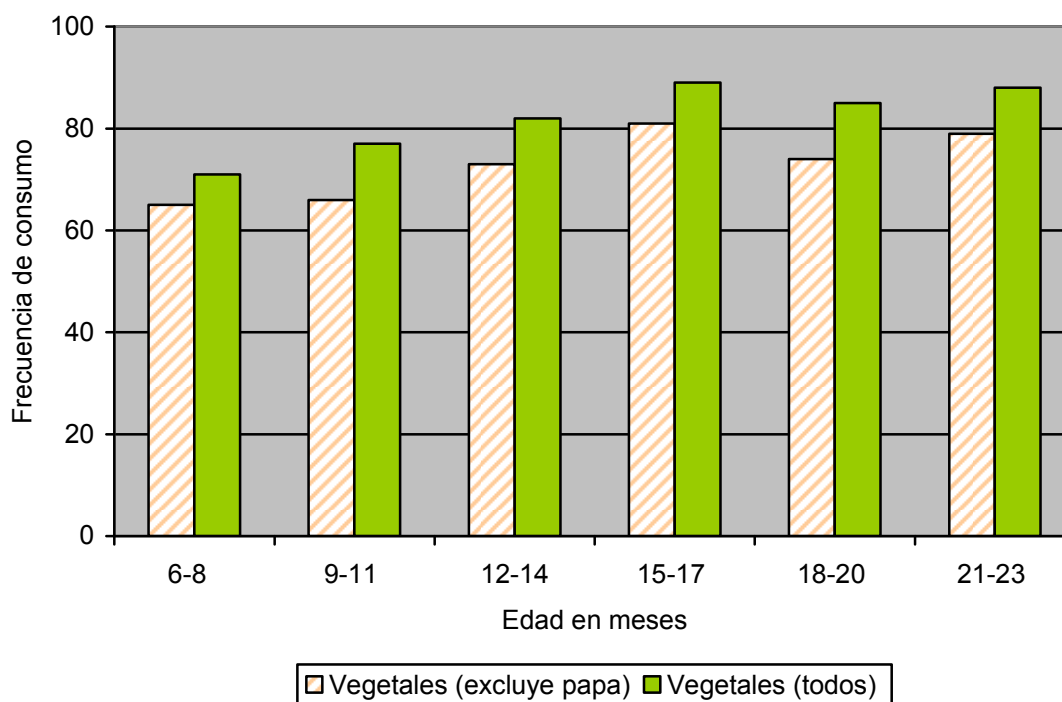
Para el análisis del consumo de vegetales se agrupó el consumo de todos los vegetales reportados en el recordatorio de 24 horas por cada individuo. Sólo si el consumo de vegetales fue igual a cero, se consideró que el individuo “no consumió vegetales”, todos los otros valores fueron considerados como “consumió vegetales”.

La proporción de niños de 6 a 23 meses que consumió vegetales el día anterior fue 82% (IC al 95%: 80%-84%) a nivel nacional. Al comparar las diferentes regiones entre sí y con el valor nacional sólo se observó una menor frecuencia de consumo en Cuyo, 76% (IC al 95%: 72%-79%).

Al clasificar la población según NBI y LP/LI, no se observaron diferencias estadísticas en la frecuencia de consumo entre ninguno de los grupos socioeconómicos. En contraste, al comparar la frecuencia de consumo de vegetales entre los niños que estaban recibiendo LM y no estaban recibiendo LM en el momento de la encuesta, se observó una menor frecuencia de consumo entre los niños amamantados: niños con LM 79% (IC al 95%: 76%-82%); niños sin LM 85% (IC al 95%: 83%-87%).

Si bien la papa fue el vegetal más consumido en este grupo etáreo (52% de los niños la consumió el día anterior, con una mediana de consumo de 50 g) la exclusión de ésta del análisis no modificó sustancialmente los patrones de consumo descriptos.⁵ Como se puede observar en el gráfico siguiente, la exclusión de este vegetal del total de consumo sólo disminuye levemente la proporción de individuos que consumió vegetales el día anterior.

Gráfico 24: Frecuencia de consumo de vegetales, según edad, total país.



Aun al excluir la papa del análisis de consumo, no se registraron diferencias significativas en la proporción de niños que consumió vegetales entre los diferentes grupos socioeconómicos tanto medidos como NBI o como LP/LI.

