



9. Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Madres

9. Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Madres



El estado nutricional es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes¹. En este sentido, los esquemas o patrones de alimentación influyen en la nutrición de las niñas y niños y a su vez, condicionan su potencial de desarrollo y crecimiento. La práctica de la lactancia materna provee los nutrientes adecuados y sirve de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia.

El inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte así como con el grado de nutrición.

En la Encuesta 2013, las madres fueron interrogadas sobre la práctica de lactancia, inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de cada hija e hijo nacido vivo desde enero 2008. En este capítulo, se analiza la información relacionada con el estado nutricional de las niñas y niños menores de cinco años de edad en el departamento de Huánuco y cada de una de las variables determinantes, la práctica de alimentación de las niñas y niños, incluyendo la lactancia, el uso de biberón y el complemento con otras comidas.

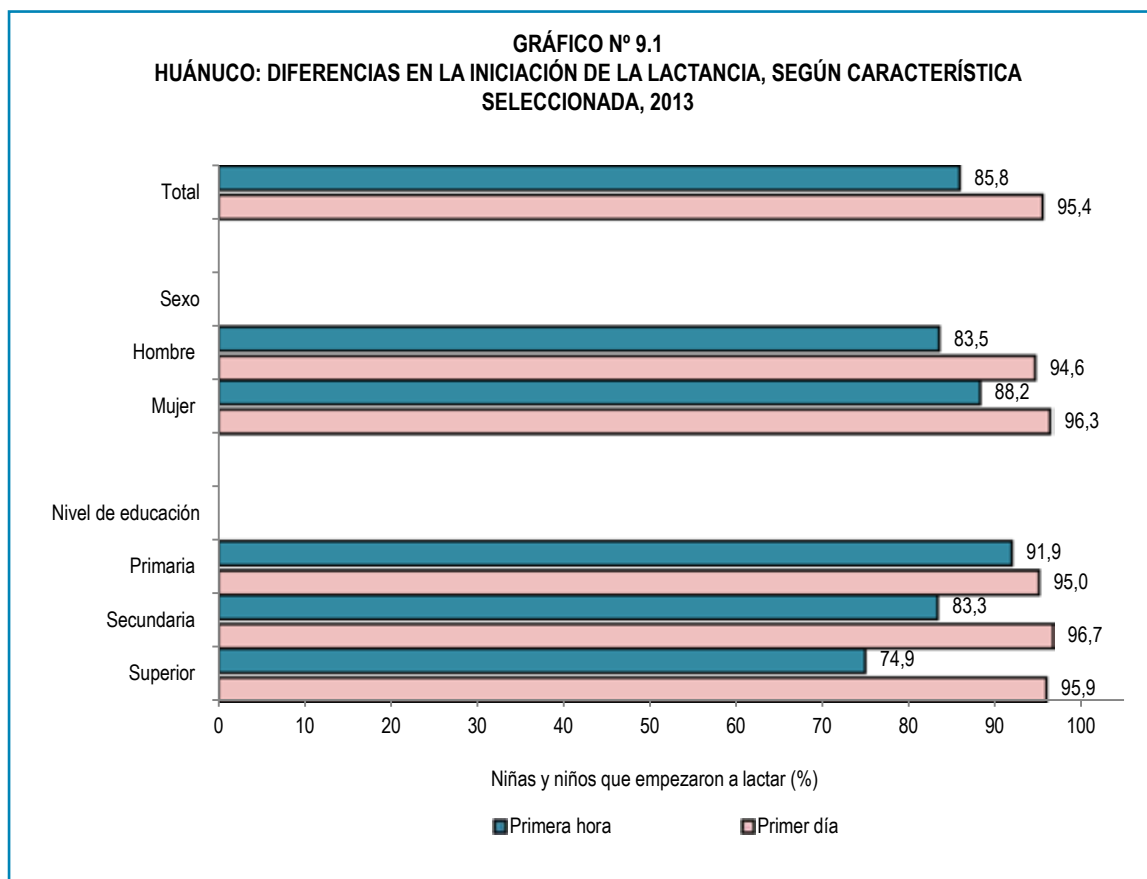
9.1 INICIACIÓN DE LA LACTANCIA

Lactancia Inicial

En el departamento de Huánuco, el 85,8% de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 95,4% dentro del primer día. En relación con los valores observados en el año 2009, aumentó en 10,6 puntos porcentuales en el primer caso, mientras que en el segundo, referido al primer día que empezó a lactar, aumentó en 0,4 punto porcentual.

El inicio adecuado de la lactancia materna (dentro de la primera hora de nacido) se presentó en mayor porcentaje entre las niñas y niños de madres con educación primaria (91,9%), en comparación con las de educación superior (74,9%).

¹ HODGSON, María Isabel. Evaluación del Estado Nutricional. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

