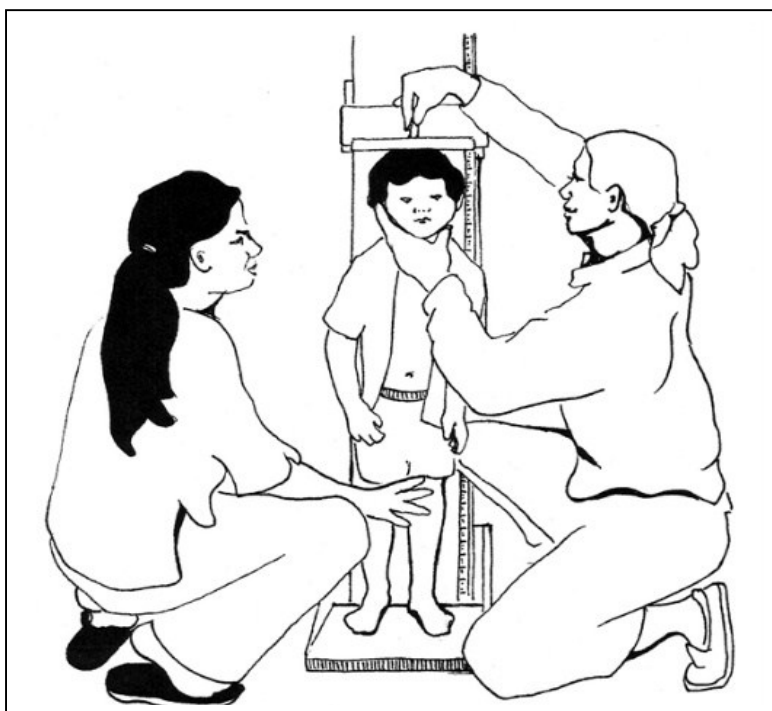


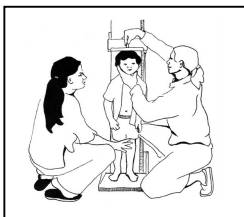
5° Encuesta antropométrica a la población menor de 6 años

Noviembre 2008



Programa Nutricional

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Ministerio de Salud
Dirección General Adjunta de Programas Centrales



I - PRESENTACIÓN

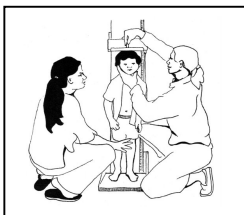
El presente informe está destinado a los equipos de salud que se desempeñan en el primer nivel de atención del GCBA.

Este estudio muestra un plano de corte transversal del estado nutricional de los niños y niñas que concurrieron a los efectores del primer nivel de atención del GCBA en noviembre de 2008.

La realización de la encuesta fue posible gracias al trabajo y compromiso de los profesionales de los equipos de Centros de Salud y Acción Comunitaria, Centros Médicos Barriales y Consultorios Externos de Pediatría, que se involucraron en las tareas requeridas para poder llevar adelante el relevamiento.

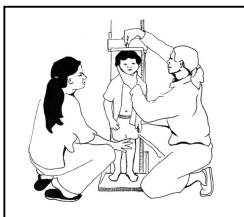
La misma fue implementada de manera conjunta por el Programa Nutricional y el Programa Materno-Infanto-Juvenil. La carga de datos y la redacción del presente informe estuvo a cargo del Programa Nutricional, habiéndose contado con la colaboración de la Dra. Elvira Calvo, de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, para el procesamiento de los datos.

Equipo Técnico Central del Programa Nutricional
Lic. Silvina Dupraz
Lic. Marina Rolón
Lic. Laura Piaggio
Guadalupe Macedra



INDICE

	Página
I. PRESENTACIÓN	2
II. FUNDAMENTACIÓN	4
III. ANTECEDENTES	5
IV. OBJETIVOS.....	5
V. POBLACIÓN Y MUESTRA	5
1. Alcance	5
2. Tipo de estudio y muestra	5
VI. METODOLOGÍA	6
Análisis de datos	6
Puntos de corte utilizados como límites de inclusión	7
VII.COMPOSICION DE LA MUESTRA	8
VIII. RESULTADOS	11
Prevalencia de índices bajos y altos	11
Comparación con la encuesta anterior (2006)	17
Influencia del peso al nacer en la prevalencia de indicadores bajos	18
Lactancia materna y alimentación complementaria.....	18
IX. CONCLUSIONES.....	20
X. ANEXO.....	21



II. FUNDAMENTACIÓN

El monitoreo del crecimiento es una de las estrategias básicas en la atención de la salud infantil.

La antropometría ha sido ampliamente usada como un indicador que resume varias condiciones relacionadas a la salud y la nutrición. Su bajo costo, simplicidad, validez y aceptación social justifican su uso en la vigilancia nutricional.

La recolección de datos antropométricos en la población puede ayudar a definir el estado nutricional y de salud para propósitos de planeamiento de programas, acción y evaluación. Tal evaluación se puede realizar mediante estudios transversales (censos o encuestas) o longitudinales continuos. En ambos casos, su propósito es el mismo, tanto la identificación de problemas presentes o pasados de salud, como la predicción de riesgos futuros.

Las variables centrales del diagnóstico son los índices antropométricos, factibles de elaborarse con el peso y la talla de cada niño/a, dos mediciones que forman parte del control del crecimiento y estado nutricional de los menores de 6 años. Los índices que se construyen a partir de esas mediciones (relacionadas con la edad y el sexo) son aceptados internacionalmente para la valoración rápida del estado nutricional.

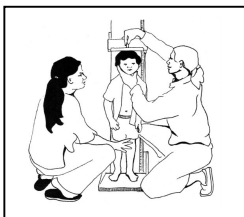
Las utilidades principales de las encuestas antropométricas son:

- ✓ Caracterizar el estado nutricional: medir la prevalencia global de déficit y exceso, así como sus diferencias según sexo, edad, situación socioeconómica, áreas geográficas, etc.
- ✓ Identificar poblaciones en mayor riesgo nutricional.
- ✓ Rediseñar intervenciones futuras.

“Las dimensiones corporales a cualquier edad reflejan en forma global la salud y bienestar de individuos y poblaciones, la recolección de datos antropométricos brindan la posibilidad de definir el estado nutricional y de salud con propósitos de planificar intervenciones que estén ajustadas al perfil epidemiológico de la población afectada.”¹

Por otra parte, dada la importancia de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada y oportuna en la nutrición y crecimiento de niños y niñas, en esta encuesta se indaga también sobre la extensión de la lactancia exclusiva y el momento de incorporación de otros alimentos.