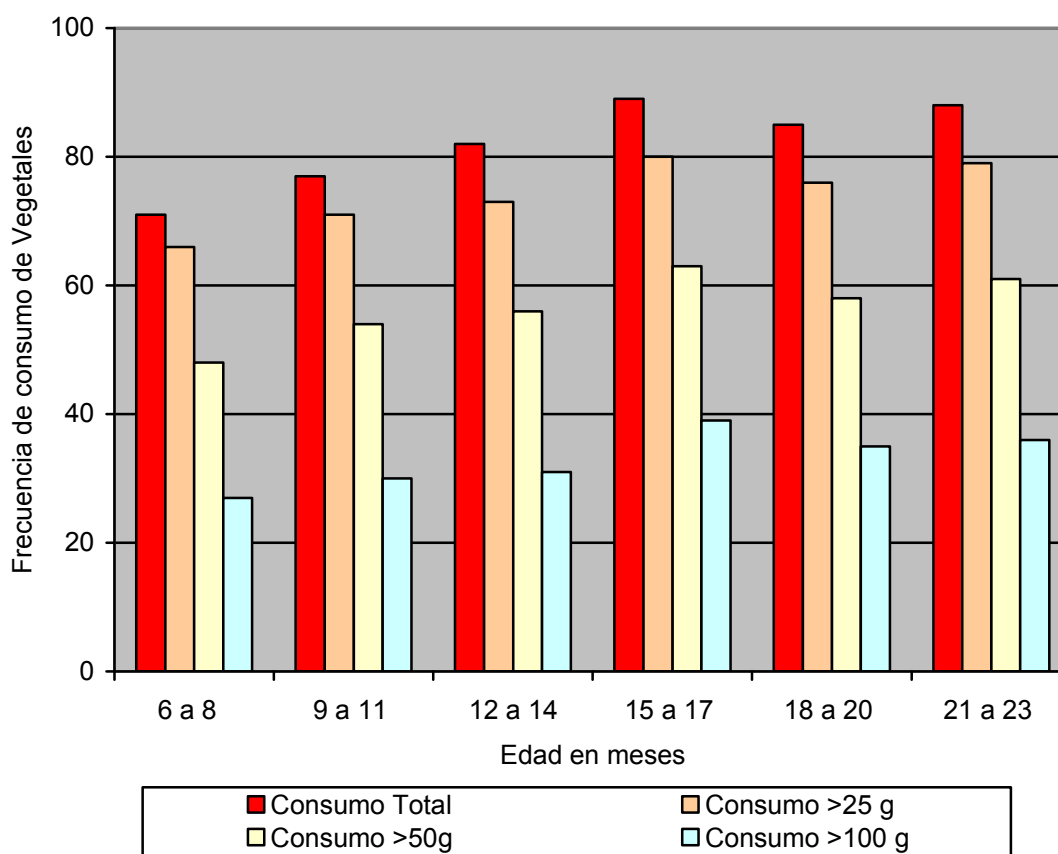
Como se mencionó al comienzo de esta sección, la variable de consumo calculada es una variable dicotómica que incluye dentro del porcentaje de individuos que consumió vegetales el día anterior a todos los niños cuya ingesta haya sido mayor o igual a un



gramo (1 g) de cualquier vegetal. Se presenta a continuación la proporción de niños que consumió más de 25, 50 y 100 g de vegetales el día anterior.

Como se puede observar en el Gráfico 25, la proporción de niños que consumió vegetales el día anterior se reduce alrededor de un 20% para todos los grupos etáreos cuando se limita la cantidad de interés a 50 g; y la proporción de niños que consumió vegetales no supera en ningún caso el 40% cuando se considera como valor límite 100 g de consumo.

Gráfico 25: Frecuencia de consumo de vegetales según cantidad consumida y edad, total país.



2.6.4. Consumo de frutas

Para el análisis del consumo de frutas se agrupó el consumo de todas las frutas reportadas en el recordatorio de 24 horas por cada individuo. Sólo si el consumo de frutas fue igual a cero, se consideró que el individuo “no consumió frutas”, todos los otros valores fueron considerados como “consumió frutas”.

La proporción de niños que consumió frutas el día anterior a nivel país fue casi la mitad que la que consumió vegetales (43%, IC al 95%: 41%-46%). De la comparación entre las regiones, se observó que el NEA presentó una frecuencia de consumo significativamente inferior al valor nacional: 35% (IC al 95%: 31%-40%).

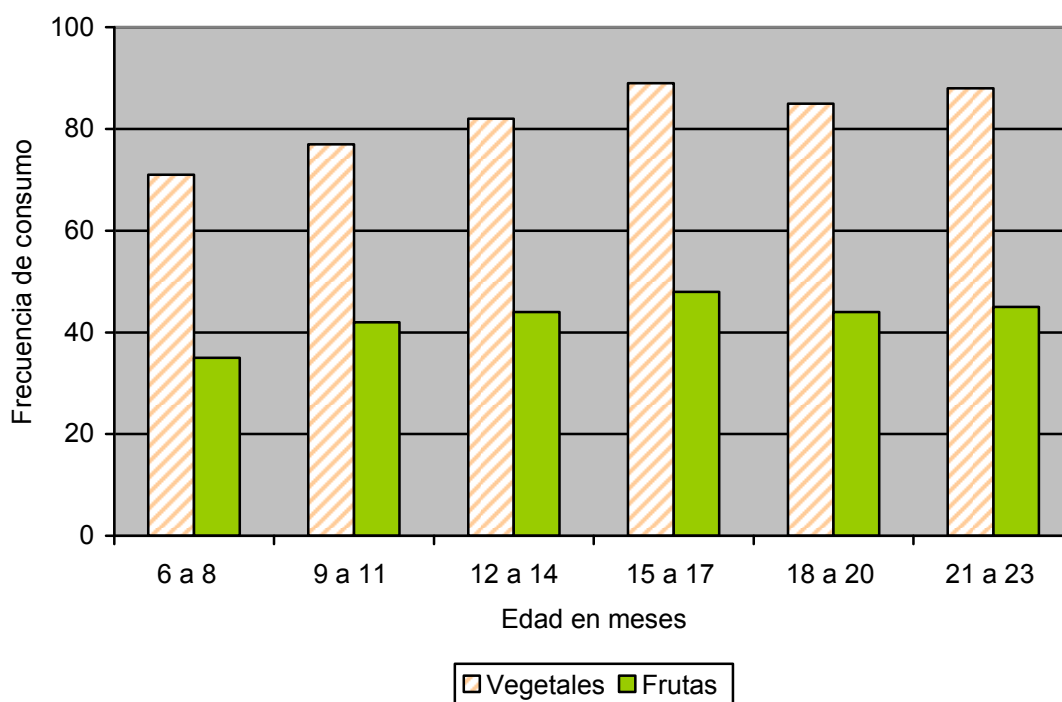
Al comparar el consumo de frutas según la presencia de NBI en el hogar, se observó que los hogares sin NBI tuvieron una frecuencia de consumo significativamente superior a la de los hogares con NBI: hogares sin NBI 47% (IC al 95%: 44%-50%); hogares con NBI 36% (IC al 95%: 32%-40%).