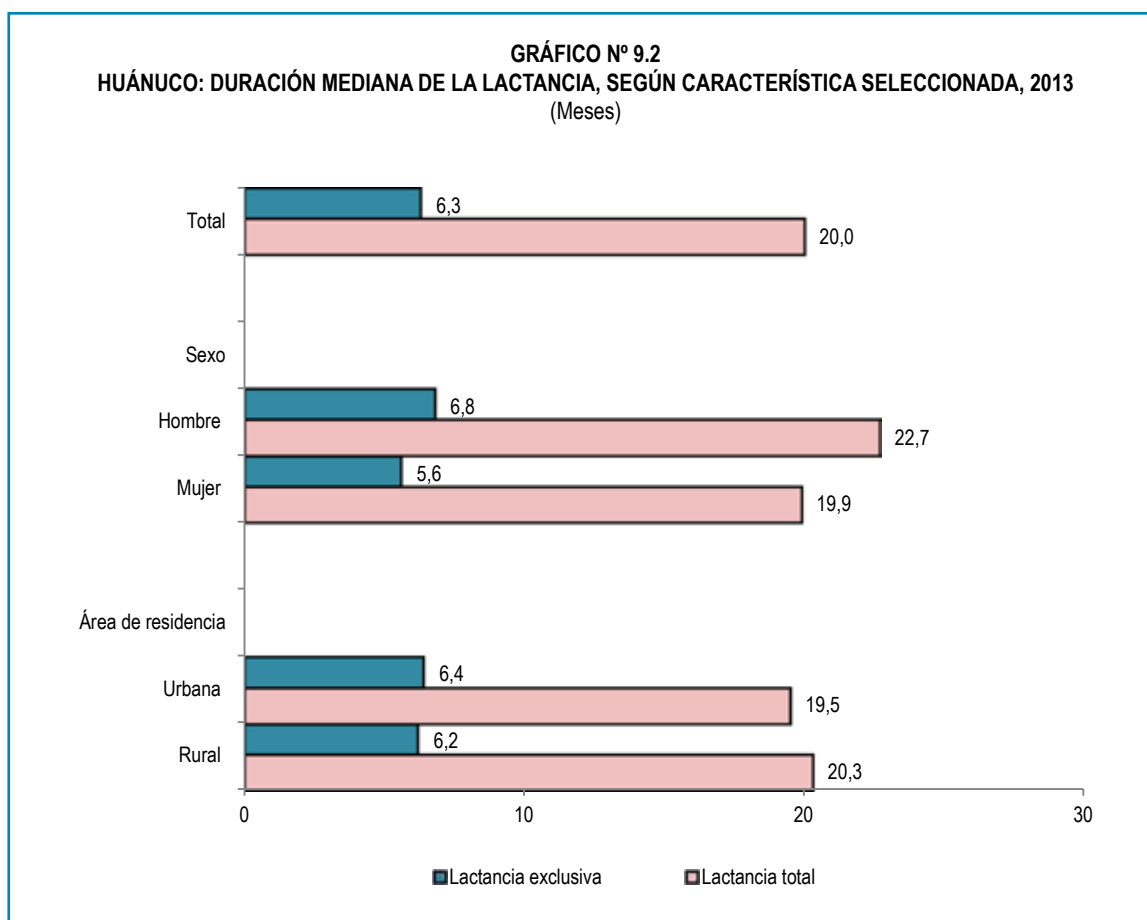
9.2 DURACIÓN DE LA LACTANCIA

Se presenta la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad a la cual todavía están siendo amamantados el 50,0% de las niñas y niños menores de tres años de edad. De igual manera, se incluye el promedio aritmético de duración de la lactancia y para efectos de comparación con otras encuestas, el promedio de duración de la lactancia calculado con el método de prevalencia/incidencia: número de madres lactando (prevalencia) dividido por el promedio mensual de nacimientos (incidencia).

Duración mediana de la lactancia

La duración mediana de la lactancia exclusiva fue 6,3 meses. Entre los niños fue mayor que entre las niñas (6,8 meses y 5,6 meses, respectivamente)

Según el área de residencia, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue 6,4 meses en el área urbana y 6,2 meses en la rural.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

9.3 ANEMIA EN NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES

La prueba para determinar anemia en niñas y niños y mujeres, constituye uno de los mayores esfuerzos que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar viene realizando desde el año 1996². La prueba de anemia, en una muestra de sangre capilar, se realizó para las niñas y niños nacidos después de enero de 2008 y para las mujeres entre 15 a 49 años de edad.

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. La hemoglobina, un conglomerado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe un déficit de hierro. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia.

² La ENDES 1996, incluyó un módulo de antropometría y medición de hemoglobina que se aplicó a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad y a las niñas y niños menores de cinco años de edad.

* Gramos por decilitros.

Métodos

La anemia es definida como una concentración de hemoglobina que es inferior al intervalo de confianza del 95,0% entre individuos saludables y bien nutridos de la misma edad, sexo y tiempo de embarazo.

Recientemente, ha sido desarrollada una técnica simple y confiable para la detección fotométrica de hemoglobina utilizando el sistema HemoCue®. Esta técnica es usada ampliamente para detección de anemia en varios países y en el Perú, también ha sido escogida como el método básico para la medición de la hemoglobina en el 2013.

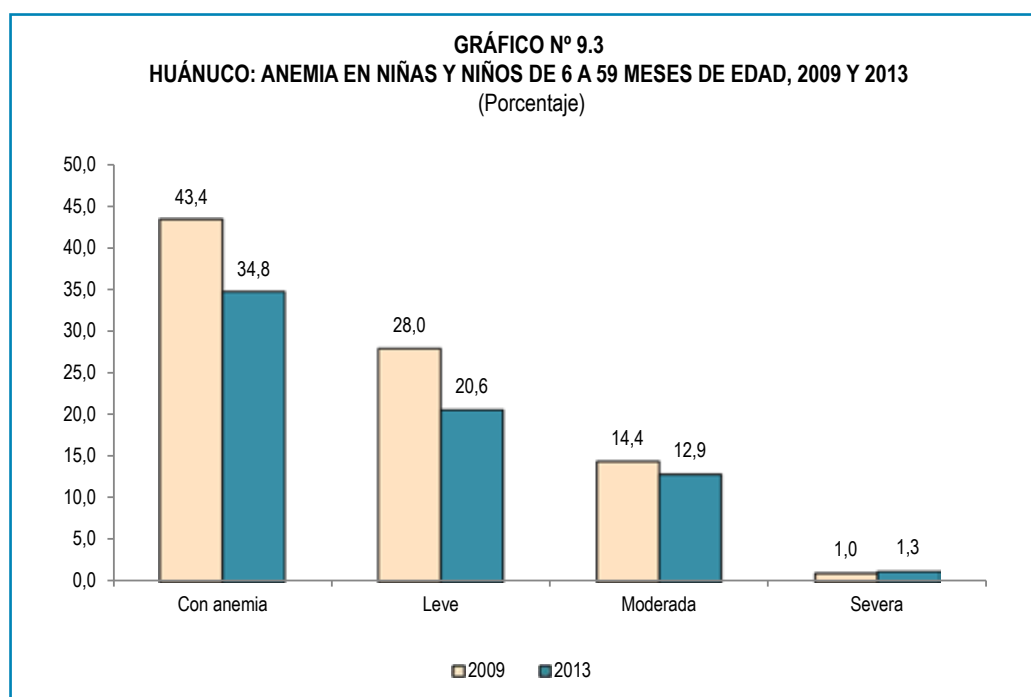
La clasificación de la anemia en severa, moderada o leve se hace con los siguientes puntos de corte para las mujeres, niñas y niños menores de cinco años de edad.