¹ WHO. Expert Comité Physical status. The Uses and Interpretation of Anthropometry. WHO. Technical Report Series N° 854-1995.



III. ANTECEDENTES

1º Encuesta Antropométrica, realizada durante tres días del mes de octubre de 1995 a 871 niños menores de 6 años en los efectores de salud del GCBA.

2º Encuesta Antropométrica, realizada en el año 2002, donde se pesaron y midieron a 2332 niños menores de 6 años que concurrieron a los centros de salud del GCBA.

3º Encuesta Antropométrica, realizada en el 2004, donde se pesaron y midieron a 3308 niños menores de 6 años que concurrieron a los centros de salud del GCBA.

4º Encuesta Antropométrica, realizada en el 2006 donde se evaluaron 3799 niños menores de 6 años, que concurrieron a efectores del primer nivel de atención (CESACs, CMB y consultorios externos de hospitales).

IV. OBJETIVOS

- ❑ Conocer la situación nutricional de la población de niños/as menores de 6 años que demandan al sistema público de salud y compararla con los datos previos.
- ❑ Analizar la situación nutricional utilizando las nuevas curvas de referencia de la Organización Mundial de la Salud.
- ❑ Realizar un diagnóstico de la situación de lactancia materna.

V. POBLACIÓN Y MUESTRA

Alcance

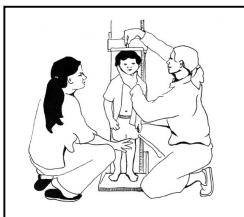
Ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Se realizó en los efectores desconcentrados del primer nivel de atención y consultorios externos de hospitales, durante tres días consecutivos del mes de noviembre de 2008.

Tipo de estudio y muestra

Estudio descriptivo de corte transversal para evaluar prevalencias. La muestra de estudio estuvo constituida por todos los niños menores de 6 años (0 a 71 meses y 29 días) que demandaron atención ambulatoria en los efectores del primer nivel de atención en el período señalado.

Se utilizó el procedimiento de selección de días, por ser más sencillo, uniforme y responder al mismo criterio utilizado en las encuestas anteriores. De esta manera se pudo garantizar la comparación de la información.

Las características del diseño permiten realizar una descripción de la situación nutricional antropométrica, pero dado que se trata de un corte transversal, no permiten evaluar las causas de los problemas detectados, ni analizar su evolución en el tiempo.



VI. METODOLOGÍA

Para el registro de datos se utilizó la planilla y el instructivo correspondiente que se adjuntan en el anexo.

El equipo de salud de los efectores fue el encargado de registrar los datos requeridos de todos los/as niños/as que concurrieron para su atención en esos días.

Se sugirió una revisión previa de las técnicas correctas de medición de peso y talla en todos los centros para mejorar la calidad de los datos.

Se planteó limitar la exclusión de casos sólo en aquellos que fuera imposible realizar la antropometría: casos de enfermedad aguda, deshidratación moderada, etc.

El jefe del efector, junto a los responsables del Programa Nutricional, han sido los encargados de la coordinación y recopilación de la información generada en cada centro y en los hospitales en articulación con el Programa Materno Infanto-juvenil.

Análisis de datos

El Programa Nutricional realizó la carga de datos y luego remitió la información a la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, donde se realizó el análisis de los mismos.

Los índices antropométricos se calcularon utilizando el programa WHO Anthro 2005, que calcula los percentilos de peso/edad, talla/edad e IMC/edad de acuerdo a las nuevas curvas de referencia de la Organización Mundial de la Salud.

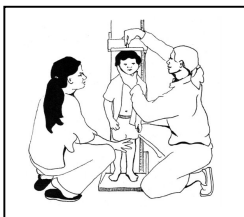
También se analizaron utilizando el Programa Epiinfo / Nutri-1.03, que calcula los percentilos y puntajes Z de peso/edad y talla/edad, de acuerdo a las Tablas de referencia nacionales (SAP).

Los resultados se expresaron como Índices:

- Peso/ Edad: refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto influenciado por la estatura y el peso relativo (peso /talla)
- Talla/ Edad: refleja el crecimiento lineal alcanzado y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.
- Índice de masa corporal (IMC)/edad: es el peso corporal dividido por el cuadrado de la talla. Refleja el peso relativo para una talla dada y define la masa corporal para determinada edad.

Los datos se compararon con las referencias:

- OMS -Multicentre Growth Reference Study (MGRS), 2005.
- SAP- Tablas de Lejarraga y Orfila, 1987.



Nuevo patrón para la evaluación del crecimiento

Hasta ahora los patrones de crecimiento (nacional e internacional), se han basado en la identificación y medición de grupos de niños sanos estadísticamente representativos.

Estas referencias son llamadas descriptivas porque describen la forma en que los niños sanos crecen en una población. La definición de sano se refiere a la ausencia de enfermedad reconocible. Esta metodología tiene la limitación de que las curvas de crecimiento son distintas según las características de la población estudiada.

El nuevo patrón de crecimiento de la OMS fue diseñado para describir el modo en que los niños deberían crecer. Este enfoque prescriptivo toma la lactancia materna como norma biológica y establece al lactante amamantado y bien cuidado como paradigma de crecimiento.

El estándar de la OMS, se realizó en base a un estudio multicéntrico -MGRS-, longitudinal y transversal. El trabajo de la OMS ha finalizado, y las referencias están disponibles. Incluyen referencias para peso/edad, talla/edad, IMC/edad y peso/talla, entre otras².

Puntos de corte utilizados como límites de inclusión

- Según Referencia OMS (2005): ± 2 Desvíos Standard (DS)
- Según Referencia SAP (1987): Percentilo 3 (para peso/edad y talla/edad)

Estos límites se utilizan como referencia para el análisis de datos POBLACIONALES. En este tipo de estudios se consideran puntos de corte con mayor especificidad, mientras que en la detección individual se utilizan puntos de corte con mayor sensibilidad para una mayor captación de niños en riesgo que requerirán un diagnóstico diferencial.