La misma tendencia se observó al comparar los hogares según LP/LI, observándose una menor frecuencia de consumo en los hogares más pobres; y las diferencias fueron estadísticamente significativas entre los 3 grupos de hogares: hogar indigente 33% (IC al 95%: 29%-37%); hogar pobre no indigente 42% (IC al 95%: 38%-45%); hogar no pobre 51% (48%-54%).

La comparación de la frecuencia de consumo de frutas entre los niños con y sin LM al momento de la encuesta reveló un mayor consumo de frutas entre los niños sin LM, siendo la diferencia estadísticamente significativa: niños con LM 39% (IC al 95%: 36%-42%); niños sin LM 47% (IC al 95%: 44%-50%).

En el Gráfico 26 se compara la frecuencia de consumo de frutas y vegetales según la edad en meses de los niños menores de 2 años. Como se mencionó anteriormente, en todos los intervalos de edad la proporción de niños que consumió frutas fue la mitad que la proporción de niños que consumió vegetales, observándose mínimos incrementos en la frecuencia de consumo de frutas entre los diferentes grupos etáreos.

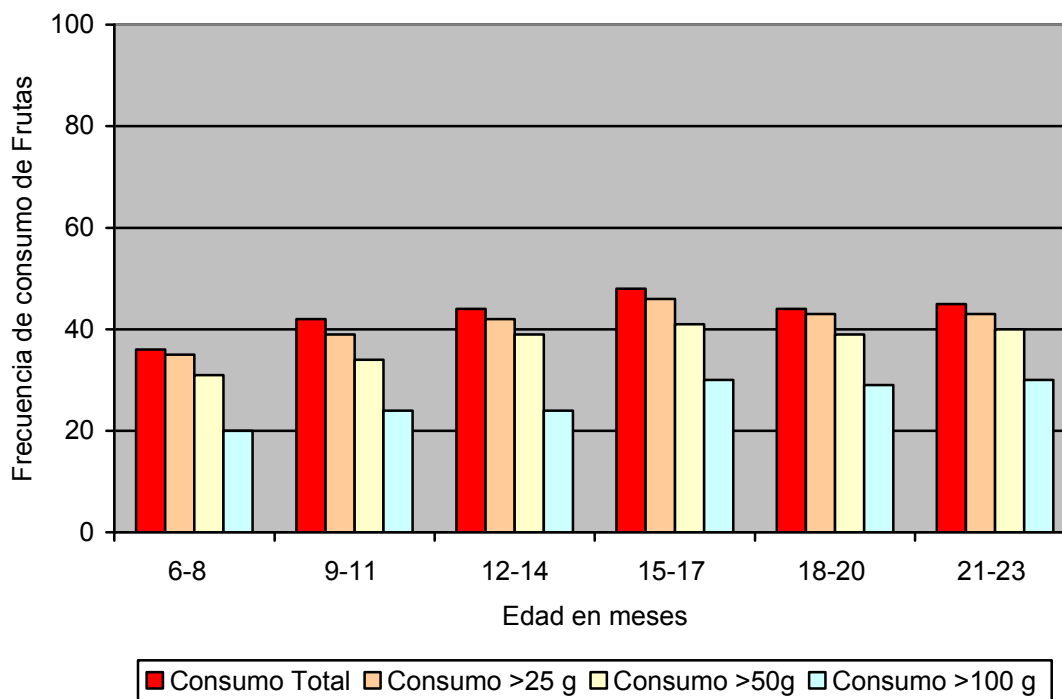
Gráfico 26: Frecuencia de consumo de frutas y vegetales según edad, total país.



Al igual que en el caso de los vegetales, la variable de consumo calculada es una variable dicotómica que incluye, dentro del porcentaje de individuos que consumió vegetales el día anterior, a todos los niños cuya ingesta haya sido mayor o igual a un gramo de cualquier fruta.

Se presenta a continuación la proporción de niños que consumió más de 25, 50 y 100 g de frutas el día anterior. Como se puede observar en el Gráfico 27, la proporción de niños que consumió frutas el día anterior disminuye notablemente al tomarse como valor límite 100 g, y esa disminución se manifiesta en todos los grupos de edad.

Gráfico 27: Frecuencia de consumo (% de niños) de frutas según cantidad consumida y edad, total país.