Anemia severa:	< 7,0 g/dl
Anemia moderada:	7,0-9,9 g/dl
Anemia leve:	10,0-11,9 g/dl (10,0-10,9 para las mujeres embarazadas y para las niñas y niños).

El nivel requerido de hemoglobina en la sangre depende de la presión parcial de oxígeno en la atmósfera. Como el Perú es un país donde un gran número de personas vive en alturas donde la presión de oxígeno es reducida en comparación con la del nivel del mar, se requiere un ajuste a las mediciones de hemoglobina para poder evaluar el estado de anemia, es decir, el nivel mínimo requerido de hemoglobina dada la disponibilidad de oxígeno en la atmósfera.

Anemia en niñas y niños

En el departamento de Huánuco el 34,8% de niñas y niños de 6 a 59 meses de edad padeció de anemia, proporción menor en 8,6 puntos porcentuales a la observada en el año 2009 (43,4%). Por tipo, en el 2013, el 20,6% tuvo anemia leve, el 12,9% anemia moderada y el 1,3% anemia severa.



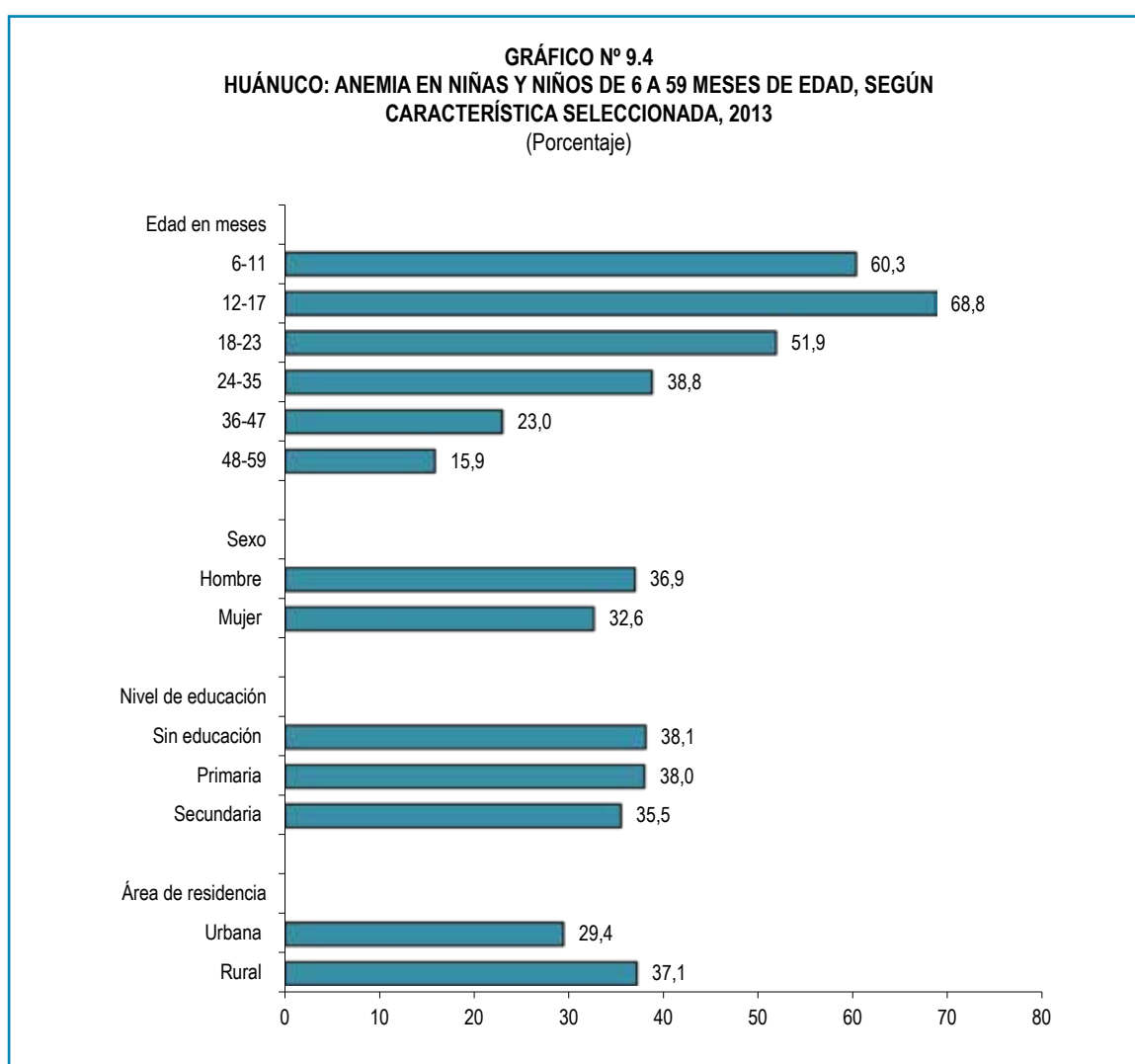
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La anemia afectó al 60,3% de niñas y niños de 6 a 11 meses de edad, al 68,8% de 12 a 17 meses de edad y al 51,9% de 18 a 23 meses de edad; mientras, que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores.