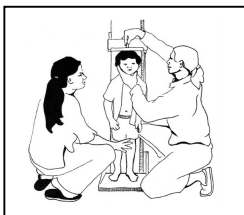
² Disponibles en:

Ministerio de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm;

Organización Panamericana de la Salud:

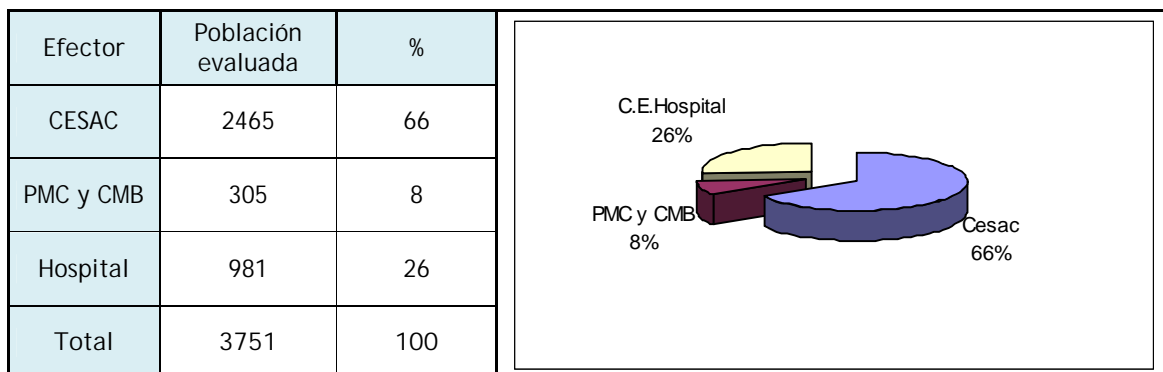
www.new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1385&Itemid=1328&limit=1&limitstart=1;

Organización Mundial de la Salud: www.who.int/childgrowth/en/.



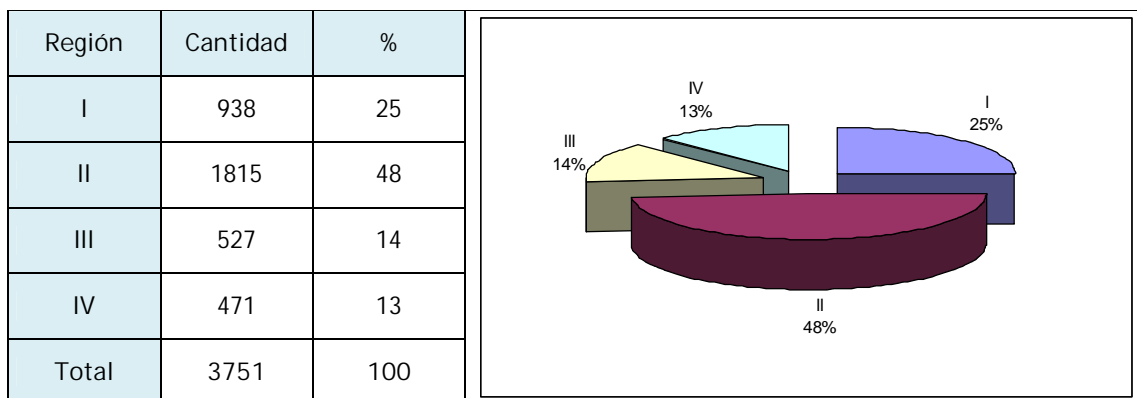
VII. COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

Cuadro y gráfico 1: Distribución de la población evaluada según tipo de efector

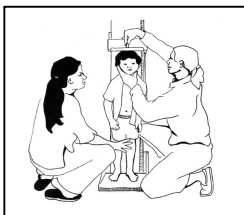


Fuente: Elaboración propia

Cuadro y gráfico 2: Distribución de la población evaluada según región sanitaria

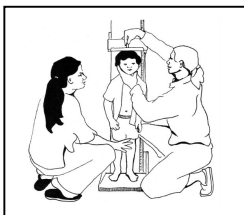


Fuente: Elaboración propia



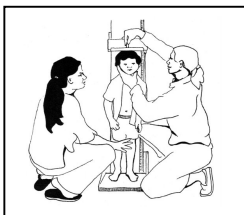
Cuadro 3: Población evaluada distribuida por efector

HOSPITAL	Efectores	Cantidad	Total x HTAL	% por HTAL
Alvarez	Cesac 34	46	105	2,8
	CMB 2	14		
	CMB 12	19		
	CMB 13	26		
	Consultorios Externos	0		
Argerich	Cesac 9	50	315	8,4
	Cesac 15	93		
	Cesac 41	82		
	CMB 10	6		
	CMB 30	8		
	CMB 37	5		
	Consultorios Externos	71		
Durand	Cesac 22	0	201	5,4
	Cesac 23	0		
	Cesac 38	21		
	CMB 16	4		
	CMB 23	2		
	CMB 27	6		
	PMC	18		
	Consultorios Externos	150		
Fernández	Cesac 17	12	159	4,2
	Cesac 21	83		
	Cesac 25	39		
	Cesac 26	25		
	PMC	0		
	Consultorios Externos	0		
Penna	Cesac 1	58	592	15,8
	Cesac 8	66		
	Cesac 10	80		
	Cesac 16	49		
	Cesac 30	58		
	Cesac 32	16		
	Cesac 35	151		
	Cesac 39	26		
	CMB 1	17		
	CMB 18	14		
	PMC	23		
	Consultorios Externos	34		
Piñero	Cesac 6	130		
	Cesac 13	104		
	Cesac 14	109		
	Cesac 18	94		
	Cesac 19	65		
	Cesac 20	60		
	Cesac 24	141		



Piñero	Cesac 31	58	1121	29,9
	Cesac 40	139		
	CMB 4	7		
	CMB 9	11		
	CMB 25	11		
	CMB 31	7		
	CMB 38	4		
	PMC	4		
	Consultorios Externos	177		
Pirovano	Cesac 2	25	133	3,5
	Cesac 12	46		
	Cesac 27	22		
	PMC	0		
	Consultorios Externos	40		
Ramos Mejía	Cesac 11	31	31	0,8
	CMB 6	0		
	CMB 14	0		
	CMB 21	0		
	CMB 29	0		
	PMC	0		
	Consultorios Externos	0		
Rivadavia	Consultorios Externos	204	204	5,4
Santojanni	Cesac 3	59	680	18,1
	Cesac 4	34		
	Cesac 5	158		
	Cesac 7	62		
	Cesac 28	6		
	Cesac 29	48		
	Cesac 37	3		
	PMC	33		
	Consultorios Externos	277		
Tornú	Cesac 33	92	117	3,1
	CMB 11	8		
	CMB 36	16		
	PMC	1		
	Consultorios Externos	0		
Velez Sarfield	Cesac 36	24	65	1,7
	CMB 3	5		
	CMB 5	4		
	CMB 19	18		
	CMB 32	14		
	Consultorios Externos	0		
Zubizarreta	CMB 35	0	28	0,7
	Consultorios Externos	28		
Total			3751	100