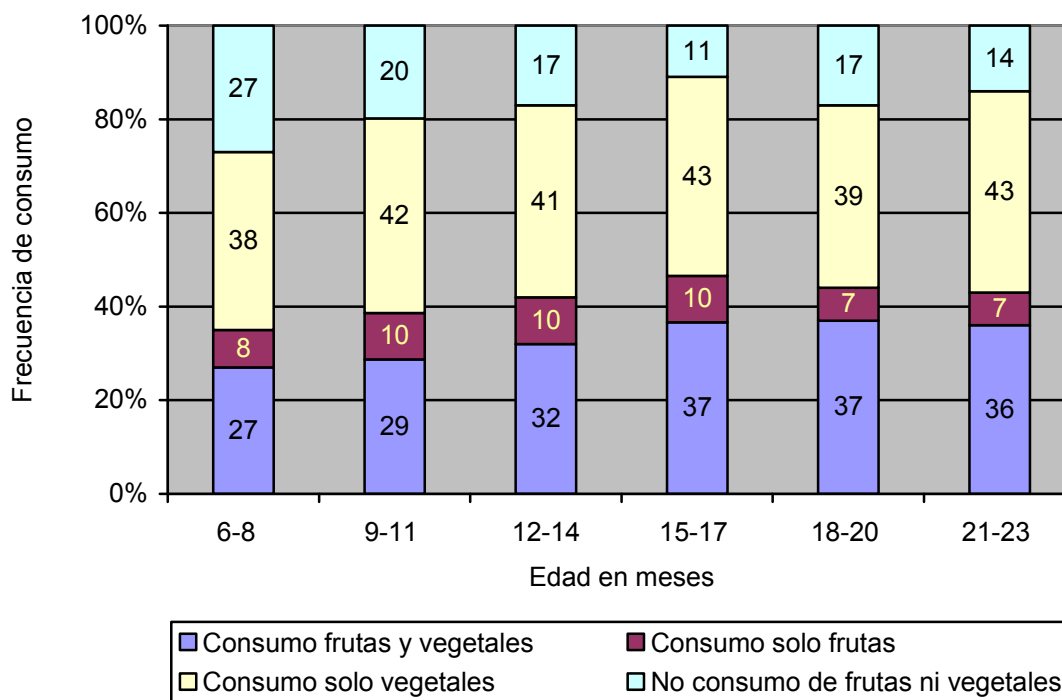
2.6.5. Consumo de vegetales y frutas

Tanto el consumo de frutas como el de vegetales es importante para la salud de los niños, así como para el establecimiento de buenos hábitos alimentarios. En tal sentido, también es importante conocer qué proporción de niños consumió ambos grupos de alimentos (vegetales y frutas) el mismo día.

Como puede observarse en el gráfico siguiente, entre un 27% y un 37% de los niños consumió ambos grupos de alimentos el mismo día según el grupo etáreo; y un porcentaje variable (entre 27% y 11%) de los niños no consumió ninguno de los grupos mencionados. Los datos presentados en el Gráfico 28 fueron elaborados tomando como valor límite de ingesta al menos 25 g de frutas o vegetales.



Gráfico 28: Frecuencia de consumo de frutas y/o vegetales según edad, total país.



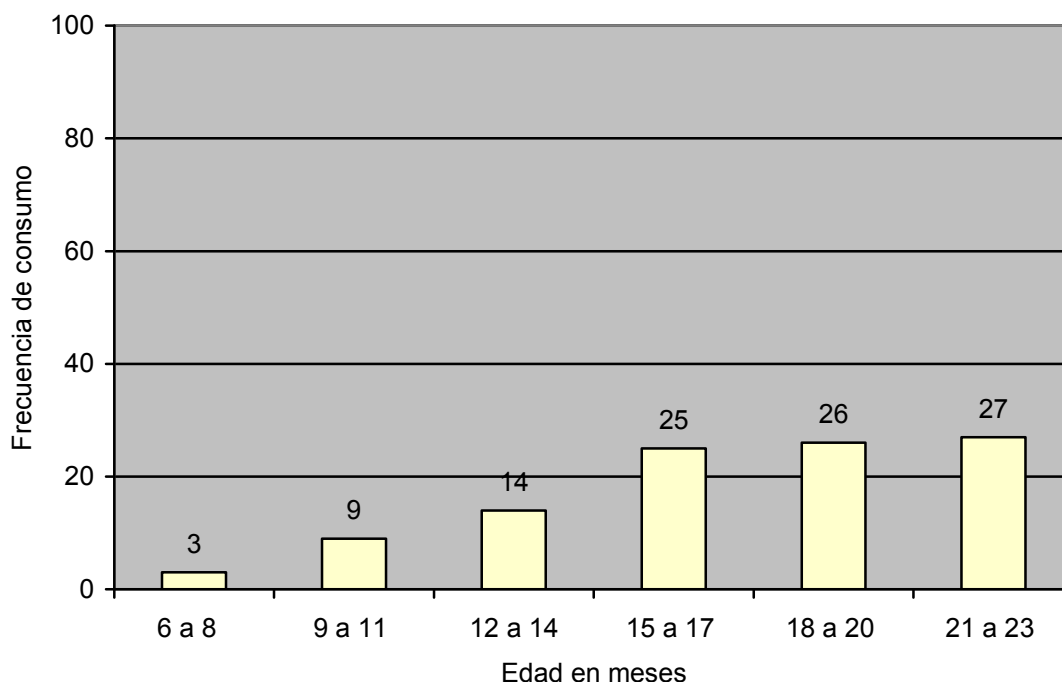
2.6.6. Consumo de golosinas

La cantidad de golosinas impacta en la calidad de la dieta, ya que los dulces aportan calorías que no son acompañadas por nutrientes necesarios para el crecimiento de los niños. Otro aspecto importante del consumo de las golosinas es que pueden desplazar la ingesta de alimentos más nutritivos reduciendo el apetito de los niños.¹⁴