Por sexo, fue mayor entre los niños (36,9%) que en las niñas (32,6%).

La anemia afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (38,1%) y con educación primaria (38,0%).

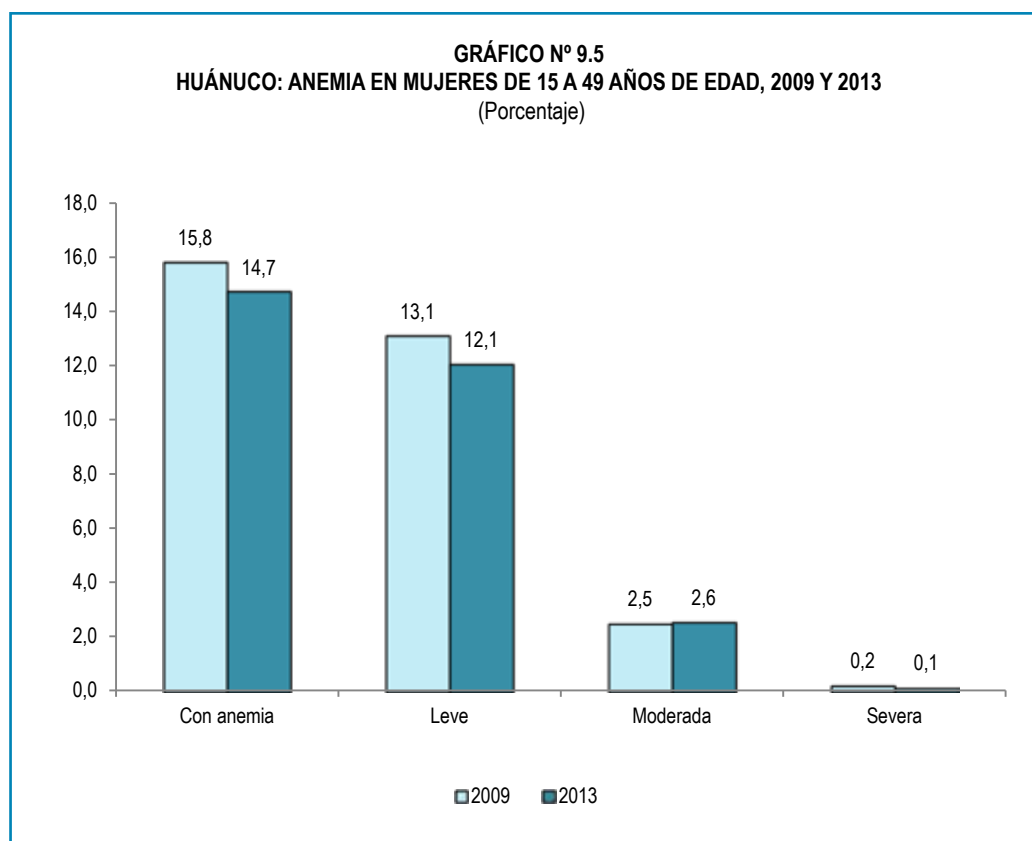
Según área de residencia, la anemia fue más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (37,1 %), que en el área urbana (29,4%).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Anemia en mujeres

El 14,7% de las mujeres de 15 a 49 años de edad padeció de algún tipo de anemia, proporción menor en 1,1 punto porcentual al valor reportado en el año 2009 (15,8%). Según los resultados de la encuesta del 2013, el 12,1% de mujeres en edad fértil tuvo anemia leve, el 2,6% anemia moderada y el 0,1% severa.



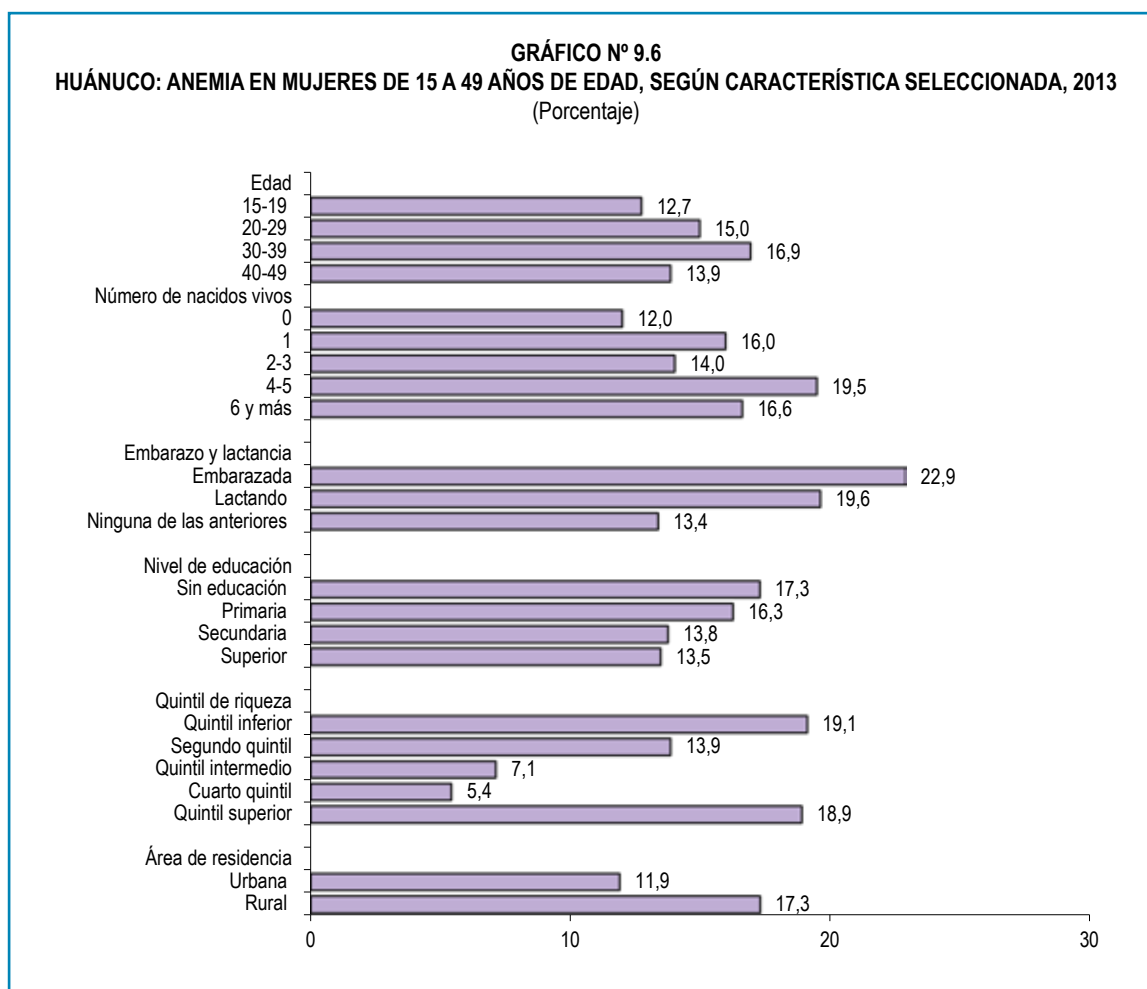
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La anemia afectó en mayor proporción a las mujeres embarazadas (22,9%), a las actualmente lactantes (19,6%) y con 4 a 5 hijas e hijos nacidos vivos (19,5%).