Fuente: Elaboración propia



VIII. RESULTADOS

Cuadro 4: Caracterización de la muestra

PERIODO:	2008
TOTAL DE NIÑOS ENCUESTADOS:	3751
Niñas (%):	48.5
Niños (%):	51.5
EDAD (meses)	
Media \pm DS	25.84 \pm 20.66
Mediana (intervalo intercuartílico)	19.7 (8.0 - 41.9)
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (%):	
0 a 11 meses	36.15
12 a 23 meses	19.19
24 a 71 meses	44.66
PESO AL NACER	
Media \pm DS	3312.1 \pm 572.7
Mediana (intervalo intercuartílico)	3330 (3000 - 3700)
DISTRIBUCIÓN del PESO AL NACER (%):	
< 2500 g	6.66
2500 a 2999 g	16.37
\geq 3000 g	76.96
Total de niños con todos los datos completos para el cálculo de los Índices	3677 (98.03%)

Fuente: Datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

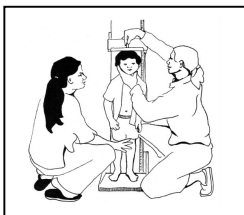
Prevalencia de índices bajos y altos

Cuadro 5: Prevalencia de problemas nutricionales según referencia OMS y SAP (expresada en porcentajes)

INDICADORES	2008	
	OMS n= 3365 (*)	SAP n= 3365 (*)
Peso /edad bajo	2.47	3.62
Talla / edad baja	9.84	6.78
IMC bajo	1.40	
IMC alto	12.72	

Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

(*) Este número muestral corresponde a los niños y niñas de 0-60 meses.



Cuadro 6: Prevalencia de problemas nutricionales por edad (referencia SAP)

INDICADOR	0 a 11 meses	12 a 23 meses	24 a 71 meses	TOTAL (n= 3677)
Peso /edad bajo	1.96	3.77	5.37	3.82
Talla / edad baja	7.17	8.99	5.79	6.90

Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

Cuadro 7: Prevalencia de problemas nutricionales por edad (referencia OMS)

INDICADOR	0 a 11 meses	12 a 23 meses	24 a 60 meses	TOTAL (n= 3365)
Peso /edad bajo	2.87	2.28	2.17	2.47
Talla / edad baja	8.75	13.27	9.11	9.84
IMC bajo	1.81	0.71	1.34	1.40
IMC alto	11.55	14.27	13.07	12.72

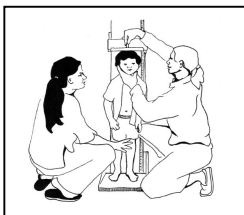
Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

Cuadro 8: Prevalencia de problemas nutricionales por sexo (referencia OMS)

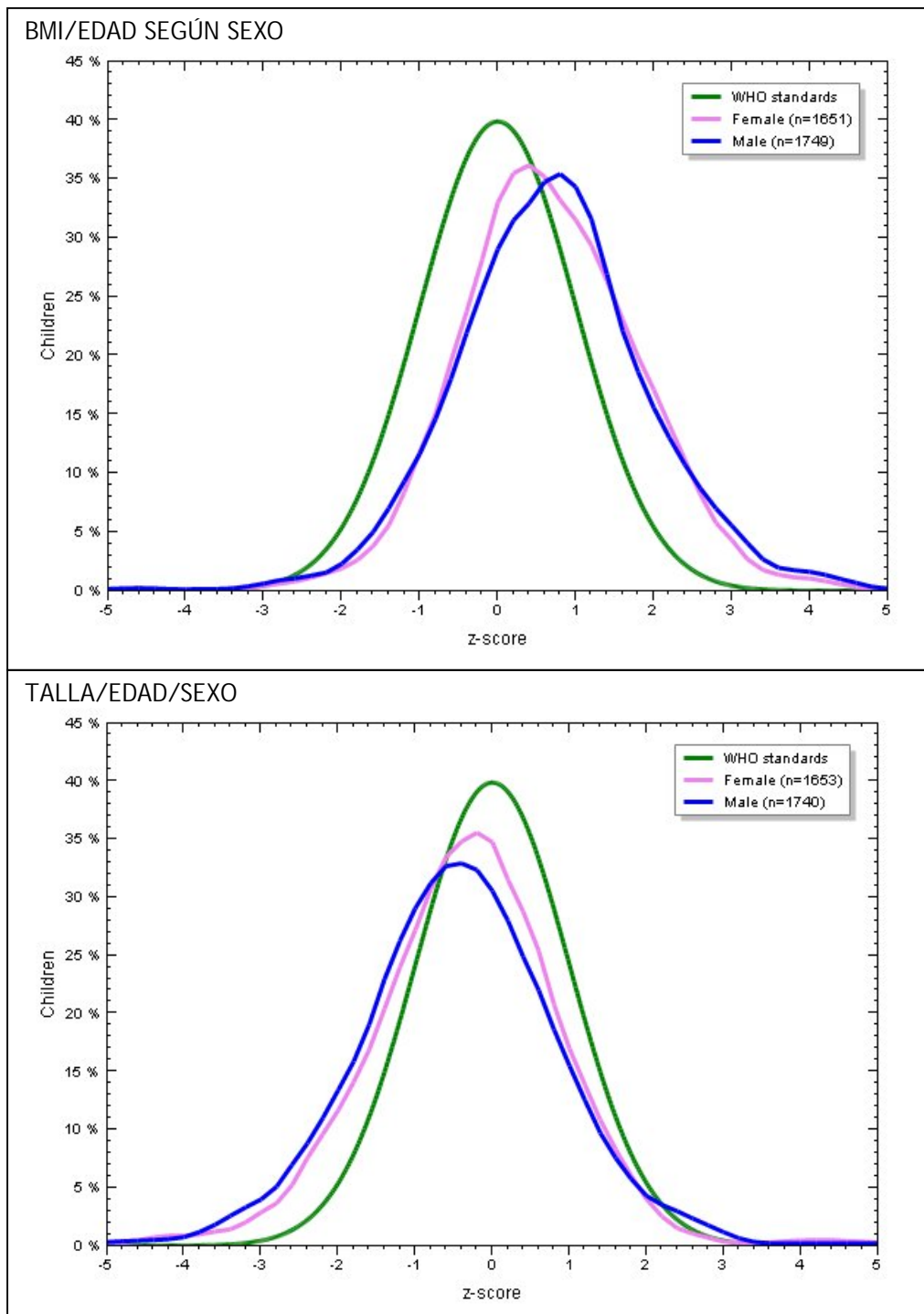
INDICADOR	Femenino	Masculino	Total (n= 3365)
IMC bajo	1,22	1,56	1,40
Talla / edad baja (*)	8,48	11,12	9,84
IMC alto	12,08	13,33	12,72

Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

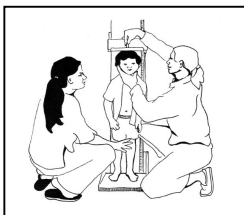
(*)La diferencia en baja talla para la edad según sexo resulta estadísticamente significativa, no así para los otros índices.



Gráficos 3 y 4: Distribución del IMC / edad y talla / edad - según sexo - en la población estudiada (referencia OMS)



Fuente: Datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación



En el gráfico 3, puede observarse una distribución desviada hacia la derecha con respecto a la población de referencia (estudio multicéntrico OMS 2005), lo cual indica una mayor aparición de IMC alto en nuestra población, sin diferencias significativas según sexo.

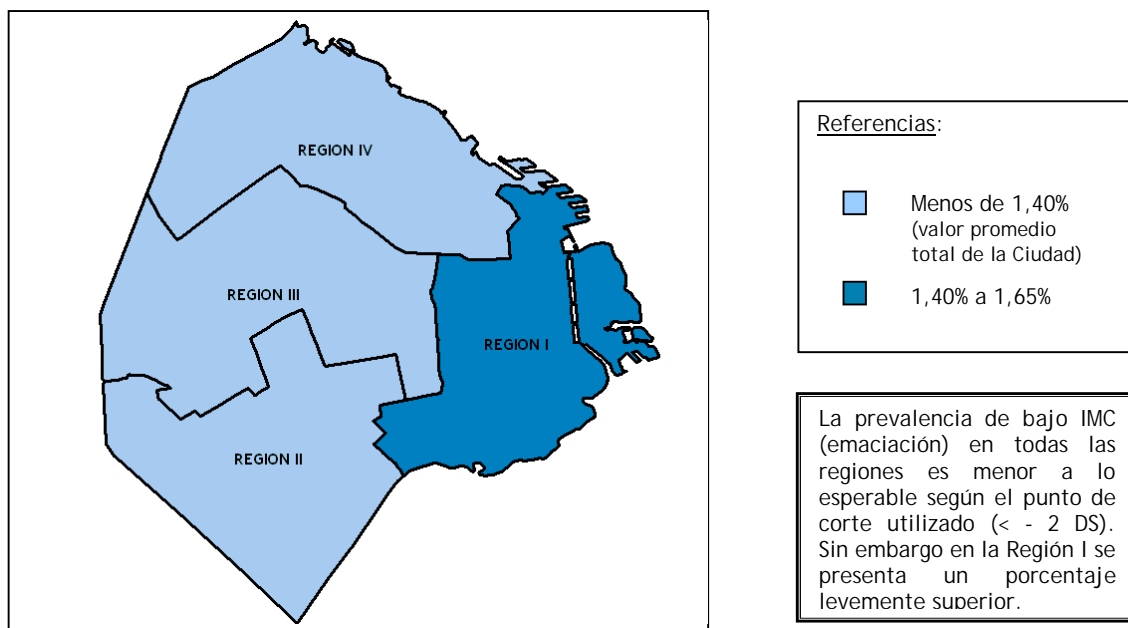
Por el contrario, el gráfico 4 muestra una curva desviada hacia la izquierda, lo cual representa una población con menor promedio de talla que la referencia, siendo la desviación aún mayor en varones.

Cuadro 9: Prevalencia de problemas nutricionales por región sanitaria (ref. OMS)

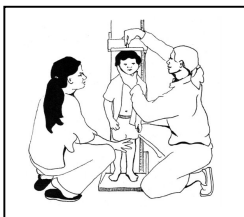
Índice	Región I	Región II	Región III	Región IV	Total
Bajo IMC	1,65	1,29	1,27	1,37	1,40
Baja Talla	7,05	10,54	11,43	10,93	9,84
Alto IMC	9,87	13,35	16,51	12,76	12,72

Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

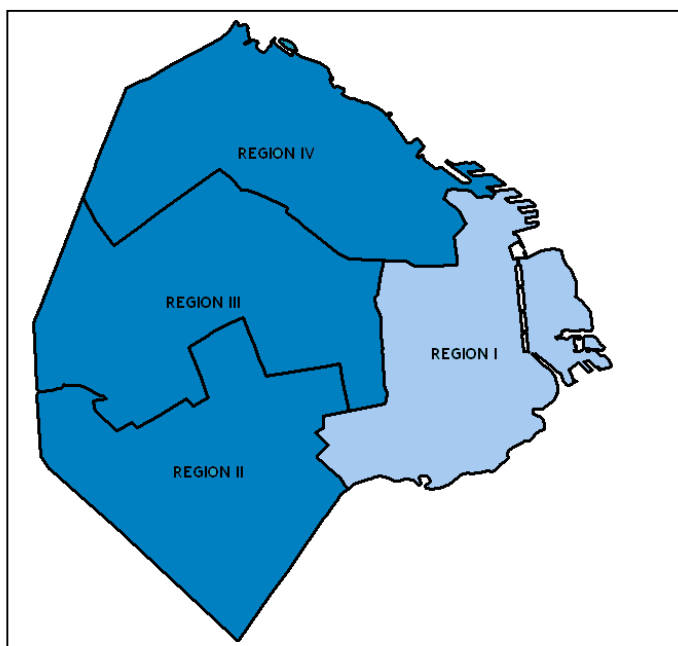
Mapa N° 1: Prevalencia de bajo IMC por región



Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por la Dirección de Maternidad e Infancia (Ministerio de Salud de Nación). Referencia internacional OMS.