En el análisis que se presenta a continuación se tuvo en cuenta el consumo de: alfajores, caramelos duros, blandos y rellenos (incluyendo chupetines), helados de agua y de crema, y chocolates (excluyendo leches chocolatadas).

El 17% (IC al 95%: 15%-19%) de los niños de 6 a 23 meses consumió golosinas el día anterior según la información recolectada por el recordatorio de 24 horas; y la proporción de niños que consumió golosinas aumentó a mayor edad de los niños, como se observa en el Gráfico 29.

Gráfico 29: Frecuencia de consumo de golosinas según edad, total país.



No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de consumo al comparar el consumo de golosinas según el nivel socioeconómico ni el clima educativo de los hogares. Tampoco el día de la semana ni el tipo de alimentación del día anterior (día festivo, día normal, etc.) mostraron diferencias en la frecuencia de consumo de golosinas. Sin embargo, sí se encontraron diferencias en la frecuencia de consumo según el niño estuviera recibiendo LM en el momento de la encuesta. La proporción de niños que consumió golosinas fue menor entre los niños que recibían LM: niños con LM 14% (IC al 95%: 12%-17%), niños sin LM 20% (IC al 95%: 18%-23%).

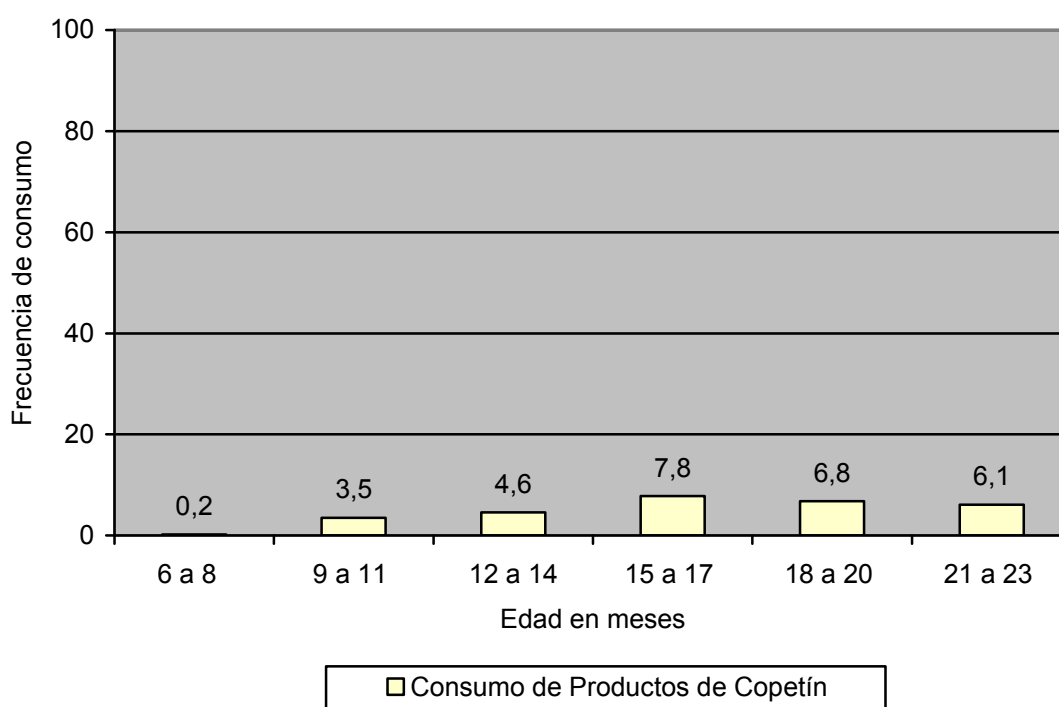
Se observó una mediana de consumo mayor a mayor edad de los niños siendo las medianas de consumo de los diferentes grupos las siguientes: 6-8 meses 15 g, 9-11 meses 30 g, 12-14 meses 20 g, 15-20 meses 25 g, 21-23 meses 35 g. Vale aclarar que las medianas de consumo fueron calculadas sobre los niños que sí reportaron consumo de golosinas en el recordatorio de 24 horas.

2.6.7. Consumo de productos de copetín

El consumo de productos de copetín impacta directamente sobre la cantidad de grasas, Sodio y calorías que ingieren los niños pequeños. Durante los primeros dos años de vida el consumo de productos de copetín debería ser mínimo (o nulo) dada la calidad nutricional que poseen. En el análisis que se presenta a continuación se tuvo en cuenta el consumo de alimentos del tipo de *chizitos*, palitos salados, papas fritas y maníes. En líneas generales, puede decirse que el consumo de este tipo de alimentos fue bajo ya que no superó el 10% en ningún grupo de edad como se muestra en el Gráfico 30.



Gráfico 30: Frecuencia de consumo de productos de copetín según edad, total país.



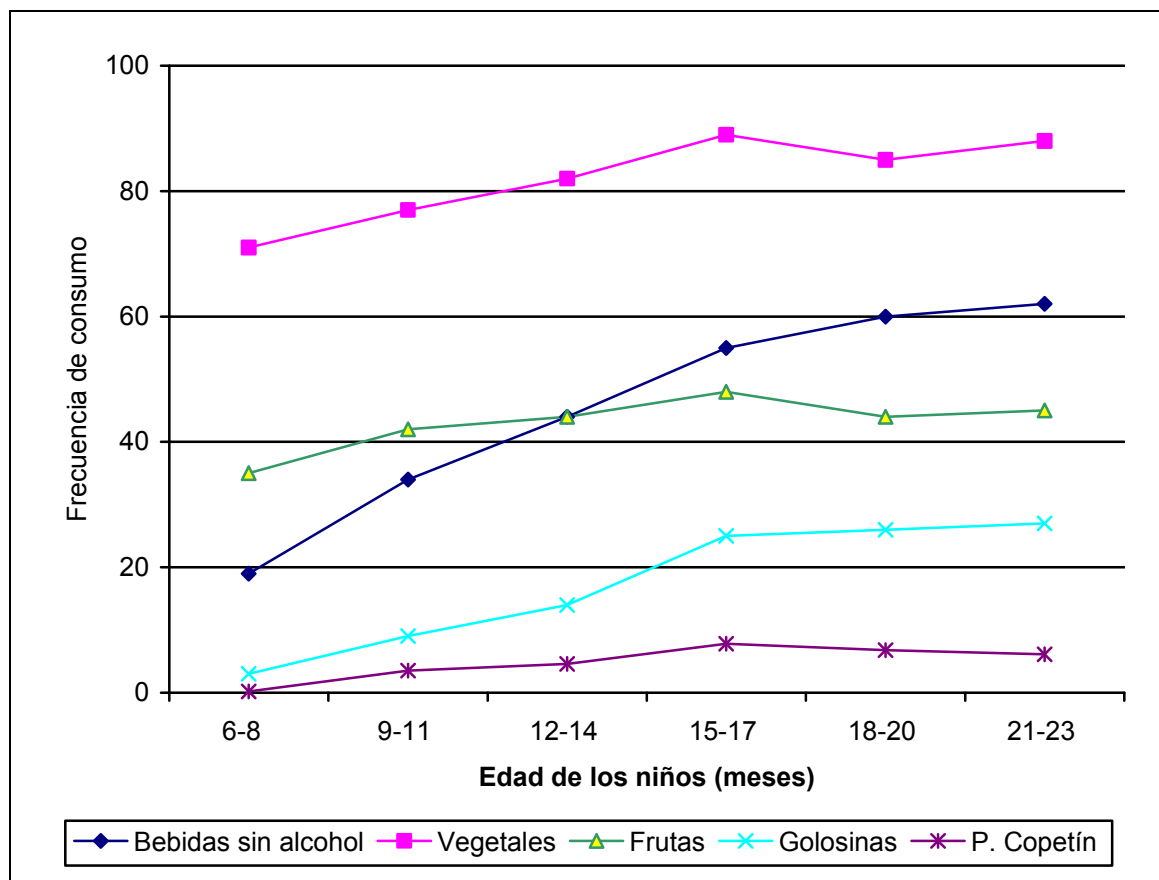
No se registraron diferencias significativas al comparar el consumo de productos de copetín según el nivel socioeconómico ni el clima educativo de los hogares. Tampoco se presentaron diferencias entre los niños que recibían o no LM al momento de la encuesta. El consumo de productos de copetín fue levemente superior durante los días de fin de semana, aunque sin diferencias significativas con los días de la semana. El tipo de alimentación (día festivo, normal, etc.) sí presentó diferencias, observándose una mayor frecuencia de ingesta durante los días festivos que durante los días normales: días festivos 13% (IC al 95%: 7%-23%), días normales 5% (IC al 95%: 4%-6%).

Se observó una mediana de consumo mayor a mayor edad de los niños, siendo las medianas de consumo de los diferentes grupos las siguientes: 6-11 meses 10 g, 12-14 meses 15 g, 15-17 meses 16 g y 18-23 meses 20 g. Cabe aclarar que las medianas de consumo fueron calculadas sobre los niños que sí reportaron consumo de productos de copetín en el recordatorio de 24 horas.

2.6.8. Comparación del consumo de diferentes alimentos

A continuación se presenta un breve resumen de la proporción de niños que consumió distintos alimentos según la edad.

Gráfico 31: Frecuencia de consumo de diferentes alimentos y bebidas según edad, total país.



2.6.9. Consumo grasas y aceites

El consumo de grasas no debe ser restringido ni en cantidad ni en calidad durante los dos primeros años de vida del niño, ya que éstas desempeñan un papel fundamental en su crecimiento y desarrollo.^{14, 35}

Para el análisis del consumo de grasas y aceite se sumó el consumo reportado de crema de leche, manteca, grasa vacuna, margarinas y grasa de cerdo en una sola variable; y el consumo de todos los aceites vegetales reportados en otra variable.

Se pudo observar, a nivel nacional, que el 18% (IC al 95%: 16%-20%) de los niños de 6 a 23 meses consumió algún tipo de grasas, mientras que la proporción de niños que consumió aceites vegetales fue 69% (IC al 95%: 67%-71%). Las medianas de consumo de aceites vegetales variaron levemente con la edad de los niños: 6-11 meses 5 cc, 12-14 meses 7 cc, 15-20 meses 8 cc, 21-23 meses 10 cc.

La región con menor proporción de niños que consumió grasas el día anterior fue Cuyo con 8% (IC al 95%: 6%-10%), y la que mayor proporción presentó fue GBA con 22% (IC al 95%: 19%-26%). En el caso de los aceites vegetales, la región con mayor proporción de niños que consumió los mismos el día anterior fue NEA con 73% (IC al 95%:



70%-76%, y la región con menor proporción fue Patagonia con 63% (IC al 95%: 58%-67%).

La proporción de niños que consumió grasas fue estadísticamente superior en los hogares con mejores indicadores socioeconómicos, tanto medidos según NBI como LP/LI. El porcentaje de niños que reportó consumo de grasas en los hogares con NBI fue de 12% (IC al 95%: 10%-15%), mientras que el porcentaje de niños que consumió grasas en los hogares sin NBI fue 21% (IC al 95%: 19%-24%).

El porcentaje de consumo observado en los hogares indigentes fue del 12% (IC al 95%: 10%-15%), mientras que en los hogares pobres no indigentes fue del 15% (13%-19%) y en los hogares no pobres del 24% (IC al 95%: 21%-27%). El mismo fenómeno no se registró para el consumo de aceites ya que no hubo diferencias significativas entre los hogares según situación socioeconómica.

El clima educativo del hogar no influyó sobre la proporción de niños que consumió aceites vegetales, aunque sí tuvo injerencia en el consumo de grasas. Se observó mayor cantidad de individuos que consumió grasas en los grupos con clima educativo más alto. Clima educativo muy bajo: 11% (IC al 95%: 7%-16%); clima educativo bajo: 10% (IC al 95%: 7%-14%); clima educativo medio 16% (IC al 95%: 14%-19%); clima educativo alto: 23% (IC al 95%: 20%-26%).

2.6.10. Consumo de miel, niños menores de un año

Si bien la miel está contemplada en el análisis del momento de introducción de alimentos, teniendo en cuenta las recomendaciones especiales para su incorporación luego del año merece un análisis separado, ya que su consumo en edad temprana pone en riesgo la salud de los niños.^{14, 36}

A nivel país, se pudo observar que un 26% (IC al 95%: 25%-28%) de los niños recibió miel antes del año de vida. A nivel regional se observó que en el NEA el 44% de los niños (IC al 95%: 41%-47%) recibió miel antes del año, siendo éste el valor regional más alto encontrado.

A nivel nacional, los hogares más pobres tuvieron una mayor prevalencia de incorporación temprana de miel que los hogares no pobres, siendo las diferencias estadísticamente significativas: hogar indigente 30% (IC al 95%: 27%-34%); hogar pobre no indigente 29% (IC al 95%: 26%-32%); hogar no pobre 22% (IC al 95%: 19%-25%). La misma tendencia se observó entre los hogares con y sin NBI: hogar NBI 31% (IC al 95%: 28%-35%); hogar no NBI 24% (IC al 95%: 22%-26%).



4. Recomendaciones

De todo lo analizado y expuesto en el presente documento sobre la alimentación de los menores de 2 años, se desprenden las siguientes necesidades a nivel nacional y regional:

- 1- Procurar que los profesionales del equipo de salud sean promotores activos de la lactancia materna (exclusiva hasta el 6^{to} mes de vida y continuada hasta por lo menos el segundo año) para contribuir a una mejor salud de los niños.
- 2- Para prolongar la lactancia materna en conformidad con las recomendaciones vigentes, es necesario que el equipo de salud esté capacitado en la detección y resolución de posibles factores obstaculizadores de la misma con el fin de anticipar interrupciones innecesarias.
- 3- Es importante que el equipo de salud conozca las pautas recomendadas por este Ministerio de Salud para la alimentación complementaria oportuna para procurar asesoramiento a los padres y cuidadores de los niños.
- 4- Es conveniente educar a la población en lo referente a hábitos y conductas alimentarias saludables para los menores de 2 años.
- 5- Favorecer el acceso a leches fortificadas con Hierro en las situaciones excepcionales en que la lactancia materna no sea posible. En los niños que no reciben leche fortificada (incluyendo los amamantados mayores de 4 meses) es indispensable recomendar suplementos de hierro.
- 6- Dado el alto consumo de leche de vaca entre los niños menores de 1 año, es importante que el equipo de salud advierta sobre la correcta preparación del biberón con leche (especialmente en cuanto a su dilución y adición con azúcar y aceite) para evitar un excesivo consumo de proteínas y Sodio.
- 7- Asegurar que todos los programas que incluyan distribución de leche, ofrezcan exclusivamente leches fortificadas a todos los niños bajo programa, en conformidad con la Ley 25.459 del año 2001, que establece que la leche entera en polvo, distribuida a niños y mujeres embarazadas en el marco de los programas implementados por el Gobierno Nacional debe estar fortificada con minerales y vitaminas (Hierro, Zinc y Ácido Ascórbico).



5. Referencias

1. Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeya Gilardon E, Durán P. **Consumo de energía en niños menores de 2 años sin lactancia materna.** Sociedad Argentina de Pediatría, 4º Congreso Argentino de Gastroenterología, Hepatología y nutrición pediátricas. Mayo 2008.
2. Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeya Gilardon E, Durán P. **Ingesta de leche fortificada y adecuación de la ingesta diaria de hierro según recomendaciones en niños argentinos de 6 a 23 meses de edad.** Sociedad Argentina de Pediatría, 4º Congreso Argentino de Gastroenterología, Hepatología y nutrición pediátricas. Mayo 2008.
3. Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeya Gilardon E, Durán P. **Características de la lactancia en Argentina. ¿Quiénes y cómo amamantan?** Sociedad Argentina de Pediatría, 6º Congreso Argentino de Lactancia Materna. Octubre 2008.
4. Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeya Gilardon E, Durán P. **Características de la alimentación complementaria de la población infantil argentina.** Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Sociedad Argentina de Pediatría, 6º Congreso Argentino de Lactancia Materna. Octubre 2008.
5. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. **Documento de Resultados.** 2006. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2007.
6. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. **Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients).** Washington, DC: National Academy Press, 2005.
7. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. **Guías para la Evaluación del Crecimiento.** 2da Edición. 2001.
8. FAO/WHO. **Report of a joint FAO/WHO expert consultation. Human, Vitamin and Mineral Requirements.** Bangkok, Thailand. 2001.
9. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. **Dietary reference intakes. Applications in Dietary Assessment.** Washington, DC: National Academy Press, 2004.
10. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. **Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B₆, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline.** Washington D.C.: National Academy Press, 2000.
11. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. **Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc.** Washington D.C.: National Academy Press, 2000.
12. Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. **Dietary Reference Intakes: Folate, Other B Vitamins, and Choline.** Washington D.C.: National Academy Press, April 17, 1998.
13. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. **Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride.** Washington D.C.: National Academy Press, 1997.
14. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. **Guías alimentarias para la población infantil - Consideraciones para los Equipos de Salud.** República Argentina, 2006.



15. Monsen ER, Hallberg L, Layrisse M, Hegsted DM, Cook JD, Mertz W, Finch CA. **Estimation of Available Dietary Iron.** Am J Clin Nutr. 1978 Jan;31(1):134-41.
16. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-dietistas. **Guías alimentarias para la población argentina.** República Argentina, 2000.
17. World Health Organization. WHO Technical Report N° 916. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. **Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases.** Geneva, 2003.
18. WHO. **Indicators for Assessing Breast-feeding practices.** WHO/CDD/SER/91.14. Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991. Geneva, Switzerland.
19. INDEC. **Revista Informativa del Censo 2001.** Número 7. INDEC. 2003.
20. INDEC. **Acerca del método utilizado para medir la pobreza en la Argentina.** Dirección Nacional de Encuestas de Hogares del INDEC. 2003.
21. INDEC. **Información de Prensa INDEC.** Marzo de 2006.
22. World Health Organization (WHO) and United National Children's Fund (UNICEF). **The Innocenti Declaration.** WHO and UNICEF, en: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>, consultado el 15 de junio de 2007.
23. American Academy of Pediatrics. **Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk.** Pediatrics. 2005;115(2):496:506.
24. Jones G, Steketee R, Black RE, Bhutta Z, Morris S, Bellagio Child Survival Study Group. **How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?** Lancet 2003;362:65-71.
25. United Nations. General Assembly, 56th session. **Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration: report of the Secretary-General,** en: <http://www.un.org/documents/ga/docs/56/a56326.pdf>. Consultado el 15 de junio de 2007.
26. WHO. Department of nutrition for health and development; department of child and adolescent health and development. **Report of the Expert Consultation on the Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding.** Geneva, Switzerland. 2001.
27. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, Washington D.C., 2003. **Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.**
28. Comité de Nutrición, SAP. **Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años.** Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires 2001.
29. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. **Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate.** Washington D.C.: National Academy Press, 2004.
30. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. The use of whole cow's milk in infancy. *Pediatrics*. 1992;89:1105-1109.
31. Ziegler EE, Fomon SJ. **Potential Renal Solute Load of Infant Formulas.** J Nutr. 1989;119:1785-1788.
32. American Academy of Pediatrics. Chapter 3: **Formula Feeding of Term Infants.** In: Pediatric Nutrition Handbook, fourth edition. Illinois, 1998.



33. WHO. Infant and young child feeding. **A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes.** World Health Organization, Geneva, 2003.
34. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. **The Use and Misuse of Fruit Juice in Pediatrics.** *Pediatrics*. 2001;107(5):1210-1213.
35. Stephen R. D., Frank R. G., and Committee on Nutrition. **Lipid Screening and Cardiovascular Health in Childhood.** *Pediatrics*. 2008;122:198-208.
36. American Academy of Pediatrics. Chapter 4: **Supplemental Foods for Infants.** In: *Pediatric Nutrition Handbook*, Fourth Edition. Illinois, 1998.