Por nivel de educación, la anemia afectó en mayor porcentaje a las mujeres sin educación (17,3%).

Por quintil de riqueza, las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza presentaron mayor proporción de anemia (19,1%).

Según área de residencia, la anemia fue mayor entre las mujeres residentes del área rural (17,3%), que las mujeres del área urbana (11,9%).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

9.4 NUTRICIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar³. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras)⁴ y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez.

La Encuesta 2013 brinda información sobre el estado nutricional de los menores de cinco años de edad a través de tres indicadores nutricionales de uso internacional: la desnutrición crónica, la desnutrición aguda y la desnutrición global, calculados a partir de la información del peso, talla, edad y sexo de las niñas y niños menores de cinco años de edad, la cual fue recogida en el módulo de antropometría.

3 Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, De Onis M, Ezzati M, Mather C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition*; 2008: 5-22.

4 Victoria C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition*; 2008: 23-40.

Uso del patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud

En el presente informe, al igual que en las ENDES 2007-2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, la clasificación del estado nutricional se ha realizado tomando como base el Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundido internacionalmente el año 2006. Este nuevo patrón de referencia fue elaborado sobre la base de niñas y niños que estuvieron en un entorno óptimo para el crecimiento: prácticas de alimentación recomendadas para lactantes, niñas y niños pequeños, buena atención de salud, madres no fumadoras y otros factores relacionados con los buenos resultados de salud⁵.

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física intelectual emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo⁶.

La desnutrición crónica es el estado en el cual las niñas y niños tienen baja estatura con relación a una población de referencia, refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias) y, de la interacción entre ambas.

Desnutrición crónica según característica seleccionada

En el departamento de Huánuco, la desnutrición crónica afectó al 29,0% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2009 (39,2%).

En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 13,5%, en los infantes de 6 a 11 meses de edad este porcentaje fue 13,2%, de 12 a 17 meses de edad, fue 24,3%, en tanto, alcanza el más alto porcentaje, el grupo de niñas y niños de 18 y 23 meses de edad (46,1%).

Por sexo, la desnutrición crónica se presentó en mayor porcentaje en los niños (29,5%) que en las niñas (28,5%).

Por tratamiento del agua, las niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento presentaron mayor porcentaje de desnutrición crónica (36,9%) seguido de quienes consumen agua hervida proveniente de otra fuente diferente a la red pública (36,1%), en comparación con los que consumen agua tratada con cloro residual (8,3%).

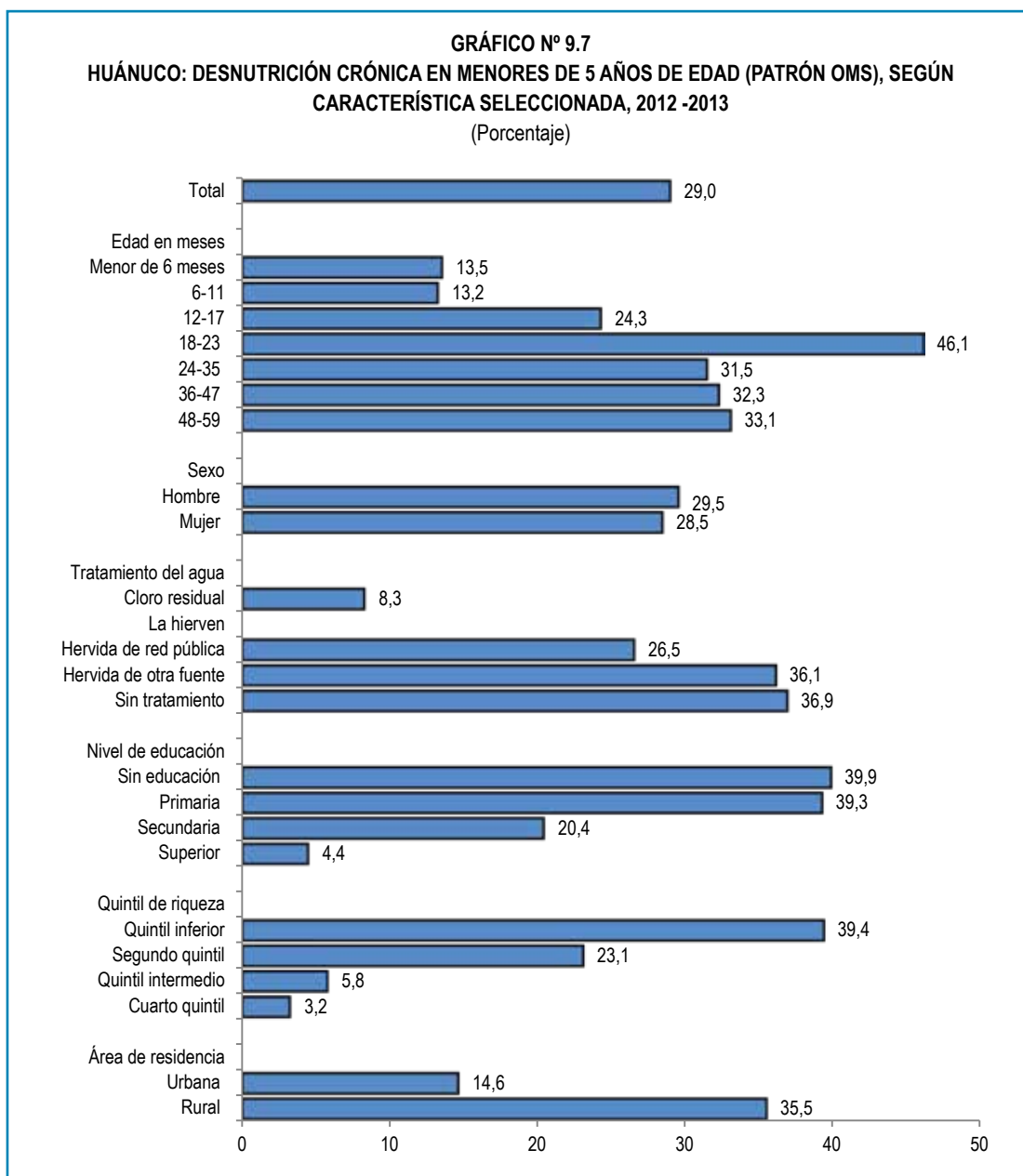
La desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (39,9%) y con educación primaria (39,3%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo: 4,4% con nivel superior.

Por quintil de riqueza, las niñas y niños ubicados en el quintil inferior presentaron mayor proporción con desnutrición crónica (39,4%), en comparación con los del cuarto quintil de riqueza (3,2%).

Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (35,5%), es decir, 20,9 puntos porcentuales más que en el área urbana (14,6%).

5 WHO. WHO Child Growth Standards: Length / height for age, weight for age, weight for length, weight for height and body mass index for age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

6 INEI. Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de Cinco Años a Nivel Provincial y Distrital, 2007, pág.7. Lima, 2009.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

9.5 NUTRICIÓN DE LAS MADRES

El estado nutricional de la mujer determina su salud integral especialmente su fertilidad, el progreso de su embarazo, el parto, la recuperación y la lactancia. El estado nutricional de la madre también es un factor determinante en el peso del bebé al nacer. Esto es importante porque el bajo peso del neonato está asociado a la mortalidad infantil⁷.

7 Jorge Miranda Massari y Michael González. Nutrición para las futuras madres. Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

La salud y calidad de vida están fuertemente vinculadas al estado nutricional de las personas. En el caso de las mujeres, un adecuado estado nutricional tiene efecto directo sobre su propio bienestar y el de sus hijas e hijos, tanto al momento de nacer como en la vida adulta de ellas y ellos. Así, el estado nutricional deficiente de las mujeres antes y durante el embarazo, verificado a través de una estatura o peso inadecuado, es uno de los principales determinantes del bajo peso al nacer y de la muerte perinatal e infantil; asimismo, está asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la probabilidad de muerte materna⁸.

Por otro lado, el exceso de peso corporal que se traduce en sobrepeso y obesidad, tiene efectos negativos en la salud y calidad de vida, tanto mujeres como hombres, ya que incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades crónicas y de morir como consecuencia de estas⁹.

En la Encuesta del 2013, al igual que en los informes anteriores, se ha incluido como indicadores del estado nutricional la estatura y el peso de las mujeres, así como la masa corporal a partir de la cual se determina la delgadez, el sobrepeso y la obesidad.

Estatura de las mujeres en edad fértil

La baja estatura materna está vinculada directamente a un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto; esto último debido principalmente a la desproporción entre el tamaño de la pelvis y la cabeza del feto. Por otro lado, la estatura materna también está asociada con el peso al nacer, la supervivencia infantil y la duración de la lactancia materna.

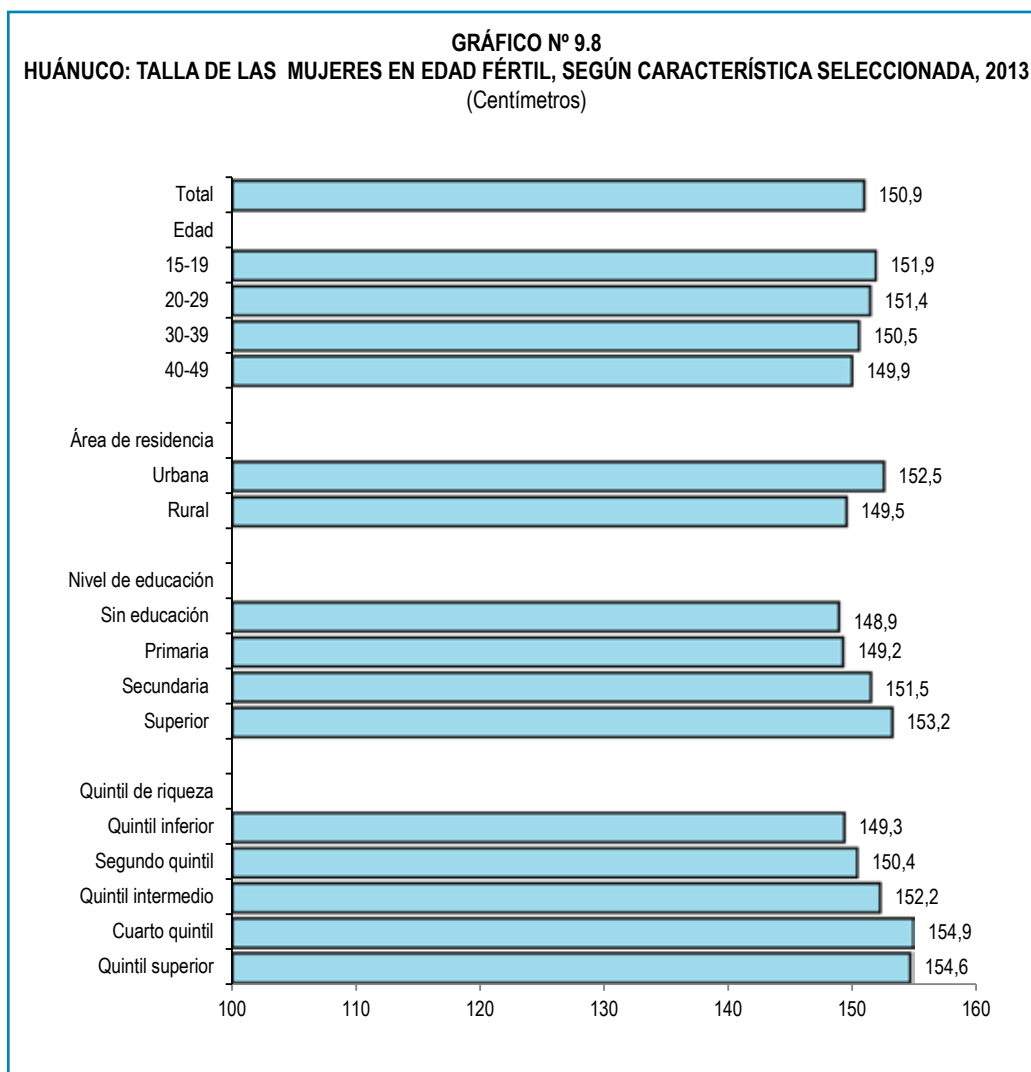
La talla promedio de las mujeres en edad fértil en el 2013 fue 150,9 centímetros, tiende a ser mayor que la reportada en el 2009 (150,4 cm.), sobre todo en las mujeres más jóvenes, que en promedio, presentaron una estatura más alta que las de mayor edad. Así, la estatura promedio en el grupo de 15 a 19 años de edad fue 151,9 centímetros, mientras que en el grupo de 40 a 49 años de edad fue 149,9 centímetros.

Asimismo las mujeres con educación superior tuvieron una talla promedio de 153,2 centímetros, estatura más alta en 4,3 centímetros que las mujeres sin educación (148,9 centímetros).

Las mujeres ubicadas en el cuarto quintil de riqueza presentaron en promedio una talla de 154,9 centímetros, 5,6 centímetros más altas que las ubicadas en el quintil inferior de riqueza (149,3 centímetros).

8 WHO. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes: A WHO Collaborative Study World Health Organ Suppl 1995; 73:32-37.

9 WHO. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie Informes Técnicos 916. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Peso y masa corporal de las mujeres

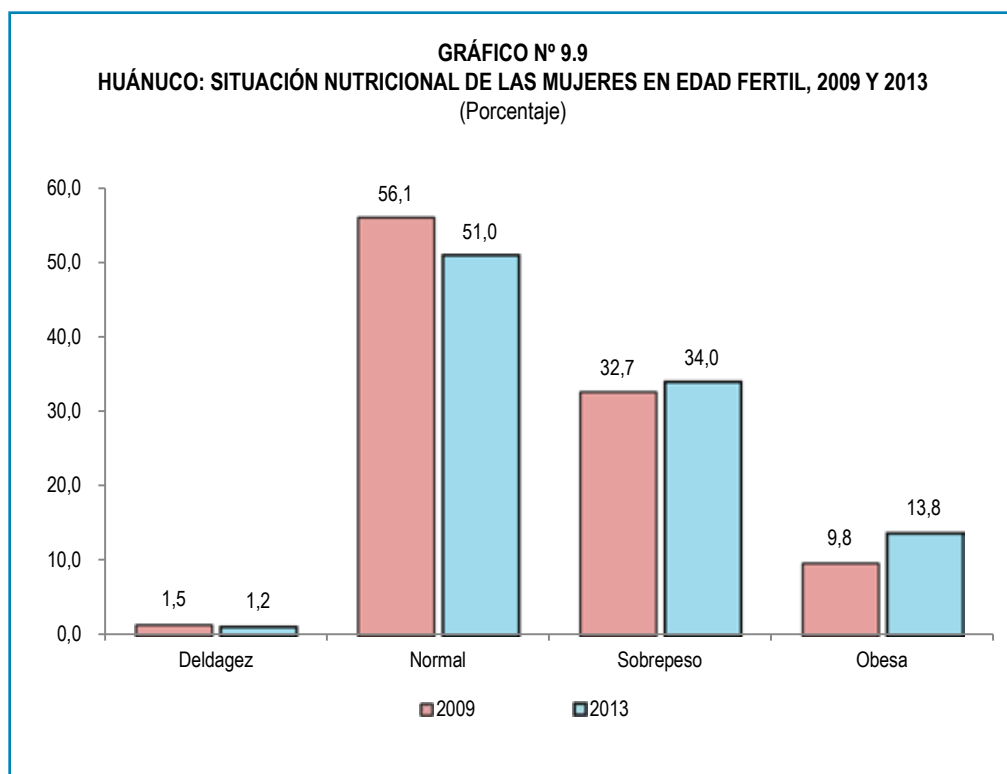
La disminución del peso corporal hasta el grado de delgadez afecta el rendimiento físico, lo cual se refleja en la reducción de la capacidad y la productividad en el trabajo, con consecuencias directas en los ingresos económicos.

Adicionalmente, para las mujeres en edad fértil, un peso adecuado antes de la gestación es un factor importante para que el embarazo culmine de manera adecuada. Las mujeres que inician la gestación con un peso adecuado tienen menor riesgo de parto prematuro. Asimismo, el peso corporal de la mujer previo a la gestación está asociado al peso al nacer y a la mortalidad infantil.

Por otro lado, el exceso de peso corporal, expresado como sobrepeso u obesidad, está asociado a un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer. Consecuentemente, el sobrepeso u obesidad están asociados a un mayor riesgo de mortalidad en la vida adulta.

Situación nutricional

En el departamento de Huánuco el porcentaje de mujeres con delgadez fue 1,2%, observando el año 2009 (1,5%) descendió 0,3 punto porcentual. En cuanto a las mujeres con sobrepeso fue 34,0%, mayor en 1,3 punto porcentual que en el 2009 (32,7%), mientras que las mujeres con obesidad aumentaron de 9,8% a 13,8% entre ambas encuestas.

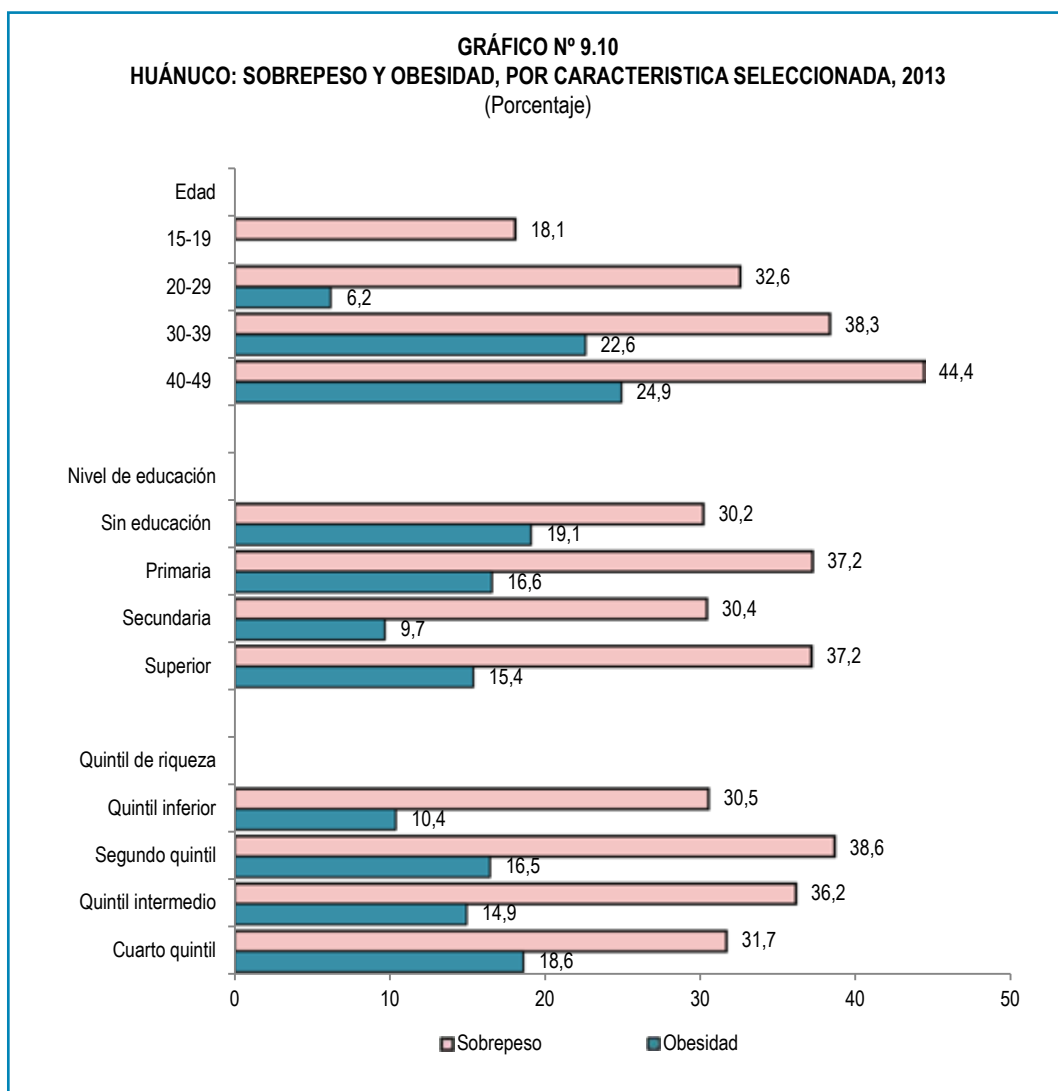


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Por grupo de edad, los mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad se presentaron en las mujeres de 40 a 49 años de edad (44,4% y 24,9%, en cada caso); mientras, que los menores porcentajes se dieron en el grupo de 15 a 19 años de edad (18,1% con sobrepeso) y de 20 a 29 años de edad (6,2% con obesidad).

Por nivel de educación el mayor porcentaje de sobrepeso se encontró entre las mujeres con educación primaria y superior (37,2%, en ambos casos), mientras que para la obesidad fueron las mujeres sin educación (19,1%).

Por quintil de riqueza, el mayor porcentaje de mujeres con sobrepeso se concentró en el segundo quintil de riqueza con 38,6% y en el superior (38,2%). En el caso de la obesidad, en el cuarto quintil de riqueza con 18,6%



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.