Mapa N° 2: Prevalencia de baja talla por región



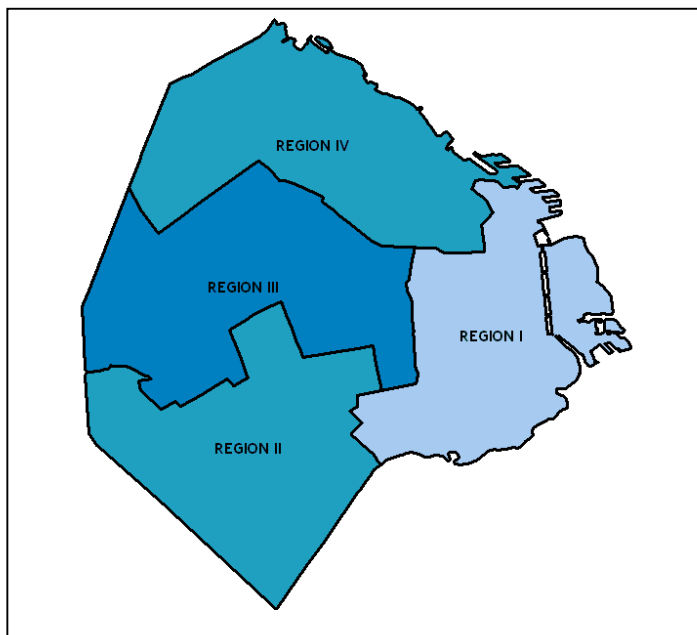
Referencias:

- Menos de 9,84 %
(valor promedio total de la Ciudad)
- 9,84 % 11,43%

La prevalencia de baja talla para la edad es alta en todas las regiones, siendo levemente menor en la Región I. En toda la Ciudad este indicador supera ampliamente lo esperable según el punto de corte utilizado ($< - 2$ DS).

Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por la Dirección de Maternidad e Infancia (Ministerio de Salud de Nación). Referencia internacional OMS.

Mapa N° 3: Prevalencia de alto IMC por región

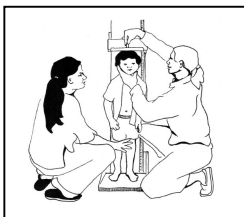


Referencias:

- Menos de 12,72 %
(valor promedio total de la Ciudad)
- 12,72 % a 14,29 %
- 14,30% a 16,51 %

La prevalencia de alto IMC (compatible con obesidad) es elevada en todas las regiones, con diferencias poco significativas entre las mismas, superando ampliamente lo esperable según el punto de corte utilizado (> 2 DS).

Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por la Dirección de Maternidad e Infancia (Ministerio de Salud de Nación). Referencia internacional OMS.



Cuadro 10: Prevalencia de problemas nutricionales por hospitales (CESAC+PMC+CE)
(referencia OMS)

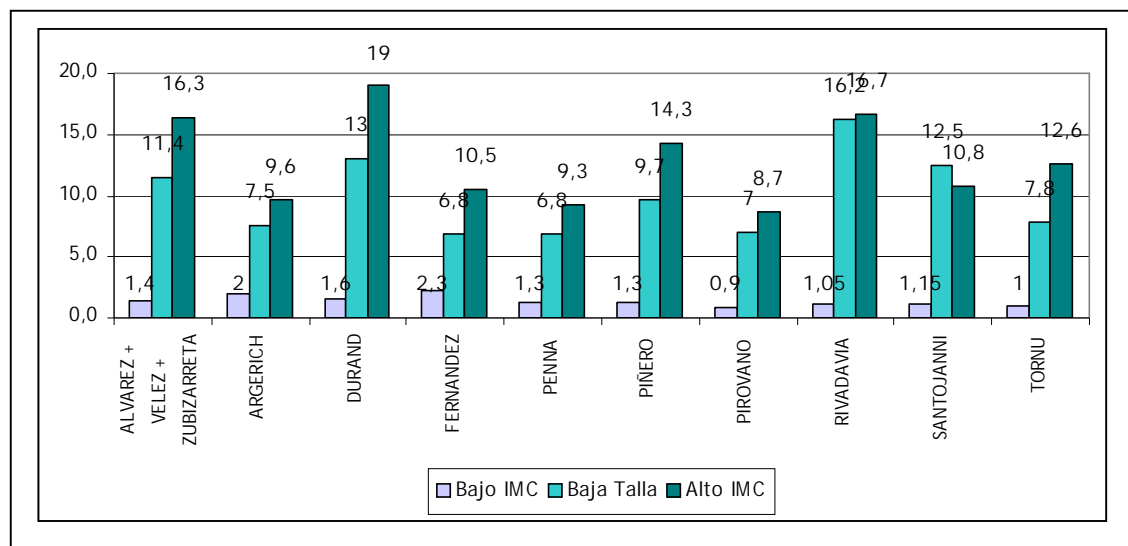
Hospital	Bajo IMC	Baja Talla	Alto IMC
ALVAREZ + VELEZ + ZUBIZARRETA (*)	1,4	11,4	16,3
ARGERICH	2	7,5	9,6
DURAND	1,6	13	19
FERNANDEZ	2,3	6,8	10,5
PENNA	1,3	6,8	9,3
PIÑERO	1,3	9,7	14,3
PIROVANO	0,9	7	8,7
RAMOS MEJÍA (**)	(**)	(**)	(**)
RIVADAVIA	1,05	16,2	16,7
SANTOJANNI	1,15	12,5	10,8
TORNU	1	7,8	12,6

Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

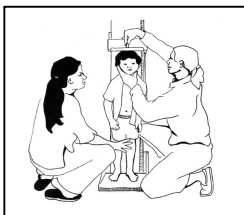
(*) Se unificaron los datos correspondientes a los hospitales Álvarez, Vélez Sarsfield y Zubizarreta, cuyas áreas programáticas son lindantes, porque los números muestrales eran insuficientes para ser analizados de forma independiente.

(**) El número muestral del Hospital Ramos Mejía (31 casos) fue insuficiente para ser analizado de manera separada.

Gráfico 3: Prevalencia de problemas nutricionales por hospitales (CESAC+PMC+CE)
(referencia OMS)

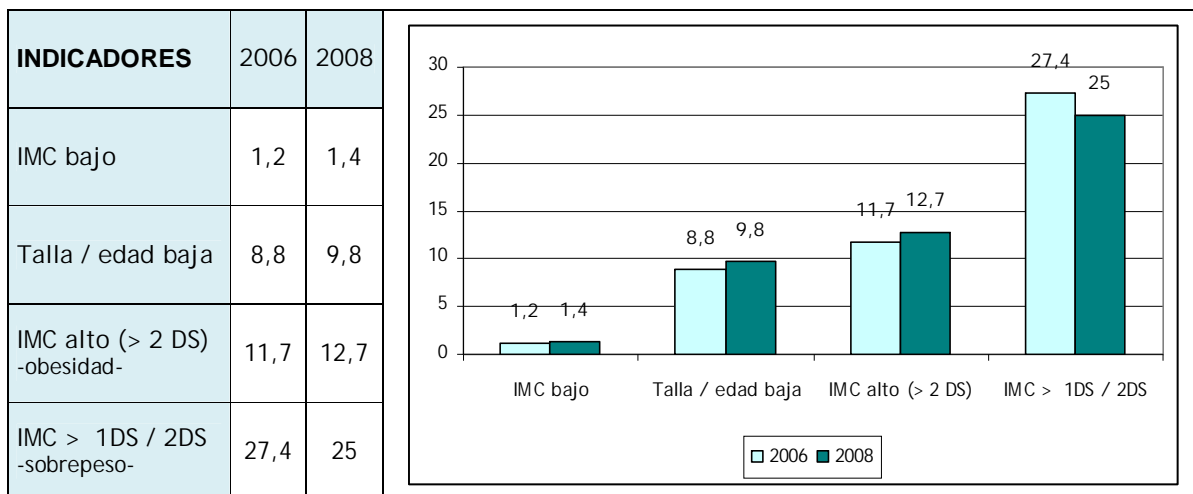


Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación



Comparación con la encuesta anterior (2006)

Cuadro 11 y gráfico 4: Prevalencias de problemas nutricionales (referencia OMS)



Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

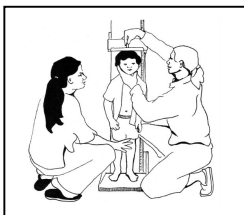
En este cuadro se muestra una tendencia estable en los principales problemas nutricionales, entre ambas encuestas.

Se incluyen los datos correspondientes al IMC entre +1 y +2 DS, compatible con sobrepeso. Este valor sumado al porcentaje de obesidad eleva a un 37,7 % la proporción de malnutrición por exceso en niños y niñas de 0 a 60 meses.

Cuadro 12: Prevalencias de problemas nutricionales por edad (referencia OMS)

INDICADOR	0 a 11 meses		12 a 23 meses		24 a 60 meses		TOTAL	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Peso /edad bajo	2,5	2,9	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,5
Talla / edad baja	6,7	8,8	11,3	13,3	9,4	9,1	8,8	9,8
IMC bajo	1,5	1,8	0,7	0,7	1	1,3	1,1	1,4
IMC alto	10,4	11,5	14,6	14,3	12,4	13,1	12,2	12,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación



Influencia del peso al nacer en la prevalencia de indicadores bajos

Entre los factores de riesgo asociados con la desnutrición se encuentra el antecedente de peso bajo o insuficiente al nacer.

Cuadro 13: Prevalencia de índices bajos según peso al nacer

INDICADOR	PESO AL NACER (%)			
	< 2500	2500 - 2999	> 3000	TOTAL
Talla / edad baja * (< -2 DS)	28.02	15.47	7.18	9.83
IMC bajo * (< -2DS)	2.90	1.70	1.18	1.37

* $p < 0.001$

Fuente: datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación

En los datos de esta encuesta se puede comprobar la influencia del peso al nacer tanto en la prevalencia de baja talla / edad como de bajo IMC.

Este cuadro muestra que existen diferencias significativas en la aparición de IMC bajo y talla baja en el grupo de niños/as con bajo peso al nacer en comparación con los de peso adecuado.

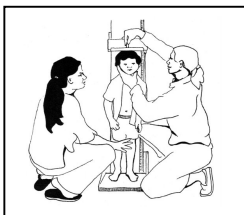
Lactancia materna y alimentación complementaria

Los datos de duración total de la lactancia materna se presentan separados por tramos de edad. Teniendo en cuenta que el promedio de duración obtenido en el grupo de menores de un año resulta sesgado por la composición etárea de la muestra - esto es, los niños más pequeños con lactancia actual contribuyen al promedio sólo con su edad y no se puede prever por cuanto tiempo más continuarán siendo amamantados - se consideran más representativos los promedios obtenidos en los grupos de 12 a 24 meses y mayores de 24 meses.

Cuadro 14: Duración de lactancia materna e introducción de otros líquidos / sólidos

Lactancia	GRUPOS DE EDAD		
	< 12 meses	12 a 23 meses	24 a 71 meses
Duración total (meses \pm DS)	4.81 \pm 3.21	11.22 \pm 5.89	13.65 \pm 8.81
Introducción de otros líquidos / sólidos (meses \pm DS)	4.17 \pm 2.47	4.91 \pm 2.14	5.11 \pm 2.19

Fuente: datos procesados por el Ministerio de Salud de Nación



Cuadro 15: Inicio de lactancia materna y de alimentación complementaria

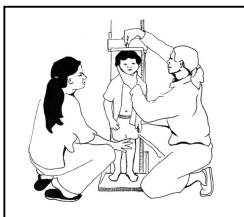
Lactancia materna (%)	Alimentación complementaria (%)					
Inicio	Oportuna (a los 6 meses)	Muy temprana (antes de los 4 meses)	Temprana (entre 4 y 6 meses)	Tardía (a partir de 7 meses)	No iniciaron aún (menores de 6 meses)	Sin dato
92	41	19,4	14,2	8	11,7	6

Fuente: elaboración propia

En relación a la lactancia materna, es alto el porcentaje de niños/as que comienzan a ser amamantados al nacer (92%).

La alimentación complementaria oportuna se registra en un 41% de los casos, este porcentaje podría elevarse si se estima el aporte de los menores de 6 meses que continua con lactancia exclusiva (11,7%).

También se observa una proporción elevada de introducción muy temprana y temprana de alimentos. La introducción tardía es menor, pero de ninguna manera desestimable.



IX. CONCLUSIONES

Este estudio antropométrico realizado con una metodología sencilla permite conocer el perfil nutricional de la población menor de 6 años que concurre a los efectores públicos de salud.

Cabe destacar que la muestra -población que consulta espontáneamente a los efectores del primer nivel de atención- presenta un sesgo que no permite proyectar los resultados a la población general de niños/as menores de 6 años.

Los resultados muestran que los principales problemas nutricionales son el sobrepeso / obesidad (alto IMC para la edad) y el acortamiento (baja talla para la edad), con una baja prevalencia de desnutrición global y aguda (bajo peso para la edad y bajo IMC para la edad, respectivamente).

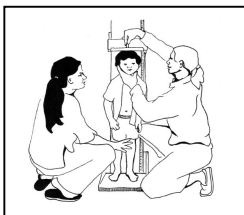
En relación a los resultados obtenidos en la encuesta anterior (2006), las prevalencias de alto IMC y de baja talla para la edad muestran una tendencia estable, con valores levemente superiores, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

Alrededor de la mitad de los niños/as de la muestra no recibieron la alimentación complementaria en el momento oportuno.

Todo esto plantea la necesidad de que los equipos de salud intensifiquen las acciones de promoción de la salud (incluyendo el asesoramiento en la introducción oportuna y adecuada de alimentación complementaria), seguimiento periódico (mensual o bimestral, según corresponda) y detección temprana de problemas nutricionales, en los dos primeros años de vida.

Este tipo de estudios puede complementarse con otros que muchos efectores del primer nivel de atención vienen realizando (tamizajes en comedores comunitarios, jardines maternos, clubes, etc.) que permiten pesar y medir a los niños/as en ámbitos de su vida cotidiana y, de esta manera, evaluar y captar a población que -por distintos motivos- no accede a la consulta en los servicios de salud.

Consideramos que la información epidemiológica actualizada que nos brindan los distintos relevamientos antropométricos, resulta un insumo fundamental para que los equipos de salud puedan planificar acciones adecuadas a las características de la población a cargo.



ANEXO

INSTRUCTIVO ENCUESTA ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE MENORES DE 6 AÑOS

Provincia; Zona; Centro N; Localidad:

Es importante a la hora de agregar información a distintos niveles que se pueda identificar claramente tanto el lugar de atención, como el Departamento /Municipio/ Distrito y la Provincia donde el dato se origina.

Fecha actual:

Llenar con día / mes / año en números arábigos (año con 4 cifras).

Este dato es imprescindible a fin de calcular sin error la edad del niño. La edad referida por la madre puede sufrir problemas de redondeo.

Identificación:

Esta columna se deja a criterio de las diferentes Provincias si quieren tener la información no sólo de en qué Centro se atendió el niño sino de qué área geográfica proviene (pensando en el caso que no viva en el área programática del Centro).

Fecha de nacimiento __/__/__

Llenar con día /mes /año en números arábigos (año con 4 cifras).

Sexo:

Llenar con |F| (femenino) ó |M| (masculino).

Peso y Talla:

Consignar el peso actual en gramos. La talla consignarla en centímetros con 1 decimal sin redondear.

Peso al nacer:

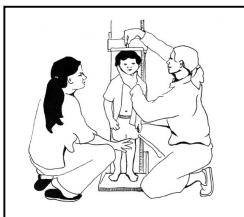
Peso en gramos, para evitar tendencia el redondeo. Tomar de Carné Perinatal u otro registro; si no es posible, por referencia de la madre.

Lactancia hasta (mes):

Consignar la edad en meses hasta la que el niño recibió lactancia materna. Si está recibiendo actualmente pecho poner "actual". Si nunca recibió pecho o recibió por menos de 15 días poner "0".

Introducción de otros líquidos, leches o alimentos (mes):

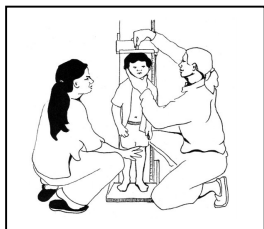
Consignar la edad en meses que tenía el niño cuando se introdujo por primera vez cualquier otro alimento, otra leche u otros líquidos distintos de la leche materna. No olvidar preguntar por las tres opciones. Esta edad marca el fin de la lactancia exclusiva.



CUADRO RESUMEN DE TÉCNICAS DE MEDICIÓN

MEDICION	INSTRUMENTOS	TECNICAS
PESO	Balanza de palanca (NO usar balanza de resorte)	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la calibración de la balanza al comienzo de la jornada (sin peso debe registrar cero) • Niños sin ropa • El niño debe estar colocado en el centro de la plataforma de la balanza • Efectuar la lectura con el fiel en el centro del recorrido hasta los 50 gramos completos.
TALLA	Pediómetros (hasta 4 años) Cintas métricas metálicas adosadas a pared y tope ángulo diedro de madera (mayores de 4 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito supino hasta los 4 años • Sin zapatos ni medias • Manteniendo fija la cabeza, estirando las piernas y manteniendo los pies en ángulo recto • Deslizar la superficie vertical hasta que esté en contacto con los talones del niño • Efectuar la lectura en centímetros y milímetros completos • Niños de 4 años o más = parados • Sin zapatos ni medias • Apoyado en una superficie plana y nivelada • Cabeza, nalgas y talones en contacto con la superficie vertical, se desliza un diedro horizontal hacia abajo a lo largo del plano vertical hasta entrar en contacto con la cabeza del niño • Efectuar la lectura en centímetros y milímetros completos

NOTA: Se sugiere efectuar una capacitación previa de todos los encuestadores repasando las técnicas de medición correctas. Leer del Manual Metodológico de capacitación del Equipo de Salud en Crecimiento y Nutrición de Madres y Niños las páginas 25 y 26 referidas a técnicas antropométricas.



ENCUESTA ANTROPOMETRICA EN LA POBLACION DE MENORES DE 6 AÑOS DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL
(Leer atentamente el instructivo adjunto)

PROVINCIA:			ZONA:			CENTRO N°	
FECHA ACTUAL: / /			LOCALIDAD:				
Identificación	Fecha de nacimiento (ad/mm/aaaa)	Sexo (F ó M)	Peso (gramos)	Talla (cm)	Peso de nacimiento (gramos)	Lactancia hasta (mes)	Introducción de otros líquidos, leches o alimentos (mes)
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						

NOMBRE DEL RESPONSABLE: