

Matriz de intervenciones en 1000 días

Revisión y actualización



Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil -CESNI

Matriz de intervenciones en los 1000 días : revisión y actualización / Adaptado por Julieta Hernandez ; Contribuciones de Esteban Santiago Carmuega ... [et al.] ; Coordinación general de Paula Gomez ; María Elisa Zapata ; María Eugenia Herrera Vegas. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil -CESNI , 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-48306-3-0

1. Cuidado del Niño. 2. Maternidad. 3. Infancia. I. Hernandez, Julieta, adapt. II. Carmuega, Esteban Santiago, colab. III. Gomez, Paula, coord. IV. Zapata, María Elisa, coord. V. Herrera Vegas, María Eugenia, coord. VI. Título.
CDD 618.9202

ISBN 978-987-48306-3-0



Matriz de intervenciones en los primeros 1000 días Revisión y actualización

Autores

Proceso de actualización: Julieta Hernandez.

Supervisión de contenido actual: María Eugenia Herrera Vegas, Paula Gomez, María Elisa Zapata.

Colaboradores en la elaboración conceptual y redacción: Esteban Carmuega, Evelyn Gitz, Paula Gomez, Alicia Roviroso, Camila Tamburini, María Elisa Zapata.

Índice

Glosario de abreviaturas	4
Resumen	5
Introducción	6
Objetivos	8
Metodología	8
Resultados	9
Discusión	10
Conclusiones	13
Referencias bibliográficas	14
Índice de intervenciones	15
Momento de las intervenciones	16
Bibliografía de la matriz	58
Anexo. Definiciones operativas. Indicadores	65

Glosario de abreviaturas

AC: Alimentación complementaria.

AIPEO: Anticoncepción inmediata post evento obstétrico.

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información de la Salud.

DG: Diabetes Gestacional.

DPP: Depresión postparto.

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

EAN-CABA: Primera Encuesta Alimentaria y Nutricional de la Ciudad de Buenos Aires.

EG: Edad gestacional.

ENALaC: Encuesta Nacional de Lactancia.

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

ENNyS 1: Primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

ENNyS 2: Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

FUM: Fecha de última menstruación.

FDA: Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (en inglés Food and Drugs Administration).

HR: Hazard ratio.

IYCF: Alimentación del lactante y niño pequeño (en inglés Infant and young child feeding).

IMC: Índice de Masa Corporal.

LCT: Ley de Contrato de Trabajo.

LM: Lactancia Materna.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

MICS: Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (en inglés Multiple Indicator Cluster Surveys).

MDD: Diversidad dietética mínima (en inglés Minimum Dietary Diversity).

MDD-W: Diversidad mínima dietética para mujeres (en inglés Minimum Dietary Diversity for Women).

NNyA: Niños, Niñas y Adolescentes.

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OR: Odds Ratio.

OVyDRG: Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género.

OS: Obra social.

RCIU: Retraso de crecimiento intrauterino.

RR: Riesgo relativo.

RN: Recién nacido.

RNPEG: Recién nacido pequeño para la edad gestacional.

RS: Revisión sistemática.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en inglés United Nations Children's Fund).

UP: Productos ultraprocesados.

SADI: Sociedad Argentina de Infectología.

SAP: Sociedad Argentina de Pediatría.

SIP-G: Sistema informático perinatal para la gestión.

SMSL: Síndrome de muerte súbita del lactante.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

Resumen

Los primeros 1000 días de vida abarcan desde la concepción hasta los 2 años de edad, constituyen un periodo crucial, de máximo crecimiento y desarrollo en los seres humanos. Las políticas públicas argentinas más recientes y consensos globales enfocados en fortalecer las intervenciones dentro de este periodo de vida sientan las bases para una nutrición y desarrollo infantil integral y óptimo, que son consideradas en la elaboración de este documento.

Frente a la falta de una política de monitoreo y evaluación, incluyendo herramientas con indicadores de referencia en Argentina, desde el 2015 CESNI ha trabajado en la sistematización los aspectos claves de todas las etapas del período de 1000 días, como medio para priorizar problemas en todas sus etapas, para promover estrategias de detección temprana y la planificación de acciones pertinentes y oportunas.

El objetivo principal de la elaboración de esta matriz de intervenciones críticas es proporcionar una fuente actualizada de evidencia disponible y prevalencias a nivel nacional, que permita orientar la práctica profesional y los programas de intervención, jerarquizando la prevalencia y el riesgo que cada uno de los indicadores seleccionados reflejan.

Para su elaboración, se realizó una revisión bibliográfica de 48 (cuarenta y ocho) intervenciones organizadas según el momento de máxima sensibilidad, fundamento y prevalencia nacional, en base a datos poblacionales oficiales y periódicos del nivel nacional, que se complementan con fuentes primarias y secundarias.

Siendo esta la primera actualización desde el año 2015, y con la finalidad de facilitar su monitoreo y actualización futura, se elaboró un documento de definiciones operativas para cada intervención seleccionada.

A continuación, se presenta la matriz para cada etapa de los 1000 días, con el propósito de identificar los puntos críticos y las situaciones identificadas con prevalencia.



Introducción

Los primeros 1000 días de vida abarcan desde la concepción hasta los 2 años de edad, y constituyen un periodo crucial, de máximo crecimiento y desarrollo en los seres humanos. Es una etapa especialmente susceptible a factores biológicos y psicosociales, donde se establecen las bases fundamentales que influyen en la salud física, emocional y cognitiva del individuo. La evidencia científica ha demostrado que este periodo es un momento estratégico en términos de prevención, promoción y protección en salud pública (1).

Durante el **embarazo**, la nutrición materna tiene un impacto significativo sobre el desarrollo fetal. El estado nutricional materno, antes y durante el embarazo se ha identificado como un factor condicionante en el crecimiento de los niños y niñas, mientras que también se ha demostrado su influencia en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en el futuro. En este sentido, los cuidados prenatales permiten la prevención y detección precoz de complicaciones y situaciones de riesgo (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la **lactancia materna exclusiva** durante los primeros 6 meses de vida, debido a los beneficios demostrados no sólo para los niños y niñas, sino para la persona que amamanta, y también para el medio ambiente y el sistema alimentario. Sin embargo, existen factores que pueden condicionar la lactancia durante esos 6 meses, como las prácticas del equipo de salud, el contacto durante la primera hora de vida, la presencia de depresión posparto, las políticas laborales relacionadas a la licencia materna y los condicionantes económicos y comerciales, entre otros.

La **introducción oportuna de alimentos complementarios a los 6 meses de vida**, es esencial para satisfacer las necesidades nutricionales acordes al crecimiento y requerimientos de nutrientes. La calidad y cantidad de los alimentos introducidos en esta etapa, condiciona el estado nutricional de los niños y niñas. El entorno familiar en el cuál se producen las comidas cobra relevancia en el establecimiento de hábitos alimentarios, incluyendo la comensalidad, el uso de pantallas, así como el respeto por las señales de hambre-saciedad.

Los **vínculos significativos de cuidado** son aquellos respetuosos, libres de violencias, atentos, que interpretan y dan respuestas a las necesidades emocionales, perfiles sensoriales, funcionales y de aprendizaje. Estos aportan a la construcción de vínculos de apego que permiten a las niñas adquirir seguridad y confianza durante el curso de vida, dando forma a su interacción con el entorno y con los demás (2).

El proceso de adquisición progresiva de habilidades de cognición, lenguaje, motor, social y desarrollo emocional conocido como Desarrollo en la primera infancia (DPI), es fundamental para pensar, resolver problemas, comunicarse, expresar nuestras emociones y formar relaciones (3).

En el campo de las políticas públicas y consensos globales, vale señalar algunos antecedentes que hacen a los indicadores presentados por la matriz. Por un lado, en Argentina, la **Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia** (Ley N°27.611), sancionada en diciembre 2020, marca un hito en las políticas de salud materno-infantil. La normativa tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas. Asimismo, se creó con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.

En el 2018, fue adoptado y oficializado por la OMS, UNICEF y el Banco Mundial el **marco global Nurturing Care o cuidado cariñoso y sensible**. Se define como el conjunto de condiciones que sientan las bases para la **salud, la nutrición, la seguridad y la protección, así como para la prestación de una atención receptiva y las oportunidades para el aprendizaje temprano**. Este enfoque multidimensional destaca la necesidad de un entorno propicio, donde las relaciones afectivas y sensibles entre los cuidadores y niños y niñas

cobran vital importancia. Significa mantener a los niños y las niñas protegidos, sanos y bien nutridos, atender y responder a sus necesidades e intereses, y alentarlos a que exploren e interactúen con su entorno (4).

Desde una perspectiva costo beneficio, existe un amplio consenso de que los beneficios derivados de las inversiones en primera infancia superan los costos. En promedio, se estima que cada dólar adicional invertido en programas de calidad para la primera infancia genera un retorno económico de 13,7 dólares, y se calcula que por cada dólar gastado en educación pre-primaria se obtienen 9 dólares de beneficios para la sociedad, y la cifra asciende a 17 dólares en el caso de niños y niñas de mayor vulnerabilidad (5).

Un estudio demostró que el mayor retorno de inversión se obtiene en la etapa más temprana, desde el nacimiento hasta los cinco años. En esta etapa se moldea la mayor productividad del individuo al desarrollar habilidades cognitivas, motivacionales, de autocontrol, sociales y de atención, aquellas que llevan del conocimiento al “know-how” y a ser ciudadanos productivos. La inversión en primera infancia es eficiente y efectiva para el desarrollo económico y laboral (5).

La información en salud posibilita la toma de decisiones dirigidas hacia aquellas acciones con mejor relación costo-beneficio así como mayor impacto en la población objetivo. Conocer las prevalencias y riesgos asociados en los primeros 1000 días de vida facilita la posibilidad de implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, programas y/o intervenciones que aborden las problemáticas más significativas de la población, como también la identificación de grupos vulnerables y el momento oportuno de acción.

Frente a la falta de una herramienta de monitoreo y evaluación de indicadores priorizados en los primeros 1000 días de vida, en 2015, el equipo de CESNI comenzó el proceso de sistematización de los acontecimientos más frecuentes del **período de 1000 días**, según criterios de **prevalencia y riesgo**, como medio para priorizar problemas en esta población y planificar acciones pertinentes.

Además de su divulgación en distintos ámbitos, ha sido contenido de referencia de estrategias para algunos distritos o jurisdicciones, y de capacitaciones de responsabilidad social empresaria y programas de la sociedad civil.

Su actualización permite planificar para la acción con los criterios de prevalencia (porcentaje de la población afectada) y riesgo (potenciales efectos negativos) durante los 1000 días. Actualmente, su principal uso está previsto en las comunidades de prácticas de Atención Primaria de la Salud (APS), del proyecto 1000 días de CESNI, con el objetivo de favorecer diagnósticos y orientaciones adecuadas para el personal de salud participante.

Objetivos

El objetivo principal de la elaboración de la matriz de intervenciones críticas en los primeros 1000 días, es proporcionar una fuente actualizada de evidencia disponible y prevalencias a nivel nacional, que permita orientar la práctica profesional, planificar y evaluar programas de intervención, y realizar diagnósticos de situación comparables con mediciones nacionales, jerarquizando la prevalencia y el riesgo que cada uno de los 48 indicadores seleccionados reflejan.

Metodología

Para su elaboración, se realizó una revisión bibliográfica y selección de 48 (cuarenta y ocho) intervenciones organizadas según el momento de máxima sensibilidad, fundamento y prevalencia nacional, o regional según la disponibilidad de información.

La búsqueda bibliográfica se efectuó sin límite temporal de inicio y hasta marzo 2024. Se priorizaron tomas de datos poblacionales oficiales y periódicas del nivel nacional (SIP-G, ENNyS, ENaLAC, Estadísticas Vitales de la DEIS, MICS, ENFR, Plan ENIA, INDEC), que se complementaron con fuentes primarias y secundarias científicas de organismos de cooperación internacional (UNICEF, OMS/OPS, FAO) e instituciones académicas, jerarquizando revisiones sistemáticas, metaanálisis y medios de divulgación validados (PubMed, MedLine, Scielo, Cochrane).

Con la finalidad de facilitar su actualización, se generó un documento de definiciones operativas (Anexo), priorizando aquellos indicadores validados en encuestas poblacionales nacionales, como aquellos sugeridos por organismos de referencia internacional en el área.



Resultados

De las 48 intervenciones seleccionadas, se encontró fundamento teórico para la totalidad de las mismas. Respecto a la prevalencia observada en nuestro país, se obtuvo información de estudios poblacionales a nivel nacional para 28 intervenciones, mientras que para 13 intervenciones se recurrió a datos de estudios con un menor tamaño muestral debido a la falta de medición nacional. Sin embargo, para 7 intervenciones, no se ha encontrado información sobre su prevalencia en ninguna fuente de datos disponible.

Los indicadores seleccionados como relevantes para cada etapa de los 1000 días, muchas veces monitoreados por el personal de salud, se encuentran con vacancias de información que no permiten contar con referencias situadas al contexto argentino.

En cuanto a la **frecuencia de toma de datos**, aquellas intervenciones monitoreadas en las Estadísticas Vitales y el Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) permiten la comparación de los datos de manera anual, como por ejemplo en las intervenciones: diagnóstico precoz del embarazo, controles de salud tanto para la madre como para los niños y niñas, tabaquismo materno durante el embarazo, suplementación con hierro durante el embarazo, tasa de embarazo adolescente, tasa de cesárea, tasa de prematurez, y peso al nacer. Mientras que, en cuanto a las fuentes de información acerca del estado nutricional, requieren de encuestas poblacionales (como la ENNyS y la ENFR) que son realizadas con menor frecuencia y en muchos casos no son específicas de la población materno infantil.

En relación a las distintas etapas consideradas, durante el periodo de intervención en el embarazo y puerperio, se observa una falta de datos de prevalencia nacional para las siguientes intervenciones: hidratación, diversidad alimentaria mínima (MDD-W), consumo de cafeína, actividad física durante el embarazo, preparación integral para la maternidad, uso de fármacos durante el embarazo y lactancia, manejo de complicaciones, depresión post-parto y bajada de leche.

Asimismo, en el periodo que abarca desde los primeros 6 meses de vida de los niños y niñas hasta sus 2 primeros años no se dispone de información de prevalencia nacional para las siguientes intervenciones: ligadura oportuna del cordón umbilical, uso de medicamentos durante la lactancia, estado nutricional de la madre, tabaquismo materno, lactancia materna y su relación con enfermedades, uso de leches de reemplazo entre los 6 y 12 meses, cuidado sensible y cariñoso, calidad nutricional de la alimentación (en el marco de indicadores propuestos por UNICEF) y uso de pantallas.

Para saldar estas vacancias ante la falta de datos oficiales o científicos nacionales, se obtuvo de estudios internacionales, provinciales o institucionales información acerca de las intervenciones: consumo de cafeína, depresión post parto, cuidado sensible y cariñoso, uso de alcohol y sustancias tóxicas durante lactancia, uso de pantallas de 0 a 24 meses, y calidad nutricional en niños del mismo rango de edad.

En cuanto a la intervención anemia, si bien ha sido contemplada en ambas ENNyS, al día de la fecha no se cuenta con el reporte de mediciones bioquímicas en la segunda edición que permita una valoración en el tiempo.

La OPS y UNICEF han propuesto indicadores de diversidad nutricional, como la diversidad alimentaria mínima (DMD) y la diversidad alimentaria mínima para mujeres (DMD-W), los cuales dependen de la realización de un recordatorio de 24 horas. Estos indicadores se utilizan para evaluar la ingesta de diversos grupos alimentarios, lo que refleja la calidad nutricional de la dieta. Hasta la fecha, no se ha registrado la medición de estos indicadores a nivel nacional. Mientras que, estos indicadores si se han evaluado en la ciudad de Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Discusión

La información en salud es esencial para la toma de decisiones. Conocer las prevalencias y riesgos asociados en los primeros 1000 días de vida facilita la posibilidad de implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, programas y/o intervenciones que aborden las problemáticas más significativas de la población, como también la identificación de grupos vulnerables y el momento oportuno de acción. Mientras que a nivel individual permite reconocer la situación de salud de la población atendida, contrastar con la situación actual a nivel país, así como las oportunidades de mejora en la práctica profesional.

En Argentina contamos con tres encuestas poblacionales que proporcionan información sobre la situación de salud, nutrición, factores de riesgo y lactancia materna a nivel nacional.

La Encuesta de Nutrición y Salud (ENNyS) informa sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de la frecuencia de consumo y hábitos alimentarios de la población, y la lactancia materna, entre otras dimensiones. Asimismo aporta información sobre índices antropométricos (peso y talla) y otras variables objetivas y bioquímicas para evaluar el estado nutricional de la población. La primera ENNyS fue realizada entre los años 2004 y 2005 exclusivamente en la niños y niñas mayores de 6 meses a 5 años, embarazadas y mujeres en edad fértil, mientras que la ENNyS 2 realizada en 2018-2019 fue realizada en niños, niñas y adolescentes (NNyA) de ambos sexos de 0 a 17 años, y en adultos de ambos sexos de 18 años y más. Las distintas ediciones de la ENNyS aportaron información sobre prevalencia nacional para 21 de los indicadores seleccionados. Hasta la fecha, el informe final de la ENNyS 2 no se encuentra disponible. Las publicaciones parciales incluyen el resumen ejecutivo, los indicadores seleccionados de salud y nutrición para la población materno-infantil y el segundo informe de indicadores que abarca información sobre alimentación complementaria, consumo de sal, discapacidad y actividad física, entre otros.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) con ediciones en los años 2005, 2009, 2013 y 2019. Proporciona información sobre los factores de riesgo comportamentales de las enfermedades no transmisibles, como así también sobre los factores de riesgo metabólicos en la población mayor a 18 años. La ENFR fue utilizada como fuente de información en 2 indicadores considerados en la matriz.

Respecto de la situación de la lactancia en la Argentina, los datos recopilados a nivel nacional se basan en el estudio observacional conocido como Encuesta Nacional de Lactancia (ENaLac). Aunque los relevamientos se han llevado a cabo desde 1998, la generación de informes comenzó en 2007, siendo los más recientes publicados en 2018 y 2022. La muestra abarca 2 subgrupos: Niños y niñas de 0 a 6 meses de edad, y de 12 a 15 meses de edad atendidos en efectores públicos de salud. En sus resultados reporta diversos indicadores, incluyendo la prevalencia nacional de lactancia según subtipo (exclusiva, parcial, destete), tipos de leche de reemplazo utilizados, el momento de la primera puesta al pecho luego del parto, y la prevalencia de lactancia según peso al nacer. Fue utilizada como fuente de información sobre prevalencia para 4 de los indicadores seleccionados sobre lactancia.

La Primera Encuesta Alimentaria y Nutricional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (EAN-CABA), fue realizada en 2011, sin frecuencia de actualización definida. La población objetivo fueron madres con sus hijos lactantes, niños y niñas en su primera infancia, en etapa escolar, adolescentes, mujeres en edad fértil y adultos mayores. El relevamiento incluyó la valoración nutricional, antropométrica, estilo de vida y caracterización sociodemográfica. Fue utilizada como fuente de información en 5 indicadores durante la elaboración de la matriz. Los datos alimentarios por grupo etario están publicados en la plataforma *FAO/WHO GIFT Global Individual Food Consumption Data Tool*.

Durante la elaboración de la matriz, se hallaron 9 limitaciones en lo que respecta al análisis de los datos de prevalencia a nivel nacional.

Al valorar los indicadores con ausencia de datos sobre la prevalencia a nivel nacional, se observó que su medición sería muy dificultosa debido a la falta tanto de recomendaciones así como también de indicadores validados, como por ejemplo hidratación materna y bajada de leche.

La fragmentación y descentralización del Sistema de Salud en Argentina, podría ser un impedimento a la hora de llevar a cabo intervenciones que se encuentren de manera homogénea y permita su medición posterior. En cuanto a la actualización de los esquemas de controles del recién nacido, plantea la necesidad de modificar los indicadores de evaluación de la intervención, mientras que se considera de utilidad la estandarización de los procedimientos en cada visita, que permitiría evaluar la calidad de atención del sistema de salud.

Respecto de las encuestas nacionales que contemplan intervenciones de lactancia se observa una interrupción en el procesamiento de datos en el rango etario de 6 a 12 meses. Teniendo en cuenta que el porcentaje de destete aumenta desde los 6 meses de vida, sería conveniente contar con información desagregada que permitan identificar factores de deserción precoz, para crear estrategias que favorezcan la continuación de la lactancia materna hasta los 2 años.

En relación al uso de indicadores propuestos por FAO y UNICEF para evaluar diversidad alimentaria, se advierte una dificultad, debido a que hasta el momento dicha información no ha sido analizada y publicada por las autoridades a cargo de la encuesta, lo cual permitiría contrastar la información recolectada con los indicadores propuestos. No obstante, algunos de ellos se han obtenido en base a análisis secundarios realizados a partir de encuestas poblacionales. Estos indicadores han sido diseñados para su utilización en contextos poblacionales.

La ausencia de datos de salud de las personas en periodo de lactancia es una preocupación significativa debido al impacto en el binomio madre-hijo. En este sentido, sin una comprensión de la situación actual a nivel nacional de consumo de alcohol y tabaco durante este periodo, dificulta la identificación



de situaciones de riesgo y la implementación de medidas de prevención y tratamiento.

En cuanto a la población incluida en las encuestas nacionales, se observa concentración de información de aglomerados urbanos. No siendo representativos de la población rural o de población de pequeños centros urbanos.

Al realizar un análisis comparativo con otros países en cuanto a la frecuencia de toma de datos nacionales, se observa que en México se realiza desde 1988 y 1986 la Encuesta Nacional de Nutrición y la Encuesta Nacional de Salud. Desde el año 2006 se consolidan las encuestas e inicia la **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)**, la cual proporciona información detallada sobre la situación de salud y nutrición en el país, recopilando datos sobre diversos aspectos de la salud, incluidos la antropometría, la ingesta de alimentos, la actividad física, la prevalencia de enfermedades crónicas y otros indicadores relevantes. Desde el año 2020 la misma adquiere la característica de continuidad, para consolidar en 5 años una muestra con representatividad nacional, urbana y rural y por entidad federativa. En cuanto a la **Encuesta Nacional de lactancia materna (ENALM)**, la misma no sigue un intervalo de frecuencia fijo en el tiempo.

En Chile se observa que la **Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud** realizada en los años 2000, 2006 y 2015-2016. Mientras que la **Encuesta Nacional de Salud** fue en 2003, 2009-2010 y 2016-2017. Ambas encuestas toman en cuenta a la población mayor de 15 años. La última **Encuesta nacional de lactancia materna (ENALMA)** fue realizada en 2013.

En Colombia se realiza desde el año 2005, la **Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN)**. Evalúa la ingesta dietética, estado nutrición, nivel de actividad física, auto percepción del peso corporal, autorreporte de enfermedades crónicas no transmisibles en personas de 13 a 64 años, lactancia materna, seguridad alimentaria en el hogar, entre otras variables. Su frecuencia fue definida de manera quinquenal, sin embargo el último reporte disponible corresponde al año 2015.

La heterogeneidad en la fuentes de información y falta de protocolización

de frecuencia de generación de datos, plantea una dificultad en el proceso de actualización de la matriz. Este suceso es observado en otros países de la región, a excepción de México desde el año 2020.

La medición del desarrollo infantil temprano en nuestro país no se encuentra estandarizado. Existen diferentes herramientas para su evaluación como lo son el Instrumento de observación de desarrollo infantil (IODI), Prueba Nacional de Pesquisa (PREPRUNAPE o PRUNAPE). Se estima de acuerdo a la literatura internacional, que entre el 10-15% de las consultas pediátricas son por desarrollo infantil temprano. Respecto de la prevalencia, la epidemiología local estima que el riesgo de retraso puede estar entre el 20 y 25% de niños y niñas, pudiendo superar el 45% en sectores de pobreza. La consulta pediátrica debe ser considerada una oportunidad única tanto en la detección como en la intervención temprana.

En 2007, la ENNyS 1 utilizó la herramienta PRUNAPE para valorar los hitos de desarrollo infantil temprano en niños y niñas. Las pautas que mostraron cumplimiento más tardío, teniendo en cuenta la edad correspondiente al percentil 90 de la PRUNAPE fueron «come solo», «presión pinza superior» y «control de esfínteres diurno». Las pautas «presión pinza superior» y «reconoce 3 colores» fueron las que presentaron mayor desplazamiento hacia edades mayores, de acuerdo con los valores percentilares de la prueba. Es importante remarcar que el indicador no fue medido en la segunda edición de la ENNyS.

Conclusiones

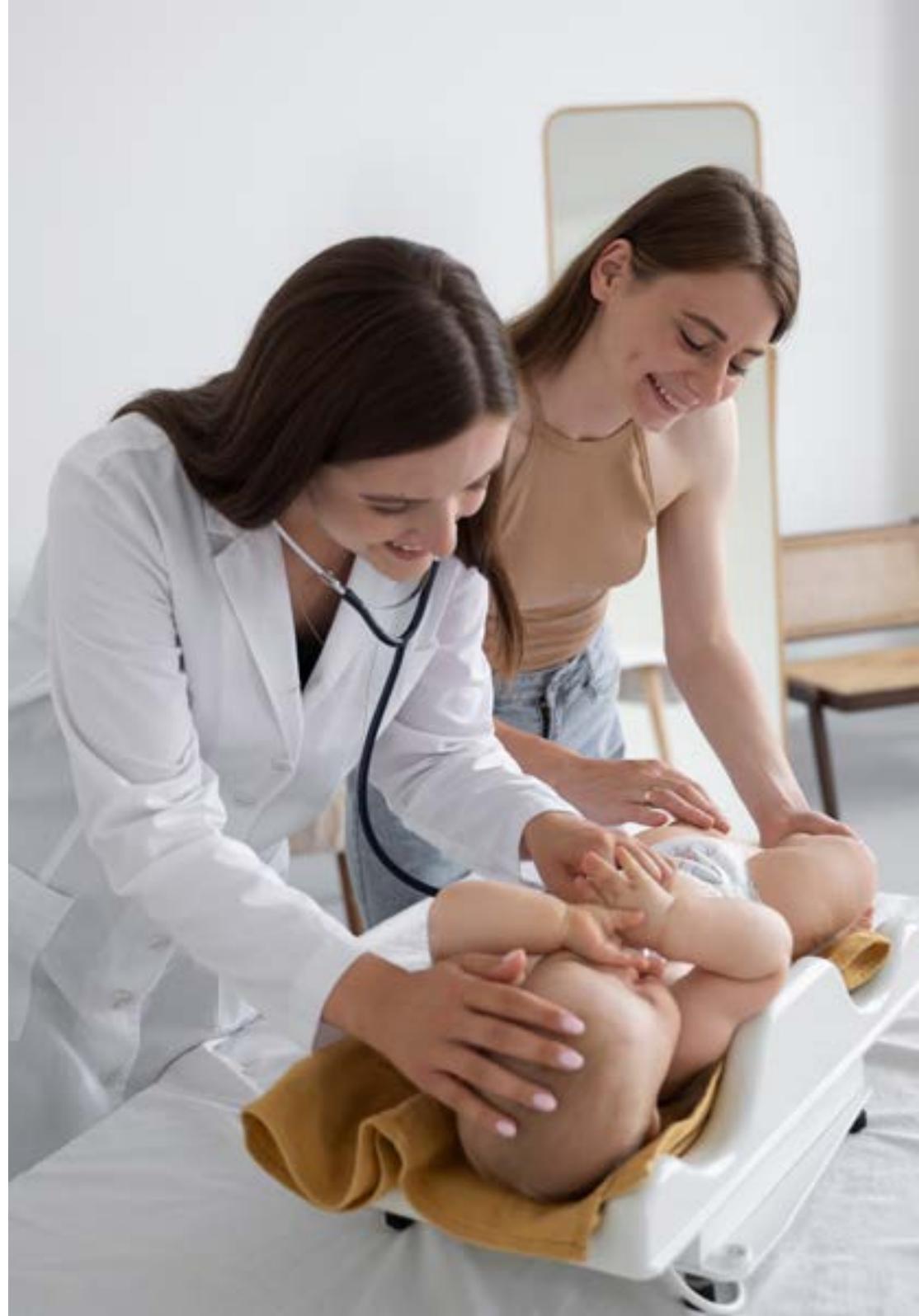
Las brechas de información encontradas en nuestro país plantean dificultades para el planteamiento de estrategias de intervención como así también para la valoración del impacto posterior de aquellas llevadas a cabo. La falta de estandarización en la frecuencia de toma de datos como de los indicadores seleccionados, es una falencia compartida con otros países de la región. Por las características políticas de nuestro país, la dificultad en la estandarización se observa entre las distintas provincias y municipios que lo conforman.

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (6). El enfoque preventivo en salud tiene como requisito fundamental conocer el punto de partida que guiará las intervenciones.

Contar con un resumen de intervenciones significativas y prevalencias poblacionales para los primeros 1000 días de vida permite realizar una diagnóstico de situación tanto a nivel nacional, como a nivel jurisdiccional, y orientar las acciones en salud comunitaria y la práctica profesional hacia aquellas que tendrán mayor impacto en esta población.

El propósito de la matriz es brindar orientación basada en la evidencia que permitirá a los profesionales de la salud, las comunidades y los tomadores de decisión de las jurisdicciones tener respaldo en la oferta de prestaciones de servicios de salud. Para este fin tanto la matriz como las definiciones operativas, se irán actualizando y ampliando a medida que se disponga de nuevos datos y evidencia científica.

Por lo tanto, es fundamental contar una política de medición y monitoreo, y asegurar la disponibilidad de la información recabada y los resultados obtenidos. Se considera esencial asegurar el financiamiento adecuado para la realización de encuestas nacionales como también fomentar investigaciones en el sistema científico nacional.



Referencias bibliográficas

1. Folgoso, C., Torres, N., & Martínez, B. (2023). Nutrición durante los primeros 1.000 días de vida. *Protoc diagnoser pediater*
2. El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. (2021). Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275324592>
3. UNICEF. (2017). Orientación programática de UNICEF para el desarrollo de los niños y las niñas en la primera infancia. División de Programas de UNICEF.
4. World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2023). Nurturing care framework progress report 2018-2023: Reflections and looking forward. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF).
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). De los primeros 1000 días a un futuro resiliente. Educación ambiental y climática para la primera infancia de América Latina y el Caribe.
6. Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud: Glosario. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. <https://iris.who.int/handle/10665/67246>

Índice de intervenciones

Intervenciones embarazo y puerperio: 22 intervenciones.

- (1) Diagnóstico y control prenatal precoz.
- (2) Control de embarazo de calidad respetando la frecuencia y periodicidad.
- (3) Peso adecuado preconcepcional.
- (4) Evolución del peso durante el transcurso del embarazo.
- (5) Anemia: Suplementación de Fe y Ácido Fólico.
- (6) Alimentación variada.
- (7) Hidratación.
- (8) Tabaco (activo y pasivo).
- (9) Alcohol y sustancias tóxicas.
- (10) Consumo de cafeína.
- (11) Actividad física.
- (12) Preparación integral para la maternidad.
- (13) Adecuación del control en embarazadas adolescentes.
- (14) Uso de medicamentos.
- (15) Periodo intergenésico adecuado.
- (16) Manejo de complicaciones (Patologías asociadas).
- (17) Parto humanizado.
- (18) Cesárea.
- (19) Depresión post parto.
- (20) Bajada de leche.
- (21) Controles de la mamá durante el puerperio.
- (22) Licencia y derechos laborales de la mujer.

Intervenciones 0 - 6 meses: 8 intervenciones.

- (23) Ligadura oportuna de cordón umbilical.
- (24) Lactancia materna en la primera hora de vida.
- (25) Estado nutricional y alimentación materna durante la lactancia.
- (26) Uso de fármacos.
- (27) Lactancia materna y leches de reemplazo.
- (28) Lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida.
- (29) Lactancia materna y enfermedad.
- (30) Motivos de contraindicación de LM.

Intervenciones 0 - 24 meses: 11 intervenciones.

- (31) Controles del bebé.
- (32) Cuidado sensible y cariñoso.
- (33) Alcohol y sustancias tóxicas.
- (34) Tabaquismo materno durante la lactancia.
- (35) Manejo del sacaleche.
- (36) Continuación de lactancia materna (12-24 meses).
- (37) Pautas de manipulación e higiene.
- (38) Estimulación temprana.
- (39) Condiciones de alerta en el nacimiento (BP, Prematurez, AP, Peso Insuficiente).
- (40) Uso de pantallas.
- (41) Violencia.

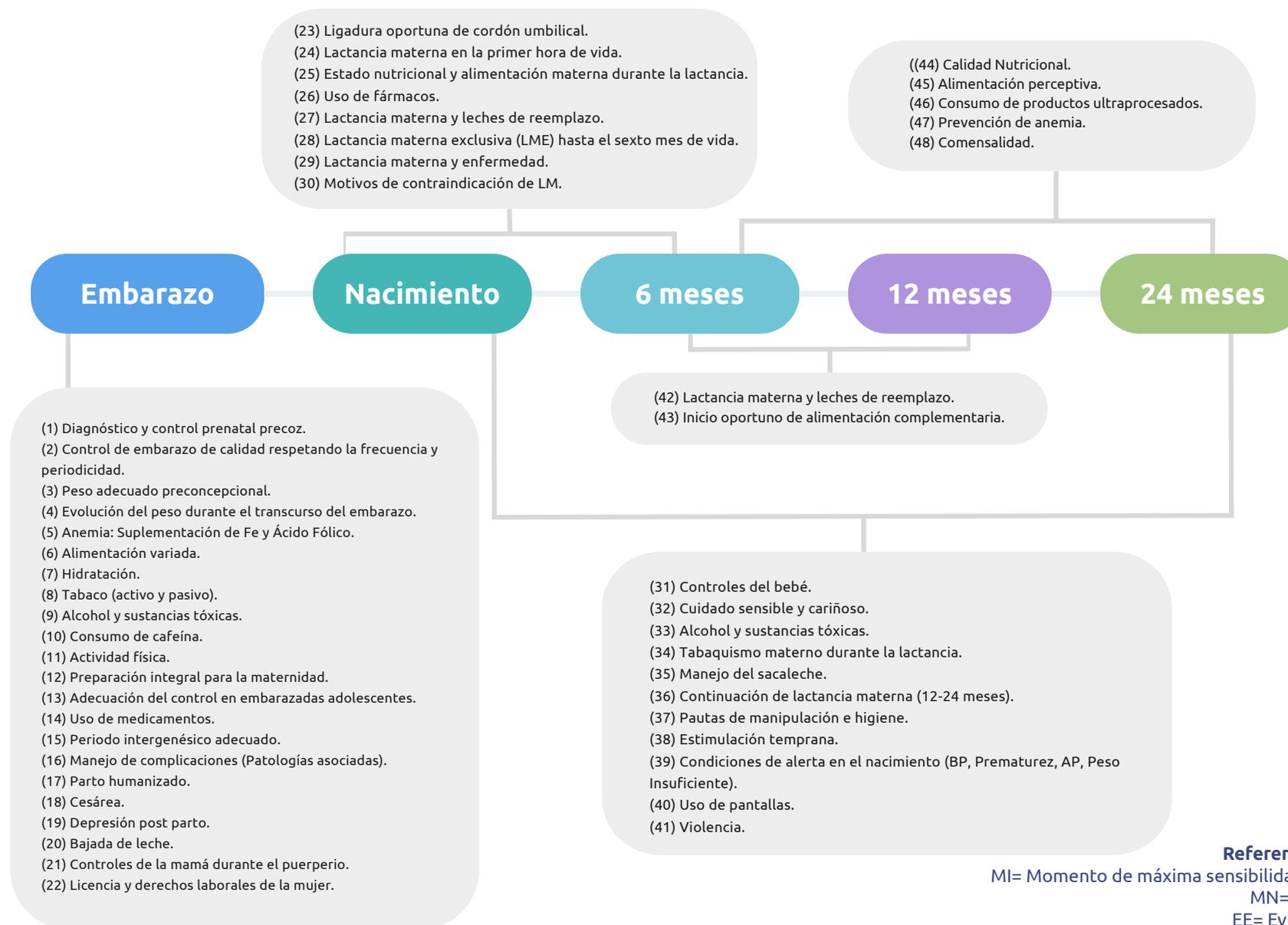
Intervenciones de 6 a 12 meses: 2 intervenciones.

- (42) Lactancia materna y leches de reemplazo.
- (43) Inicio oportuno de alimentación complementaria.

Intervenciones de 6 a 24 meses: 5 intervenciones.

- (44) Calidad Nutricional.
- (45) Alimentación perceptiva.
- (46) Consumo de productos ultraprocesados.
- (47) Prevención de anemia.
- (48) Comensalidad.

Momento de las intervenciones



Intervenciones durante el embarazo y puerperio

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
1.	Diagnóstico y control prenatal precoz	<p>Contempla las entrevistas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.</p> <p>Un control prenatal eficiente debe cumplir 4 requisitos básicos: precoz, periódico, completo y de amplia cobertura. Debe efectuarse de manera temprana, en lo posible durante el primer trimestre de gestación. Esto permite la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud; así como la identificación temprana de embarazos de alto riesgo (1).</p>	x	x	<p>Acorde a los datos reportados en la ENNyS 2, el primer control fue realizado en promedio en la 10,1 semana de gestación, con diferencias por nivel educativo y por quintil de ingresos. Fue más tardío en mujeres con menor nivel educativo (semana 11,2) y más temprano en mujeres con secundario completo y más (semana 8,6). En las mujeres pertenecientes al quintil 1 de ingreso, el primer control fue más tardío (semana 11,9), ocurriendo lo opuesto en las pertenecientes al quintil 5 (semana 7,2). Respecto a las diferencias según cobertura de salud, para quienes sólo tienen cobertura pública el primer control fue en promedio en la semana 11,5, mientras que quienes presentan cobertura de OS o privada lo realizaron en promedio en la semana 8,3 (2).</p> <p>De acuerdo al Sistema informático perinatal para la gestión (SIP-G), durante el año 2022, el 44,5% de las madres realizó el primer control del embarazo antes de la semana 13, el 44,6% lo realizó entre la semana 13 y 27. Mientras que el 10,8% lo realizó a la semana 28 o posterior (3).</p>
2.	Control de embarazo de calidad respetando la frecuencia y periodicidad	<p>El Ministerio de Salud de la Nación recomienda la adopción de esquemas de control prenatal que contemplen al menos 8 (ocho) visitas en embarazos de bajo riesgo, para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las personas gestantes (4).</p> <p>El número total de controles debe individualizarse y adaptarse atendiendo a las necesidades particulares de cada gestante, de manera que la atención pueda abordar tanto los aspectos físicos como las inquietudes o temores de las personas gestantes y, detectar situaciones de riesgo emocionales, familiares o sociales (1).</p> <p>Este esquema se encuentra respaldado por las recomendaciones de la OPS y OMS publicadas en 2018 (5).</p> <p>En embarazos de bajo riesgo, el modelo de atención de 4 controles, en comparación con el de un mínimo de 8</p>	x	x	<p>A nivel país el 59,1% de las mujeres reportó 8 controles prenatales o más durante el transcurso del embarazo. Entre aquellas que realizaron 5 controles o más el valor asciende a 91,2%, acorde a las recomendaciones previas del Ministerio de Salud (2).</p> <p>Entre aquellas mujeres que reportaron haber realizado al menos un control durante el embarazo, el promedio fue de 8,5 controles, siendo menor en mujeres con menor nivel educativo (7,9 controles) y en aquellas pertenecientes al quintil 1 de ingreso (7,7 controles).</p> <p>Se observó, además, una diferencia entre las mujeres que tuvieron cobertura privada de salud (9,4 controles), frente a las que sólo tienen cobertura pública (7,8 controles) (2).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>controles podría tener poco o ningún impacto sobre la mortalidad materna (RR =1,13) y la detección de trastornos hipertensivos del embarazo (RR = 0) (4).</p> <p>En cuanto a los desenlaces perinatales, el modelo de atención con controles reducidos probablemente tenga poco o ningún impacto sobre la frecuencia de nacimientos pretérmino (RR = 1,02), nacimientos de bajo peso (RR = 1,04) o RNPEG (RR = 0,99). Sin embargo, el modelo de 4 controles probablemente incrementa la mortalidad perinatal (RR = 1,14). Considerando la mortalidad perinatal reportada por la DEIS en 2018, este incremento representaría 1 muerte más por cada 625 nacimientos (4).</p>			De acuerdo a los nacimientos registrados en SIP-G según número de consultas prenatales fue de 2,8% para la categoría de sin control prenatal, 25,7% con menos de cinco controles, 65,2% con menos de ocho controles (3).

Intervenciones durante el embarazo y puerperio

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
3.	Peso adecuado preconcepcional	<p>El exceso de peso preconcepcional al momento en el que se produce un embarazo condiciona una atención especial durante el cuidado prenatal. Un alto IMC se relaciona asimismo con el alto incremento de peso durante la gestación, que a su vez ha sido asociado con hipertensión, mayor tasa de cesárea y macrosomía (6).</p> <p>La nutrición y la condición metabólica materna previa al embarazo regulan la expresión genética feto-placentaria, las estructuras de los órganos, el metabolismo y el crecimiento durante períodos críticos de desarrollo, lo que afecta el riesgo de la descendencia de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, inmunológicas, neuropsiquiátricas y otras afecciones crónicas que comienzan durante en la infancia y hasta la edad adulta (7)(8).</p>		x	<p>Según los datos relevados en la ENNyS 2, en la población adulta el exceso de peso fue de 67,9% (Sobrepeso 34%; Obesidad 33,9%) (2). En cuanto al análisis antropométrico medido en la 4ta ENFR se observó una prevalencia general de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en el 66,1% de las mediciones. Mientras que teniendo en cuenta a la población femenina fue de 55% (Sobrepeso 30,9%; Obesidad 24,2%) (9).</p> <p>Esta prevalencia fue de 7,5 puntos porcentuales mayor en los varones con respecto a las mujeres y presentó un importante aumento con relación a la edad, siendo en los grupos etarios mayores más del doble que en el rango más joven (79,7% en 65 y más frente a 37,8% en 18 a 24 años) (9).</p> <p>Con respecto al nivel de educación, se observó un gradiente decreciente, presentado el grupo con nivel educativo más bajo una mayor prevalencia que la del nivel educativo más alto (79,7% vs. 61,5%) (9).</p> <p>Entre 2012 y 2017 se evaluó el peso preconcepcional en 1079171 mujeres en hospitales públicos de Argentina; en el global del país hubo 4,3% de mujeres con bajo IMC y 56,5% de normopeso, y la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 24,4% y 14,7%, respectivamente (6).</p>
4.	Evolución del peso durante el transcurso del embarazo	<p>El estado nutricional materno tiene un efecto determinante sobre el crecimiento fetal, el peso del recién nacido, el tamaño de la placenta y la morbilidad feto-neonatal. Está demostrada su asociación con las tasas de bajo peso al nacer. Las complicaciones perinatales vinculadas a la obesidad durante la gestación incluyen mayor prevalencia de cesárea, diabetes, preeclampsia y macrosomía fetal. La evidencia actual muestra que, a medida que el sobrepeso se transforma en obesidad materna, las complicaciones aumentan en forma concomitante (6)(8).</p>		x	<p>En la ENNyS 1 se evaluó el estado nutricional antropométrico de mujeres embarazadas. A nivel país se registró una prevalencia de bajo peso de 24,9%, mientras que el 19,7% presentó sobrepeso y el 24,4% obesidad (11).</p> <p>Se observó que la distribución del IMC de las embarazadas de hogares con NBI está desplazada hacia las categorías de mayor peso, respecto de aquellas sin NBI (11).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		El aumento de peso durante la gestación por debajo de las recomendaciones se asoció con un mayor riesgo de niños pequeños para la edad gestacional (OR = 1,53), parto prematuro (OR = 1,70). El aumento de peso gestacional por encima de las recomendaciones se asoció con mayor riesgo de niños grandes para la edad gestacional (OR = 1,85), macrosomía (OR = 1,95) y parto por cesárea (OR = 1,30) (10).			
5.	Anemia: Suplementación de Fe y Ácido Fólico	<p>Se recomienda la suplementación con hierro y ácido fólico por vía oral en esquemas de administración diaria (60 mg de hierro elemental y 0,4 mg de ácido fólico) en personas gestantes que cursan embarazos de bajo riesgo, con el objetivo de mejorar los resultados maternos y neonatales (4). La suplementación con Ácido fólico debe iniciarse lo antes posible (preferiblemente antes de la concepción) para prevenir los defectos de cierre del tubo neural (4).</p> <p>En un estudio de cohorte, que incluyó 18.948.443 mujeres embarazadas, la gravedad de la anemia durante el embarazo se asoció con mayores riesgos de desprendimiento de placenta leve (OR = 1,36), moderado (OR = 1,98); grave (OR = 3,35), parto prematuro leve (OR = 1,08); moderado (OR = 1,18); grave (OR = 1,36), hemorragia posparto grave (leve OR = 1,45); moderada (OR = 3,53); grave (OR = 15,65) y malformación fetal leve (OR = 1,15); moderada: (OR = 1,19); grave (OR = 1,62) (12).</p> <p>En comparación con la ausencia de anemia, la anemia moderada o grave se asoció con mayores riesgos de shock materno, ingreso a UCI, muerte materna grave, restricción del crecimiento fetal grave y la muerte fetal (12).</p> <p>La última revisión Cochrane al respecto observó que la suplementación diaria de ácido fólico (solo o en combinación con otras vitaminas y minerales) en comparación con placebo o vitaminas y minerales sin ácido fólico, previó los defectos del tubo neural (RR = 0,31). También el ácido fólico tuvo un</p>		x	<p>La ENNyS 1, estimó que el 30,5% (IC95% 24,0-37,9) de las personas embarazadas presentaban anemia (11).</p> <p>Por su importancia sanitaria en la ENNyS 2 se indagó sobre la indicación de suplementos de hierro y ácido fólico. Se observó que a nivel nacional, el 80,7% de las mujeres refirió que en alguno de los controles realizados se le indicó la toma de hierro, siendo menor en la región Centro (73,8%) y mayor en las regiones Patagonia (86,7%), Cuyo (86,8%), NOA (87,9%), y NEA (90,3%).</p> <p>Con respecto a la indicación de ácido fólico, el 79,5% de las encuestadas refirió que en alguno de los controles se le indicó tomar este suplemento.</p> <p>Este porcentaje varió en mujeres con secundario incompleto (75,8%), en aquellas pertenecientes al quintil 1 (72,2%), con cobertura del sistema público (75,4%) (2).</p> <p>Durante 2022, de los embarazos registrados en SIP-G a nivel nacional el 83,6% de las embarazadas se encontraban suplementadas con hierro y folatos. Mientras que en el 17,4% no había registro de datos (3).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		efecto protector sobre la recurrencia de defectos del tubo neural (RR = 0,34) (13).			
6.	Alimentación variada	<p>Una alimentación saludable contiene suficientes calorías, proteínas, vitaminas y minerales provenientes del consumo de una variedad de alimentos como las frutas y hortalizas, carnes, huevos, frutos secos, cereales integrales, legumbres, leche y yogur (5).</p> <p>El embarazo crea una demanda metabólica especial de nutrientes críticos. Ingestas inadecuadas durante períodos cruciales del desarrollo fetal pueden conducir a la reprogramación en los tejidos fetales y predisponer al niño a enfermedades en la edad adulta que incluyen obesidad, enfermedad cardiovascular, diabetes, osteoporosis, y alteraciones de la funciones cognitivas e inmunitarias. Se identifican como nutrientes claves el ácido fólico, hierro, calcio, yodo, vitamina D y colina. Durante la primera mitad del embarazo se necesitan nutrientes adicionales para el crecimiento de los tejidos maternos (útero, mamas y sangre) y de la placenta. Mientras que, durante el último trimestre son necesarios para el crecimiento rápido del feto (5).</p> <p>Una evidencia de certeza alta indica que las mujeres que reciben intervenciones sobre la alimentación y actividad física, o ambas como parte de la atención prenatal con el fin de prevenir un aumento excesivo de peso durante el embarazo presentaban menor probabilidad de sufrir un aumento excesivo de peso (RR = 0,80) (5).</p> <p>Una evidencia de certeza alta indica que las intervenciones sobre la alimentación y la actividad física, o ambas tienen poco o ningún efecto sobre el riesgo de preeclampsia (RR =</p>		x	<p>En relación a la ingesta de nutrientes, los datos de la ENNyS 1 muestran que dos terceras partes de las embarazadas no alcanzan la recomendación de energía, hecho que podría estar relacionado con una subestimación del consumo de energía. Una tercera parte de las embarazadas presentaron ingesta proteica menor al requerimiento estimado promedio y no se encontraron diferencias significativas según presencia de NBI en el hogar. Mientras que las embarazadas que habitaban en hogares indigentes presentaron una mayor prevalencia de ingesta proteica inadecuada que las que habitaban en hogares no pobres (43,6% y 17,7% respectivamente) (15)(16).</p> <p>La distribución de los macronutrientes fue armónica y se observó que las embarazadas con NBI presentaron mayor consumo de carbohidratos y menor de grasas. El bajo contenido de fibra en la dieta de las mujeres embarazadas argentinas es consecuencia de la baja ingesta observada de frutas, vegetales y cereales integrales.</p> <p>Los nutrientes que mostraron mayor prevalencia de ingesta por debajo de la recomendación fueron calcio, hierro, zinc, vitamina A y C (15)(16).</p> <p>Acorde a los datos reportados en EAN-CABA, el 90,7% de las mujeres afirmaron haber recibido información sobre la importancia de consumir una alimentación saludable en el embarazo. La información fue brindada por un médico (67,2%) y en menor medida por otro integrante del equipo de salud (12,4%), un familiar, amigo o vecino (10,6%), los medios de comunicación (6,4%) y la escuela o institución educativa (3,5%). (17)</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>0,95). Sin embargo, una evidencia de certeza moderada indica que probablemente las intervenciones nutricionales, de ejercicio o ambas previenen la hipertensión en el embarazo (RR = 0,70) (5).</p> <p>La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) propone el uso del indicador Diversidad Mínima Dietética para mujeres (MDD-W). Es un indicador dicotómico de si las mujeres de 15 a 49 años han consumido al menos cinco de diez grupos de alimentos definidos el día o noche anterior. Refleja una dimensión clave de la calidad de la dieta: Adecuación de micronutrientes (vitamina A, tiamina, riboflavina, niacina, vitamina B6, folato, vitamina B12, vitamina C, calcio, hierro y zinc). Los 10 grupos alimentarios contemplados por el mismo son: granos y tubérculos, legumbres, semillas y frutos secos, lácteos, carnes, huevos, verduras de hoja verde, frutas y verduras ricas en vitamina A, otras frutas y, otras verduras (14).</p>			
7.	Hidratación	<p>El embarazo se caracteriza por cambios fisiológicos que impactan en las funciones relacionadas al metabolismo del agua, tales como el vaciado gástrico lento, la disminución de la motilidad intestinal, el aumento del volumen sanguíneo, y el incremento de la tasa de filtración glomerular.</p> <p>Los factores que incrementan las necesidades de agua en el embarazo son la presencia de náuseas y vómitos, especialmente en el primer trimestre de embarazo, lo cual limita la ingesta y aumenta las pérdidas; las condiciones ambientales como climas cálidos o húmedos, la realización de actividad física y el tipo de dieta.</p> <p>Cuando existe una ingesta baja de líquidos, los mecanismos compensatorios de la deficiencia de agua ocasionan una reducción en el flujo sanguíneo a los riñones del feto y limitan la producción de orina. Como consecuencia de la menor producción de orina fetal, ocurre oligohidramnios.</p>		x	<p>Al primer trimestre 2024 no se encuentran estadísticas acerca de la intervención hidratación para esta población.</p> <p>En cuanto al uso de bebidas diferentes al agua, en la ENNyS 2 se observó que el 32,9% de los adultos refirió haber consumido bebidas artificiales con azúcar al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses.</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>Una hidratación materna adecuada tiene un efecto significativo en el volumen del líquido amniótico. La deficiencia del 2-3% de agua corporal ocasiona un incremento significativo en la densidad de plasma sanguíneo. Esta situación se asocia a morbilidad durante la gestación: a) mayor riesgo de trombosis venosa, asociado con las alteraciones circulatorias que ocurren durante la gestación; b) reducción en los volúmenes urinarios, que incrementan el riesgo de infecciones urinarias; c) riesgo de producir menos líquido amniótico, y d) constipación, en asociación con alteraciones en el tránsito intestinal, que a su vez suele acompañarse con trastornos en la ingesta (18).</p>			
8.	Tabaco (activo y pasivo)	<p>El consumo de tabaco materno así como también la exposición al humo de tabaco ambiental, afectan tanto al feto como a la madre. Las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas (placenta previa, aborto, espontáneo, parto prematuro) y complicaciones del feto y recién nacido (bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal) (1).</p> <p>Estudios en distintos países muestran que, en general, el consumo de tabaco en el embarazo se asocia con algunos factores socio demográficos como: menor nivel socioeconómico, menor educación, ser madre soltera y tener una pareja fumadora (1).</p> <p>Respecto de la exposición al humo de tabaco durante el embarazo, en una revisión sistemática y metaanálisis se observó que la misma se asoció a una reducción de 33g o más en el peso de nacimiento, aumento del riesgo de bajo peso al nacer del 22% o más (estudios prospectivos OR = 1,32 vs estudios retrospectivos OR = 1,22). El riesgo de recién nacido pequeño para la edad gestacional (< percentil 10) fue asociado significativamente con la exposición al humo de tabaco en estudios retrospectivos (OR = 1,21).</p>			<p>Según datos de la ENNyS 2, el 8,3% de las mujeres fumaron durante el embarazo. Este porcentaje fue más elevado en las que tenían menor nivel educativo (10,4%) y menor en aquellas con secundario completo o más (5,2%). También se presentan diferencias con respecto a la cobertura de salud, entre las mujeres con cobertura pública y menor en aquellas con cobertura de OS o privada (11,0% vs 4,5%). Las mujeres pertenecientes al quintil 1 de ingreso fumaron durante el embarazo en un porcentaje significativamente mayor (14,0%) que las pertenecientes al quintil 5 (2,2%) (2).</p> <p>A nivel nacional, en el año 2022 se registraron en el SIP - G que el 7,8% de las madres fumaron durante el embarazo (3).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		Mientras que no hubo asociación respecto a la edad gestacional (19).			
9.	Alcohol y sustancias tóxicas	<p>El consumo de alcohol durante el embarazo tiene el potencial de producir efectos sobre la persona gestante/embarazo como aborto espontáneo, muerte fetal y restricción del crecimiento intrauterino. Así como efectos teratogénicos estructurales tales como microcefalia, alteraciones de migración y diferenciación neuronal, hipoplasia del cuerpo calloso, dismorfias faciales típicas, alteraciones oftalmológicas y cardiopatía congénita (20).</p> <p>Respecto de los efectos teratogénicos funcionales puede producir retraso global del desarrollo, déficit de atención con o sin hiperactividad, déficit del lenguaje, déficit procedimental, disfunción cerebelosa y alteraciones inmunológicas (20).</p> <p>En cuanto al peso de nacimiento, en una revisión sistemática el consumo materno de alcohol se asoció a bajo peso de nacimiento en estudios de cohorte retrospectivos (RR = 1,37). Mientras que no hubo asociación en estudios de cohorte prospectivos (RR = 1,11), ni de casos y controles (OR = 1,16) (21).</p>		x	De acuerdo a la ENNyS 2, el 79,6% de las mujeres refirió nunca haber consumido bebidas alcohólicas en el transcurso del embarazo. El 19,9% refirió haber consumido estas bebidas algunas veces y el 0,4% de manera frecuente (2).
10.	Consumo de cafeína	<p>Durante el embarazo, la tasa de metabolización de la cafeína en las madres disminuye significativamente, especialmente después del primer trimestre, y su metabolización aumenta de 2,5 a 4,5 horas hasta aproximadamente 15 horas hacia el final del embarazo. La cafeína por ser lipofílica atraviesa la barrera hematoplacentaria, sumado a que ni el feto ni la placenta tienen las enzimas para su metabolismo.</p> <p>Los estudios epidemiológicos demostraron que el consumo de cafeína durante el embarazo se asoció con retraso del</p>		x	<p>En 2015-2016 se caracterizó el consumo de cafeína en 1.947 mujeres adultas de 18 a 70 años en Argentina. El 37% de las mujeres en edad fértil excedió la ingesta de 300 mg/día y 52% la de 200 mg/día. En el percentil 90 estas mujeres consumieron 851 mg/día de cafeína.</p> <p>El mate cebado y el café resultaron los mayores contribuyentes a la ingesta diaria de cafeína, resultando Misiones y Corrientes las provincias con mayores ingestas (20)(23).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>crecimiento intrauterino (RCIU)/ bajo peso al nacer, subfertilidad y aborto espontáneo (22).</p> <p>La alta ingesta de cafeína (más de 300 mg) se asocia probablemente con un riesgo mayor de peso bajo al nacer que una ingesta baja de cafeína o sin cafeína (OR = 1,38). Respecto de la pérdida del embarazo, toda ingesta de cafeína probablemente aumenta el riesgo, al compararla con los grupos de referencia (ninguna exposición) (OR = 1,32). Sin embargo, la pérdida del embarazo es probablemente más frecuente en las embarazadas con una ingesta moderada de cafeína (OR = 1,28) y con una ingesta alta (OR = 1,60), pero no más frecuente con una ingesta baja de cafeína (OR = 1,04) (5).</p> <p>La recomendación actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg por día), disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo. Esto incluye cualquier producto, bebida o alimento que contenga cafeína (5).</p> <p>La ingesta excesiva de cafeína en personas gestantes puede conducir a efectos adversos, tales como ansiedad, irritabilidad, palpitaciones e insomnio (20).</p>			
11.	Actividad física	En las mujeres embarazadas y en puerperio, la actividad física durante el embarazo y el postparto aporta beneficios para la salud materna y fetal: menor riesgo de preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes gestacional, aumento excesivo de peso durante el embarazo, complicaciones en el parto y depresión postparto, y menos complicaciones neonatales, ausencia de efectos nocivos en el peso al nacer y ausencia de un incremento del riesgo de muerte fetal (24).		x	<p>Según datos de la 4ta ENFR, la prevalencia de actividad física baja en mujeres de 18 años o más fue de 46,6%, la categoría incorpora personas sin actividad reportada o menor a 3 o menor a 20 minutos en la semana (9).</p> <p>Acorde a la EAN-CABA el 65,1% de las mujeres afirmaron haber recibido información sobre la importancia de hacer actividad física moderada en el embarazo. La información fue brindada por un médico (80,9%) y en menor medida por otro integrante del</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>Las Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios recomiendan a todas las mujeres embarazadas y en puerperio sin contraindicaciones: (24)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una actividad física regular durante el embarazo y el postparto. - Hacer como mínimo 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada cada semana con el fin de obtener beneficios notables para la salud. - Incorporar varias actividades aeróbicas y de fortalecimiento muscular. También puede resultar beneficioso añadir estiramientos moderados. 			<p>equipo de salud (7,3%), un familiar, amigo o vecino (4,9%), los medios de comunicación (4,3%) y la escuela o institución educativa (2,5%)(17).</p> <p>Al primer trimestre 2024 no se encuentran estadísticas a nivel país acerca de la intervención en esta población.</p>
12.	Preparación integral para la maternidad	<p>El propósito de la Preparación Integral para la Maternidad es apoyar, acompañar y generar la mejor vivencia de la maternidad en las futuras madres y sus familias, esto incluye poder crear un ambiente de apoyo donde los mismos puedan ejercer el derecho a estar informados.</p> <p>El objetivo es lograr un proceso que permita a la embarazada y su familia conocer en forma integral los temas anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y físicos del embarazo. Facilitar una mejor preparación física y psíquica para su desempeño durante el embarazo, parto y puerperio, lactancia y, en la atención del futuro hijo. Brindarles el soporte necesario para que estos períodos sean transcurridos sin temor y en forma eficaz.</p> <p>De acuerdo a las Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal, se proponen encuentros grupales a partir de la semana 27 de gestación, con un equipo interdisciplinario compuesto por obstetra, pediatra, psicólogo, trabajadora social, kinesiólogo, nutricionista y enfermero (1).</p> <p>Debido a la fragmentación y descentralización del sistema de salud, se observa ausencia de protocolos y planes de acción; lo cual se ve reflejado en la disparidad de estrategias para la</p>	x		<p>Según datos reportados en la ENNyS 2, el 61,4% de las mujeres recibieron información sobre la LM durante los controles o durante el curso parto, sin diferencias según las características sociodemográficas (2).</p> <p>Al primer trimestre 2024 no se encuentran estadísticas acerca de la intervención preparación integral para la maternidad.</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		intervención, así como la ausencia de datos que permitan cuantificarla.			
13.	Adecuación del control en embarazadas adolescentes	<p>El embarazo en la adolescencia afecta profundamente la trayectoria de vida de las niñas. Además de afectar su desarrollo psicosocial, lleva a resultados precarios en materia de salud para las niñas y sus hijos, repercute de manera negativa en sus oportunidades educativas y de empleo, y contribuye a la perpetuación de los ciclos intergeneracionales de salud precaria y de pobreza (25).</p> <p>El embarazo en la adolescencia es un reflejo de diversos factores individuales, relacionales y sociales que interactúan entre sí y contribuyen a una mayor vulnerabilidad y un menor acceso a la información, los servicios e insumos, incluidos métodos anticonceptivos (26).</p> <p>En Argentina se implementó el Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan Enia), a partir de una visión integral del problema, con perspectiva de derechos y enfoque de género. Sus acciones se basan en 4 objetivos: a) Sensibilizar sobre la importancia de prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia. b) Potenciar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. c) Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos en forma gratuita en los servicios de salud. d) Fortalecer la prevención del abuso, la violencia sexual, el embarazo forzado y el acceso a la interrupción del embarazo (IVE-ILE) (27).</p>	x	x	<p>Durante el año 2019, se registraron 71.741 nacimientos de personas adolescentes, los cuales representan el 11,5% del total de nacimientos (29). La tasa de fecundidad adolescente total durante el 2019 en Argentina fue de 20,9 por mil adolescentes (29). Las provincias argentinas que presentaron una mayor tasa fueron Chaco, Misiones, Formosa, Corrientes y Santiago del Estero, por lo que se refleja que la maternidad temprana es en gran medida el resultado de la exclusión social (29).</p> <p>Se observa una disminución en la evolución de las tasas de fecundidad entre el 2005 y 2019 del 35% para la tasa de fecundidad adolescente. (-30% en la tasa de fecundidad temprana y -36% en la tasa de fecundidad tardía) (29).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>Las madres adolescentes (entre los 10 y los 19 años) enfrentan un mayor riesgo de tener endometriosis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres en el grupo de edad entre los 20 y los 24 años, y los bebés de madres adolescentes enfrentan riesgos más elevados de nacer de manera prematura y tener bajo peso al nacer o trastornos neonatales graves (25).</p> <p>En un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Uruguay, se evaluaron 114.564 embarazos, de los que 21.486 (18,75%) correspondieron a nacimientos en adolescentes. Se observó que el embarazo en adolescentes implica mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino (RR = 1,32), parto instrumentado (RR = 1,37), parto pretérmino (RR = 1,18), afectación neonatal (RR = 1,34), pequeños para la edad gestacional (RR = 1,22) y síndrome preeclampsia-eclampsia (RR = 1,06) (28).</p>			
14.	Uso de medicamentos	<p>Dependiendo del momento en el que tenga lugar la exposición, el efecto de los distintos medicamentos sobre el desarrollo fetal puede diferir. Así, algunos productos farmacológicos son capaces de interferir en el desarrollo embrionario (10 primeras semanas de gestación contando desde la fecha de última menstruación) y causar alteraciones morfológicas (físicas), que es lo que se ha denominado efecto teratogénico. Sin embargo, durante las siguientes 30 semanas algunos fármacos pueden alterar tanto la maduración de los diferentes órganos como inducir la destrucción de ciertos tejidos (fundamentalmente a través de la alteración del flujo sanguíneo). Este tipo de efectos adversos pueden dar lugar a aparentes malformaciones (por destrucción de estructuras o disrupciones), retraso del crecimiento intrauterino, muerte fetal intrauterina, disfunciones de diferentes órganos o sistemas (neurológica, renal, cardíaca), e incluso, cuando el tratamiento tiene lugar en momentos cercanos al parto, síntomas de toxicidad</p>	x	x	<p>En un estudio descriptivo, prospectivo realizado en Hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, se evaluó el uso de fármacos durante la gestación. Fueron incluidas 1338 mujeres, de las cuales el 81,9 % utilizó medicamentos aparte del ácido fólico y hierro indicados habitualmente como profilaxis (32).</p> <p>La automedicación fue del 32,3 %. El uso de medicamentos considerados de alto riesgo por la FDA fue del 21,5 %. La incidencia de malformaciones detectadas fue del 0,6% (32).</p> <p>En cuanto al uso de medicamentos, el estudio mostró un incremento del uso en mujeres mayores, con un alto nivel educativo y socioeconómico (32).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>neonatal o síndromes de abstinencia (sedación, hipoglucemia, alteración de la termorregulación, temblores, convulsiones, etc.) (30).</p> <p>Los fármacos prescritos con mayor frecuencia se pueden administrar con relativa seguridad durante el embarazo, indicando los estrictamente necesarios, prefiriendo los de seguridad comprobada, utilizando la mejor dosis eficaz posible y vigilando sus efectos colaterales y complicaciones (31).</p>			
15.	Periodo intergenésico adecuado	<p>Se considera como periodo intergenésico adecuado cuando transcurren como mínimo 24 meses entre las gestaciones. Un intervalo intergenésico menor a 2 años, pero especialmente menor a los 6 meses, aumenta el riesgo de prematuridad en el embarazo siguiente. (OR = 1,22) (1).</p> <p>Si bien la anticoncepción es importante a lo largo de toda la vida reproductiva de una persona, la anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO) facilita la reducción de los intervalos intergenésicos cortos con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna.</p> <p>Desde una perspectiva pediátrica, los intervalos cortos entre nacimientos se asocian con un mayor riesgo de mortalidad neonatal, mortalidad infantil, muertes en niños menores de 5 años y desnutrición infantil.</p> <p>Desde un punto de vista obstétrico, se han asociado intervalos entre nacimientos cortos con mayor riesgo de parto prematuro, nacimiento de un bebé pequeño para la edad gestacional y de aborto espontáneo. Además el uso de la anticoncepción segura moderna y, en lo posible de larga duración, podría evitar el 32% de las muertes maternas mediante la prevención de partos inseguros, así como abortos (33).</p>	x	x	Según datos del SIP, en 2019 en Argentina, el 19,8 % de los nacimientos ocurrieron en un intervalo intergenésico menor a 2 años (34).

Intervenciones durante el embarazo y puerperio

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
16.	Manejo de complicaciones (Patologías asociadas)	<p>La diabetes gestacional (DG) es la complicación metabólica más frecuente del embarazo, cuya prevalencia es muy variable según los distintos estudios, según las poblaciones y criterios diagnósticos utilizados.</p> <p>La DG suele ser indicativa de una disfunción subyacente de las células β del páncreas, lo que implica un marcado aumento del riesgo de desarrollar Diabetes Tipo 2 después del embarazo y el riesgo de complicaciones obstétricas y feto-neonatales (35).</p> <p>En una revisión sistemática y metaanálisis se observó que las mujeres con DG sin uso de insulina tuvieron mayores probabilidades de cesárea (OR = 1,16), parto prematuro (OR = 1,51), disminución en la puntuación Apgar (OR = 1,43), macrosomía (OR = 1,70) y recién nacido grande para la edad gestacional (OR = 1,57). En estudios de mujeres con DG y uso de insulina respecto de aquellas sin diabetes, fueron mayores las probabilidades de tener un bebé grande para la edad gestacional (OR = 1,61), o con síndrome de dificultad respiratoria (OR = 1,57) o ictericia neonatal (OR = 1,28), o que requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (OR = 2,29). No se encontró evidencia clara de diferencias en las probabilidades de parto instrumental, distocia de hombros, hemorragia posparto, muerte fetal, muerte neonatal, puntuación de Apgar baja a los cinco minutos, bajo peso al nacer y tamaño pequeño para la edad gestacional entre mujeres con y sin diabetes mellitus gestacional después del ajuste. para factores de confusión(36).</p> <p>Los trastornos hipertensivos del embarazo son causas importantes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal y se estima que cerca de un cuarto de las defunciones y las morbilidades extremas maternas se debe a la preeclampsia y la eclampsia.</p>		x	<p>La evidencia sobre la prevalencia de DG provino de un estudio multicéntrico observacional de cohorte publicado en el año 2020 que incluyó a 1.037 embarazadas, entre 2012 y 2015. Utilizando los criterios diagnósticos de ALAD, se observó que la prevalencia fue del 9,8 % (35).</p> <p>En Argentina, los trastornos hipertensivos del embarazo y la preeclampsia constituyen la causa de 0,5/10.000 nacidos vivos de mortalidad materna (38).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>En un estudio de cohorte de embarazos sin antecedentes de hipertensión crónica se observó que el riesgo de muerte fetal fue de 3,6/1000 en general y de 5,2/1000 entre los embarazos con preeclampsia (RR = 1,45). Sin embargo, el riesgo relativo de muerte fetal fue notablemente elevado con preeclampsia al comienzo del embarazo. En la semana 26 hubo 11,6 muertes fetales por cada 1.000 embarazos con preeclampsia, en comparación con 0,1 muertes fetales por cada 1.000 embarazos sin preeclampsia. El riesgo fetal con preeclampsia disminuyó a medida que avanzaba el embarazo, pero a las 34 semanas seguía siendo más de siete veces mayor que el de los embarazos sin preeclampsia (37).</p> <p>El cribado prenatal de la preeclampsia constituye una parte esencial de una buena atención prenatal. Se realiza de manera sistemática con la medición de la presión arterial materna y la vigilancia de la proteinuria en cada contacto de atención prenatal y, al detectar la preeclampsia es indispensable un manejo específico que prevenga la eclampsia y otros resultados maternos y perinatales desfavorables (5).</p>			
17.	Parto humanizado	<p>El parto respetado o humanizado es el derecho de todas las mujeres y personas gestantes a acceder a la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y posparto en el marco del respeto de los derechos humanos y en consonancia con las necesidades y deseos de la madre o persona gestante que atraviesa el parto. Implica el reconocimiento de un espacio respetado, deseado, de intimidad y de protagonismo para el/la bebé y la madre o persona gestante, donde el nacimiento y recepción se desarrolle de la manera más cuidada y placentera posible (39).</p> <p>En Argentina este derecho se encuentra protegido por la Ley N° 25.929 y su reglamentación (decreto 2035/2015).</p>	x		<p>Acorde al informe del Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género del Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad de la Nación, durante el periodo que abarca el 2015 hasta el primer trimestre de 2022, se identificaron como violencia obstétrica un total de 257 comunicaciones.</p> <p>La provincia de Buenos Aires concentró el 67,7% de las comunicaciones, seguido de CABA (9,4%) y Mendoza (6,3%).</p> <p>El principal tipo de violencia que se ejerció fue la psicológica en un 79%, mientras que la simbólica se identificó en un 46,6% y la física alcanzó al 39,7% (39).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
18.	Cesárea	<p>Desde 1985, existe consenso internacional al considerar que la prevalencia ideal de cesárea en un país debe oscilar entre el 10% y el 15%. Sin embargo, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.</p> <p>La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. No obstante, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (40).</p> <p>En un estudio retrospectivo observaron que la incidencia de complicaciones fue del 18% en las cesáreas vs 6% en los partos (RR = 3,1). La incidencia de las complicaciones mayores fue del 9% en las cesáreas y del 3% en los partos (RR = 2,7) y la incidencia de las complicaciones menores fue del 9% en las cesáreas y del 3% en los partos (RR = 3,5). La tasa de reingreso fue del 2% en las cesáreas y del 1% en los partos (RR = 1,8).</p> <p>Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de herida (7,5%), la transfusión de sangre (5,3%) y la hemorragia (3,1%) (41).</p>			<p>A nivel país la tasa de cesárea en 2022 fue de 43,3% (3).</p> <p>Observándose tasas más altas en las provincias de Catamarca (56,8%), La Rioja (56,5%), Tucumán (55,8%), La Pampa (55,3%), Formosa (55,1%), Santa Cruz (54,6%) y Tierra del Fuego (51,6%) (3).</p> <p>La evolución de la tasa de cesárea desde el año 2010 (28,2%) al 2022 (43,3%), refleja un incremento continuó, con una razón de tasas de 1,5 (3).</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>La proporción de cesáreas a nivel de población es una medida del nivel de acceso a esta intervención y de su uso. Puede funcionar como guía para que los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas evalúen los avances en la salud maternoinfantil y controlen la atención obstétrica de emergencia y la utilización de los recursos. El costo es un factor importante en el acceso equitativo a la atención materna y neonatal, ya que las cesáreas representan un gasto significativo para los sistemas sanitarios ya de por sí sobrecargados e incluso debilitados (40).</p>			
19.	Depresión post parto	<p>La depresión postparto (DPP), también denominada depresión puerperal, es un problema frecuente en las madres durante el primer mes después del nacimiento, aunque también puede extenderse hasta los primeros tres meses después del parto.</p> <p>Los datos a nivel mundial señalan que su frecuencia oscila entre el 10% y el 20%, aunque puede ser mayor y alcanzar el 26%, que ocurren en madres adolescentes, solteras, y más especialmente, en las que tienen una baja situación social, pobreza, desnutrición y escasa educación (42).</p> <p>La repercusión de este trastorno con depresión afecta especialmente al bienestar de la madre, aunque también puede tener escasos cuidados a su hijo desde los primeros días del nacimiento.</p> <p>El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) señala que el trastorno psiquiátrico depresivo de mayor importancia, es cuando los síntomas ya se pueden observar durante el embarazo, mientras que las que tienen un menor riesgo presentan una depresión postparto, que suele aparecer en las primeras semanas después del nacimiento (42).</p>		x	<p>Según un estudio de la UNLP sobre una muestra de madres cordobesas, la prevalencia de sintomatología de DPP en la muestra recolectada fue del 42%, y entre los factores de riesgo primaron las problemáticas sociales y familiares (43).</p> <p>Al primer trimestre 2024 no se encuentran estadísticas a nivel país respecto de la intervención.</p>

Intervenciones durante el embarazo y puerperio					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		Las causas de la depresión posparto no están muy claras. Los trastornos que se pueden observar mayormente son: depresión en otro embarazo o en el postparto anterior, los síntomas que aparecen en la gestación actual, tristeza intensa, ansiedad, llanto frecuente, cambios de humor, irritabilidad, sensación de agobio, alteración del sueño, estrés por la ausencia del padre de su hijo durante el embarazo, ausencia de pareja luego del nacimiento y falta de apoyo de los familiares (42).			
20.	Bajada de leche	La leche comienza a ser producida en grandes cantidades entre los días 2 y 4 después del parto, provocando que los pechos se sientan llenos, este proceso es denominado la "bajada de leche". Sin embargo, diversos factores podrían disminuir o demorar el reflejo como por ejemplo, el parto por cesárea, el estrés y la demora en la puesta al pecho del recién nacido (44).		x	Al primer trimestre 2024 no se encuentran estadísticas acerca de la intervención.
21.	Controles de la mamá durante el puerperio	Desde el punto de vista clínico el puerperio se divide en diferentes momentos evolutivos (1): 1. Puerperio Inmediato: Comprende las primeras 24 hs posteriores al nacimiento. 2. Puerperio precoz: Abarca del 2do al 10mo día posnatales. 3. Puerperio alejado: Se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto. 4. Puerperio tardío: Abarca desde el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento. El Ministerio de Salud de la Nación recomienda tanto para partos por cesárea como vaginales, al menos dos controles: a los 7-10 días, y a los 21 días del nacimiento, en lo posible con el mismo profesional que controló el embarazo (45).	x		Respecto de los controles de la mamá, se observó que el 96,1% recibió revisión de salud inmediatamente después del nacimiento en el centro de salud o en la casa (46). Mientras que al evaluar las visitas de cuidado post natal en centros de salud o domicilio se encontró que el 20,4% no tuvo ninguna visita postnatal (46).

Intervenciones durante el embarazo y puerperio

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
22.	Licencia y derechos laborales de la mujer	<p>La maternidad segura, la atención de salud de la madre, y la supervivencia del recién nacido forman parte esencial de la propia vida. También son fundamentales para el trabajo decente y la productividad de las mujeres, así como para la igualdad de género en el trabajo. Por lo tanto, la protección de la maternidad es un derecho laboral fundamental y ha quedado consagrado en tratados universales fundamentales de derechos humanos (47).</p> <p>En Argentina la Ley N° 20.744 de Contrato de Trabajo (LCT) establece: "Queda prohibido el trabajo del personal femenino durante los cuarenta y cinco (45) días anteriores al parto y hasta cincuenta y tres (53) días después del mismo. No obstante, la trabajadora podrá optar por que se le reduzca la licencia anterior al parto, que en tal caso no podrá ser inferior a treinta (29) días; el resto del período total de licencia se acumulará al período de descanso posterior al parto. En caso de nacimiento pre-término se acumulará al descanso posterior todo el lapso de licencia que no se hubiere gozado antes del parto, de modo de completar los noventa y ocho (98) días" (48).</p> <p>"Toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por un lapso más prolongado" (48).</p> <p>Al primer trimestre 2024 se encuentra en debate modificaciones de la ley de contrato de trabajo, dentro del marco del proyecto de ley ómnibus. La misma propone cuarenta y cinco (45) días anteriores y posteriores al parto; la persona interesada podrá optar por reducir la licencia anterior al parto no inferior a diez (10) días; el resto del periodo se acumulará posterior al parto.</p>	x	x	<p>Casi 12% de las empresas indican que otorgan licencias por maternidad por encima del umbral que establece la Ley de Contrato de Trabajo (LCT).</p> <p>En la amplia mayoría de las empresas (88,1%) se otorgan licencias por maternidad remuneradas (para personas gestantes) estrictamente según lo que establece la LCT (90 días) (49).</p> <p>El 46,4% de las empresas declaran que realizan acciones para facilitar la lactancia materna.</p> <p>De las que declararon realizar acciones el 56,3% implementa horarios flexibles sin reducción de la jornada laboral, el 45% implementa reducción horaria de la jornada más allá de la establecida por la LCT, el 30,5% implementa teletrabajo y sólo 9,8% cuenta con salas de lactancia en el lugar del trabajo presencial (49).</p> <p>La tasa de actividad para la población de 14 años y más presenta un comportamiento distinto según el género, siendo del 52,2% para las mujeres y del 70,9% para los varones. Esto significa que las mujeres participan menos en el mundo laboral remunerado, con una brecha de 18,7 puntos porcentuales respecto de los varones.</p> <p>La tasa de informalidad es del 39,3% en las mujeres y del 34,6% en los varones, lo que representa una brecha de 4,7 puntos porcentuales (50).</p>

Intervenciones desde el nacimiento a los 6 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
23.	Ligadura oportuna de cordón umbilical	<p>El clampeo tardío del cordón es una práctica fisiológica y el clampeo temprano es una intervención que necesita ser justificada (51).</p> <p>Se recomienda la ligadura oportuna del cordón umbilical (como mínimo un minuto después del nacimiento) para obtener mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé. Esto beneficia tanto a neonatos a término como pretérmino, dado que la transferencia de sangre desde la placenta al recién nacido producirá un incremento de aproximadamente 50% en los depósitos de hierro corporal, cantidad que alcanza para prevenir su deficiencia en los primeros 6 meses y, probablemente, hasta el año de vida.</p> <p>En Argentina, esta estrategia sanitaria se refuerza mediante la elaboración y difusión de recomendaciones y capacitaciones, con el objetivo de implementarla en cada nacimiento (52).</p>	x	x	Al primer trimestre 2024 no se encuentran estadísticas acerca de la intervención.
24.	Lactancia materna en la primera hora de vida	<p>El contacto directo, inmediato e ininterrumpido del lactante con la piel de su madre y la iniciación de la lactancia materna en la primera hora de vida son importantes para el establecimiento de la lactancia materna y la supervivencia y el desarrollo neonatal e infantil. Comparado con los recién nacidos a quienes se empieza a dar el pecho en la primera hora de vida, el riesgo de morir a lo largo de los primeros 28 días de vida es un 33% superior en el caso de los bebés que empiezan a ser amamantados de 2 a 23 horas después de haber nacido, y de más del doble en el caso de los que empiezan a amamantar un día después de haber nacido o más tarde. La protección que brinda esa iniciación temprana se extiende hasta los seis meses (53).</p>	x	x	<p>En la segunda ENNyS, a nivel nacional se observó que el 56,4% de los RN fue puesto al pecho antes de la primera hora de vida (2).</p> <p>ENaLac 2022 indagó sobre el momento de la primera puesta al pecho. En el total del país el 67,1% de la muestra refirió haber sido colocado antes de la primera hora de vida. El 23,3% fué colocado al pecho entre la primera hora y el día de vida. Mientras que el 7% el momento de la primera puesta al pecho fué luego del primer día (54).</p>
25.	Estado nutricional y alimentación materna durante la lactancia	<p>Las necesidades nutricionales aumentan durante el periodo de lactancia, especialmente calorías, proteínas, vitaminas A y E, vitaminas hidrosolubles. En situaciones de inadecuada ingesta dietética materna la mayoría de los nutrientes, como el hierro, el cinc, el folato, el calcio y el cobre se siguen excretando en la leche en un nivel adecuado y estable, a expensas de los depósitos maternos, pudiendo afectar su estado nutricional (55).</p>		x	Según datos reportados en EAN-CABA, las principales inadecuaciones con respecto a las ingestas recomendadas de las madres de los niños de 0 a 6 meses fueron calcio, zinc, folatos, vitamina C y vitamina A, presentando una mayor prevalencia aquellas que estaba amamantando, como consecuencia de las mayores ingestas recomendadas en dicho período.

Intervenciones desde el nacimiento a los 6 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>Respecto de la composición de la leche materna, la evidencia sugiere que los ácidos grasos de la leche materna y varias vitaminas liposolubles e hidrosolubles están influenciados por la ingesta dietética materna. Mientras que la ingesta materna de DHA y aceite de pescado fue asociado con un mayor nivel de DHA en la leche humana, no es posible sacar conclusiones sólidas para la mayoría de los componentes nutricionales (carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales), debido a la calidad de la evidencia (56).</p> <p>En cuanto al estado nutricional materno, en una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de cohorte prospectivos, evaluaron su asociación con las prácticas de lactancia. Concluyeron que las mujeres con sobrepeso y obesidad tenían mayor probabilidad de tener prácticas subóptimas de lactancia, tales como fallo en el inicio de lactancia (Obesidad RR = 1,23), inicio de lactancia demorado (Sobrepeso RR = 1,93; Obesidad Mórbida RR = 2,06), lactancia materna exclusiva y mayor riesgo de cese temprano (Sobrepeso HR = 1,11; Obesidad HR = 1,23; Obesidad mórbida HR = 1,40) (57).</p>			<p>En relación con los indicadores antropométricos en las madres de niños de 0 a 6 meses, la prevalencia de bajo peso fue del 2,6%, mientras que el exceso de peso fue del 45,1% (28,6 % sobrepeso y el 16,5% obesidad). Se debe considerar que durante el período de lactancia las reservas corporales podrían estar aumentadas, condición que podría llevar a una sobreestimación del indicador (17).</p>
26.	Uso de fármacos	<p>Desaconsejar la lactancia debe basarse en el riesgo comprobado que un fármaco tenga en la salud del lactante o de la madre. En la práctica clínica son pocos los fármacos que contraindican la lactancia (58).</p> <p>Si la enfermedad materna exige tratamiento farmacológico durante la lactancia, se debe seleccionar un agente respecto del cual se haya reunido amplia experiencia; administrado en la dosis más baja posible y durante el período más breve compatible con un tratamiento eficaz (59).</p> <p>El Ministerio de Salud de la Nación recomienda antes de suspender la lactancia materna consultar a fuentes actualizadas tales como son la página del Hospital Marina Alta (de Alicante, España): www.e-lactancia.org y la página Toxnet (Toxicology Data</p>		x	<p>Al primer trimestre 2024 no se encuentran estadísticas acerca de la intervención.</p>

Intervenciones desde el nacimiento a los 6 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		Network) www.toxnet.nlm.nih.gov (+Select Database + LactMed) (60).			
27.	Lactancia Materna y leches de reemplazo.	<p>La lactancia materna es la alimentación ideal del lactante. Las recomendaciones actuales sugieren lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, es decir aquella en la cual el niño bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos. Mientras que se define a la lactancia materna parcial cuando recibe además de leche materna, leche de vaca o fórmula, cereales u otro tipo de alimentos.</p> <p>La práctica de amamantar a un niño al cuál la mujer no dió a luz, se conoce como nodriza. Actualmente se encuentra desaconsejado en nuestro país por el Ministerio de Salud, por posible contagio de infecciones.</p> <p>Un sucedáneo de la leche materna es todo alimento comercializado presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.</p> <p>En el año 1981, la Asamblea Mundial de la Salud (cuerpo político de la OMS) adoptó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna con el objetivo de proteger a todas las madres y a sus bebés de las prácticas inapropiadas de comercialización. En nuestro país forma parte de la Constitución Nacional y el Código de Alimentario Argentino.</p> <p>En aquellas circunstancias en las que está justificada la indicación de sucedáneos de leche materna, se deberá elegir la opción más adecuada teniendo en cuenta la edad, las condiciones socioeconómicas y la disponibilidad local. Las fórmulas infantiles son la primera opción cuando no es posible amamantar en menores de 6 meses de edad (61).</p>	x	x	<p>Al evaluar la LM de 0 a 6 meses, se observó que el 91,7% de las madres la practicaba, el 53,2% lo hacía de manera exclusiva y el 38,5% de manera parcial.</p> <p>Respecto de lactancia materna parcial se observa un aumento progresivo desde el segundo mes (38,5%) de vida al sexto (45,9%) (54).</p> <p>Al evaluar el tipo de leche utilizada en reemplazo de lactancia materna, se encontró que el 87% recibía leche de fórmula, mientras que el 12% recibía otras leches (54).</p> <p>Respecto del abandono de la lactancia materna la ENNyS 2 observó que entre aquellos niños que sí iniciaron la LM, los motivos más referidos fueron: “me quedé sin leche” (26,7%); “el niño dejó solo/a” (19,8%); “el niño/a se quedaba con hambre” (17,0%); “tuve que salir a trabajar” (10,9%) y dificultad para sostener la LM y otras tareas (10,6%) (2).</p> <p>En cuanto a la lactancia materna por nodriza, se observó que, esta práctica se encuentra presente en un 6,4% de la población observándose un mayor porcentaje en hogares con menor educación (8,3%) y una brecha muy pronunciada entre el primer y quinto quintil de ingresos (10,3% y 2,6% respectivamente) (2).</p>

Intervenciones desde el nacimiento a los 6 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
28.	Lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes	<p>Los beneficios de la leche materna, tanto desde la perspectiva nutricional como en su impacto sobre la salud integral de las infancias, son ampliamente reconocidos, contribuyendo al crecimiento, desarrollo y protección contra enfermedades. La lactancia humana es considerada una de las intervenciones más costo-efectivas, desde la perspectiva de salud pública, para reducir la morbi-mortalidad infantil.</p> <p>La alimentación con leche humana brinda a los lactantes los nutrientes que necesitan para su adecuado crecimiento y desarrollo, junto con componentes inmunológicos, células vivas (como glóbulos blancos), enzimas, hormonas, componentes antiinflamatorios. La leche humana y, en menor porcentaje la piel de la areola del pezón, contribuyen a la constitución de la flora intestinal del recién nacido.</p> <p>La alimentación con leche humana, en el corto y mediano plazo, reduce la mortalidad neonatal en un 22%, las diarreas en más de 50% y las enfermedades respiratorias en un 33%. Además, reduce el riesgo de alergias y la maloclusión dentaria. En bebés prematuros, disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante (62).</p> <p>Avanzando en el curso de vida, ejerce un efecto protector frente a la obesidad en la niñez y la adolescencia y la diabetes en la edad adulta. También se documentó una influencia favorable en el coeficiente intelectual.</p> <p>Estos beneficios son dosis-dependientes (aumentan en función de la intensidad, es decir exclusividad, y la duración que tuvo la lactancia) (62).</p>	x	x	<p>En la ENNyS 2, se estimó que el 43,7% de niños/as menores de 6 meses (hasta 180 días de vida) que se encontraban siendo alimentados en forma exclusiva al pecho (2).</p> <p>Al subdividir la población de menores de 6 meses por edad se observó una tendencia decreciente en la proporción de niños con LME siendo de 65,8% antes del mes de vida; 52,6% al mes de vida, 41,5% a los dos meses, 43,5% a los tres meses, 38,3% a los 4 meses y 31,4% al llegar a los 6 meses (2).</p> <p>Respecto de la prevalencia de LME, ENaLaC observó que a los 2 meses fue de 53,5%, a los 4 meses 49,6% y quienes continuaron con LME hasta los 6 meses el valor fue de 44,7% (54).</p>
29.	Lactancia materna durante la enfermedad	<p>La lactancia materna se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas. (63).</p> <p>Respecto a la enfermedad febril aguda, existe una correlación inversa entre la LM y ésta durante los primeros meses de vida. (63).</p>		x	<p>De acuerdo a los datos reportados en EAN-CABA, el 37,2% de las madres recibió información sobre los cuidados en caso que el niño tenga diarrea, principalmente por parte del médico (89,4%) (17).</p>

Intervenciones desde el nacimiento a los 6 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>En relación a las infecciones respiratorias, comparado con aquellos niños con LME durante los primeros seis meses de vida, los niños no amamantados presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía.</p> <p>El riesgo de hospitalización por infección respiratoria baja durante el primer año de vida disminuye un 72% en niños alimentados con LME por al menos 4 meses. La severidad de la bronquiolitis por virus sincicial es un 74% menor en aquellos niños con LME por al menos 4 meses comparado con aquellos niños alimentados con lactancia parcial o fórmula exclusiva (63).</p> <p>La lactancia materna se asocia a la disminución en la incidencia de infecciones, mientras que también en el caso de que el niño haya sido afectado se asocia a una disminución en el tiempo de hospitalización.</p> <p>Durante la enfermedad se recomienda continuar amamantando, debido a que reduce el riesgo de que la diarrea se prolongue y agrave, como así también para la prevención de la deshidratación (64).</p> <p>Durante la infección respiratoria aguda, la SAP recomienda siempre que sea posible, continuar la lactancia materna. Es importante observar al niño durante la alimentación para evaluar la coordinación entre los mecanismos de succión, deglución y respiración, y detectar/prevenir la aspiración de alimentos. Se recomienda mantener las fosas nasales despejadas, administrar pequeños volúmenes de alimento con frecuencia y establecer pausas periódicas para que pueda descansar (65).</p>			El 51,6% de las madres recibió información sobre los cuidados en caso que el niño tenga infección respiratoria baja, principalmente por parte del médico (94,5%) (17).
30.	Motivos de contraindicación de LM	<p>Existen algunas contraindicaciones documentadas (totales o parciales) como la galactosemia, el VIH o la fenilcetonuria, por lo cual el equipo de salud debe estar alerta y capacitado para no interferir innecesariamente con la lactancia.</p> <p>La LM determina un riesgo adicional de infección por VIH para el neonato. Éste se estima un incremento del riesgo del 15% en</p>	x	x	La tasa del grupo de 0 a 9 años, que mayoritariamente refleja la transmisión vertical de VIH, viene descendiendo consistentemente en ambos sexos. No obstante, en 2021 se reportaron 16 diagnósticos en varones y 14 en mujeres menores de diez años (68).

Intervenciones desde el nacimiento a los 6 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>aquellas madres con infección por VIH crónica y de hasta el 30% cuando la infección de la madre ocurre cerca del parto. El riesgo de infección por esta vía se incrementa con el tiempo de duración del amamantamiento y la alternativa de la alimentación mixta no reduce el riesgo. Garantizar la entrega de sucedáneos de leche materna para hijos de madres con infección por VIH e inhibidores de la prolactina, contribuirá a disminuir la transmisión vertical a su mínima expresión (66).</p> <p>Acorde a las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) en la Actualización 2021 del VII Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral postula que se contraindica la lactancia materna debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La lactancia materna aumenta el riesgo de transmisión perinatal. • En nuestro país, existen alternativas seguras, efectivas y gratuitas para alimentar en forma artificial al RN. • La terapia antirretroviral disminuye, pero no evita la transmisión del VIH por lactancia, aún en mujeres con carga viral plasmática no detectable. <p>En el caso excepcional de que la madre decida amamantar pese a contraindicación, se sugiere seguimiento estricto del binomio madre-hijo bajo supervisión médica con criterio de minimizar daños y posibles riesgos. No se dispone a nivel local de protocolos de seguimiento en este escenario, por lo que deberá definirse individualmente. Debe considerarse realizar una carga viral al niño expuesto dos meses después de suspender la lactancia (67).</p>			<p>La tasa de VIH en el grupo etario de 0 a 9 años durante el año 2022 fue de 0,2 cada 100.000 habitantes, de acuerdo a los casos notificados en el SNVS 2.0 (69).</p>

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
31.	Controles del bebe	<p>El control de salud del niño se enmarca en la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de NNyA, en un marco de Políticas Integradas de Cuidado dirigidas a la infancia. La Sociedad Argentina de Pediatría lo define como “un proceso longitudinal que se funda en una atención médica que considera a la familia y su entorno”.</p> <p>El Ministerio de Salud recomienda 4 controles durante el primer mes de vida: 1er control previo al alta hospitalaria, 2do control a las 48-72 hs del alta (4-5 días de vida), 3er control entre los 7-14 días de vida y 4to control al mes de vida.</p> <p>A partir del primer mes, 1 control mensual hasta los 12 meses de vida.</p> <p>Desde los 12 a 24 meses de vida se recomiendan controles trimestrales.</p> <p>La incorporación de este nuevo control a las 48-72 horas post alta, tiene como objetivo mejorar la vigilancia de la evolución del recién nacido durante la etapa de transición, su adaptación y la de su entorno para brindar los cuidados adecuados y proporcionar acciones oportunas para prevenir y tratar situaciones de riesgo (70).</p>	x		<p>Respecto de las revisiones postnatales para recién nacidos, acorde a la MICS 2019-2020, el 97,8% recibió una revisión de salud inmediatamente después del nacimiento en el centro de salud o en el hogar (46).</p> <p>En cuanto a las visitas de atención postnatal (excluyendo aquellas mientras se encuentra en el establecimiento o en el hogar luego del nacimiento), el 9,4% fue evaluado el mismo día, 2,5% un día después del nacimiento, 6,9% dos días después del nacimiento, 23,1% tres a seis días después del nacimiento, 49,9% después de la primera semana de nacimiento. Mientras que el 6,3% no recibió visita de cuidado post natal (46).</p> <p>En cuanto a los controles de salud en menores de 5 años, se encontró que en menores de 1 año el 15,7% de los niños asistieron a los controles de salud adecuados para su edad, mientras que, para menores de 2 años fue de 67,3% (46).</p>
32.	Cuidado sensible y cariñoso	<p>El cuidado cariñoso y sensible es el conjunto de condiciones que sientan las bases para la salud, la nutrición, la seguridad y la protección, así como para la prestación de una atención receptiva y las oportunidades para el aprendizaje temprano (71).</p> <p>Las experiencias tempranas tienen una repercusión profunda sobre el desarrollo infantil. Siendo el periodo desde el embarazo hasta los 3 años el momento de mayor susceptibilidad a las influencias del entorno. Estos efectos duran el resto de la niñez y se extienden a la adolescencia y la edad adulta (71).</p> <p>El cuidado cariñoso y sensible se basa en la presencia de 5 componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buena salud: siendo el resultado de que los cuidadores vigilen las condiciones físicas y emocionales de los niños, brinden respuestas afectuosas y apropiadas a sus 			<p>En 2022 se realizó un estudio de aplica un indicador multidimensional de cuidados según el marco Nurturing Care de la OMS y Unicef, en base Encuestas Nacionales poblacionales (MICS 2019-20 de Unicef y Siempro) que estima una media la Argentina fue de 68,5% (p5= 67,2 - p95= 69,4) de cuidados mínimos de salud, nutrición, seguridad y protección, oportunidad de aprendizajes, y atención receptiva que reciben niños y niñas de 3 y 4 años en conglomerados urbanos en Argentina como principales dimensiones de cuidado (72).</p> <p>Sobre la base de este trabajo, un segundo estudio predictivo estima la edad de 4 años como edad crítica para que niños/as tengan más probabilidad de tener niveles de desarrollo infantil adecuado, sumado a contar con un registro de nacimiento y</p>

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>necesidades, utilicen los servicios de prevención y promoción de la salud, y soliciten atención y tratamiento apropiado para las enfermedades.</p> <p>2. Nutrición adecuada: la nutrición materna durante el embarazo influye en la nutrición y crecimiento del feto en desarrollo. en los primeros meses de vida la lactancia materna exclusiva, el momento de inicio de la misma, así como el contacto piel a piel. Una vez alcanzados los 6 meses la introducción de alimentos complementarios frecuentes y variados permiten el aporte de micronutrientes necesarios para el rápido crecimiento del cerebro. Estos deben proporcionarse de manera que contemple la interacción social y emocional que implica alimentar a un niño. siendo la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria indispensables para una adecuada nutrición.</p> <p>3. Atención receptiva: incluye observar y responder a los movimientos, sonidos, gestos y peticiones verbales del niño, protegerlos de traumatismos y efectos negativos de la adversidad, reconocer las enfermedades y reaccionar a ellas, fomentar un aprendizaje enriquecedor; así como generar confianza y relaciones sociales.</p> <p>4. Oportunidades para el aprendizaje temprano: el aprendizaje es un mecanismo que permite a los seres humanos la adaptación a las circunstancias cambiantes. En los primeros años, las aptitudes y capacidades se adquieren de manera interpersonal, en la relación con otras personas, al sonreír, hacer contacto visual, hablar y cantar o mediante modelos, imitación y el juego. Brindando experiencias tempranas de aprendizaje social.</p> <p>5. Protección y seguridad: La niñez es una etapa de vulnerabilidad ante la imposibilidad de protegerse a sí mismo. La pobreza extrema y los bajos ingresos representan graves riesgos. Así como factores ambientales y la exposición a contaminantes. Las experiencias de castigos severos y violencia, pueden</p>			<p>actividades de estimulación temprana en el hogar como principales factores (73).</p>

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		programar los sistemas de respuesta del niño de manera que genere desajustes emocionales, mentales y sociales (71).			
33.	Alcohol y sustancias tóxicas	<p>El consumo de alcohol durante la lactancia bloquea la liberación de oxitocina, lo que resulta en una menor producción de leche y un menor reflejo de eyección. Se ha asociado con el cese temprano de la lactancia. El alcohol alcanza el nivel sanguíneo pico en la persona que amamanta entre los 30 y los 60 minutos posteriores a la ingesta. En el caso de consumos intensos, los niveles de alcohol resultan, inclusive, más elevados en la leche que en la sangre de quién amamanta.</p> <p>El cerebro infantil es extremadamente sensible al alcohol y pequeñas cantidades ingeridas durante el amamantamiento se acumulan en los lactantes, en quienes el alcohol es metabolizado y excretado más lentamente que en los adultos.</p> <p>Se han descrito alteraciones en los ciclos de sueño-vigilia de los lactantes, en el desarrollo y en el crecimiento infantil. Se ha reportado asimismo una fuerte relación inversamente proporcional entre la exposición crónica al alcohol en la leche humana y el índice de desarrollo psicomotor medido según las Escalas Bayley de desarrollo infantil a un año (20).</p> <p>La exposición al cannabis a través de la leche materna durante el primer mes de vida se asoció con una disminución del desarrollo motor. También con síntomas tales como sedación, retraso del crecimiento, hipotonía muscular y succión pobre (20).</p> <p>Tanto la cocaína como su principal metabolito –la Benzoilecgonina– están presentes en la leche humana. Existen casos reportados de intoxicaciones agudas en lactantes de consumidoras por vía intranasal y luego del uso de cocaína como anestésico local sobre el pezón.</p> <p>Los recién nacidos son particularmente sensibles a la cocaína debido a que el metabolismo está retrasado debido a la inmadurez del sistema de Colinesterasa (20).</p>	x	x	<p>En un estudio transversal realizado en la provincia de Córdoba (n=273) se observó que el 68,1% de las lactantes, indicaron no consumir alcohol. El 14,7% indicó consumir pocos sorbos, el 14,3% no más de un vaso y el 2,9% más de un vaso (74).</p> <p>En cuanto al consumo de alcohol durante la lactancia, EAN-CABA reportó que el 10,3% de las madres refirió haber consumido alcohol. En su mayor parte, este consumo registró una frecuencia menor a una vez por semana durante la lactancia (71,8%) (17).</p>

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
34.	Tabaquismo materno durante lactancia	<p>El tabaquismo materno y el humo de tabaco en el entorno del bebé después del nacimiento son los principales factores de riesgo para el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). La exposición al humo de tabaco ambiental disminuye los despertares fisiológicos y aumenta la incidencia de alergia respiratoria (20). Además, el tabaquismo materno aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro, ambos factores de riesgo para estas muertes súbitas infantiles (75).</p> <p>Con respecto al uso de terapia de reemplazo nicotínico en la lactancia, se describe que, con un parche transdérmico de 21 mg, la nicotina pasa a la leche materna en cantidades equivalentes a fumar 17 cigarrillos al día. Los parches con concentraciones más bajas (de 7 mg y 14 mg) producen la transferencia de cantidades de nicotina proporcionalmente inferiores a la persona amamantada. Sin embargo, la nicotina puede aumentar el riesgo de síndrome de muerte súbita e inesperada del lactante y podría interferir con su desarrollo pulmonar normal.</p> <p>En consecuencia, no se recomienda el empleo de ninguna forma de nicotina por parte de personas que amamantan (20).</p>		x	<p>Acorde a los datos informados por EAN-CABA, el 9,4% de las madres refirió haber fumado, en promedio $5,4 \pm 5,5$ cigarrillos diarios (17).</p> <p>Al primer trimestre 2024 no se encuentran estadísticas a nivel país acerca de la intervención.</p>
35.	Manejo del Sacaleche	<p>Al evaluar las razones de abandono de la lactancia materna antes de los dos años, una de las principales razones referidas por las madres fue "tuve que salir a trabajar".</p> <p>Dado que la licencia por maternidad solo contempla los primeros meses de vida del bebé, es necesario reforzar las prácticas que garanticen el sostén de la LM aun estando el binomio separado por varias horas. Por eso, además de que las instituciones laborales cuenten con Espacios Amigos de la LM, es necesario recomendar a los equipos de salud que alienten y capaciten a las mujeres a extraerse leche para que sus hijos no reciban otras leches en su ausencia (2).</p>			<p>Según la ENNyS 2, solo el 54,0% de las madres recibió información sobre la extracción de leche materna (2).</p> <p>En relación a la práctica de extracción de leche, entre las madres de menores de dos años, el 7,1% reportó sacarse leche para alimentar al hijo durante su ausencia. Este porcentaje fue menor en hogares donde el jefe tenía secundario incompleto (5,0%), en aquellos con sólo cobertura pública (5,1%) y superior en el quinto quintil de ingreso (19,0%) (2).</p>
36.	Continuación de lactancia materna	Se recomienda continuar la LM hasta los 2 años o más, debido a que contribuye al aporte de macro y micronutrientes, especialmente energía, proteínas y ácidos grasos esenciales, vitamina A, calcio y riboflavina.	x		La prevalencia de lactancia de niños entre los 12-15 meses acorde a la ENaLaC 2022 fue de 80,6 %, siendo que el 18,7% había sido destetado (54).

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
	(12 a 24 meses)	Durante el segundo año de vida, la LM continúa proporcionando protección inmune al niño a través inmunoglobulinas, hormonas, proteínas, oligosacáridos de la leche humana, glóbulos blancos, péptidos antimicrobianos, citocinas, quimiocinas, micro-ARN y bacterias comensales. Esta protección es particularmente importante en entornos donde la higiene es deficiente (76).			<p>Mientras que en un estudio realizado por CESNI a partir de la ENNyS 2, en el grupo de 12 a 23 meses, el 47,7% continúa con lactancia (77).</p> <p>En la ENNyS 2, observó un aumento progresivo en la prevalencia de destete siendo un 33% a los 12 meses de vida, 39% a los 18 meses, y finalmente 55% a los 24 meses (2).</p>
37.	Pautas de manipulación e higiene	<p>Mientras que la leche materna es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos. La mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos.</p> <p>Diversas circunstancias dificultan la alimentación en un ambiente seguro como el uso de agua de pozo contaminados con excrementos; mala higiene del hogar y el ambiente, falta de heladera o espacio seguro de almacenamiento, ausencia de cocina para esterilizar agua, como así también utensilios apropiados para higiene (78).</p>		x	<p>Según la ENNyS 2, los equipos de salud sólo enseñaron técnicas de higiene y manipulación de biberones al 34,7% de las familias; y, en aquellas que sí lo requerían porque fueron dadas de alta sin LME, sólo se educó a la mitad de la población (52,0% IC95%: 48,0-56,0) (2).</p> <p>Se indagó acerca de si las familias recibían información sobre pautas para los sobrantes de leche; el 27,8% de la población de menores de 2 años recibió esta información, observándose también un porcentaje bajo entre aquellos niños sin LME, que serían directos beneficiarios de este aprendizaje (41,2% IC95%: 37,4-45,2) (2).</p> <p>Respecto de los envases utilizados para almacenar leche materna, el 28,6% refirió utilizar frascos estériles de farmacia, el 61,7% biberones, el 5,6% bolsas especiales para leche materna y el 5,3% otros envases para alimentos (2).</p>
38.	Estimulación temprana	El desarrollo infantil es proceso de cambios a partir del cual, las niñas con y sin discapacidad, además de crecer van logrando conocer su cuerpo, realizar movimientos por sí mismas, sentarse, desplazarse, tomar objetos, reconocer y expresar sus emociones, aprender y/o ampliar sus posibilidades de comunicarse y su capacidad de simbolización, construir su pensamiento, reconocer y relacionarse con las demás personas y el mundo. Tiene un ritmo	x	x	<p>La Tasa de Asistencia a Centros de Primera Infancia o Centros de Desarrollo Infantil como jardín de infantes en niños de 0-11 meses fue de 1,4%. Mientras que en niños de 12 a 23 meses fue de 5,9% (46).</p> <p>Respecto de los recursos en las familias para utilizar con los niños, se observó que el 26,4% de niños y niñas de 0 a 1 año vivían</p>

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>diferente al del crecimiento: a veces es más rápido y por momentos pareciera que se vuelve más lento, pudiendo tener retrocesos (79).</p> <p>La familia y los entornos comunitarios (centros de primera infancia, jardines, escuelas, zonas de crianza comunitarias, centros de salud, clubes, centros comunitarios y culturales, entre otros), tienen un rol fundamental como facilitadores del desarrollo.</p> <p>Las interacciones que se dan entre los niños y los adultos en sus vidas se corresponden con indicadores sobre las actividades de atención cognitiva y socioemocional. Las actividades de atención cognitiva incluyen: leer, contar cuentos, contar números, dibujar y nombrar las cosas que rodean al niño.</p> <p>Mientras que, las actividades de atención socioemocional se refieren a la forma en que el niño aprende a conectar con otras personas por medio de interacciones sociales y emocionales durante su cuidado. Estas actividades incluyen jugar, cantar y pasear con el niño fuera de casa (80).</p>			<p>en hogares que tienen 3 libros infantiles o más, mientras que quienes contaban con 10 libros o más fue de 10,7% (46).</p> <p>Respecto del porcentaje de niños de 0 a 1 año que juegan con dos o más juguetes fue de 75,4% (46).</p> <p>En la ENNyS 1 se evaluaron distintas pautas madurativas seleccionadas de la herramienta para la edad y el uso de palabras mamá-papá (11).</p> <p>Las pautas que mostraron cumplimiento más tardío, teniendo en cuenta la edad correspondiente al p90 de la PRUNAPE fueron «come solo», «presión pinza superior» y «control de esfínteres diurno». Las pautas «presión pinza superior» y «reconoce 3 colores» fueron las que presentaron mayor desplazamiento hacia edades mayores, de acuerdo con los valores percentilares de la prueba (11).</p>
39.	Condiciones de alerta en el nacimiento (BP, Prematurez, AP, Peso Insuficiente)	<p>Según la OMS la duración del embarazo se mide en semanas completas a partir del primer día de la fecha de última menstruación. Se divide así a tres grupos entendiendo al término como todo RN entre las 37 y las 41 semanas. Prematuros o RNPT a los RN de 36 semanas o menos y postérmino a los de 42 semanas o más.</p> <p>El tamaño al nacer (peso, longitud y perímetro cefálico), constituye un resumen retrospectivo del crecimiento fetal y refleja el ambiente intrauterino (81).</p> <p>Se definen como situaciones de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo Peso al Nacer (BPN) expresa peso de nacimiento menor de 2500 g, cualquiera sea la edad gestacional (EG). - Bajo Peso para la Edad Gestacional (BPEG) define que dicho RN tiene un peso menor que el percentilo elegido por el observador. 	x	x	<p>Durante el año 2021 se registró un 9,03% de niños nacidos vivos pretérmino (menor de 37 semanas de gestación) (84).</p> <p>Respecto al peso de nacimiento se registraron 6,27% de niños nacidos vivos entre 1500g a 2499g, mientras que, quienes nacieron de menos de 1500g fue de 1,10% (84).</p>

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<ul style="list-style-type: none"> - Muy bajo peso al nacer: (MBPN) expresa peso de nacimiento menor de 1500 g, cualquiera sea la EG. - Extremo bajo peso al nacer (EBPN): expresa peso de nacimiento menor de 1000 g, cualquiera sea la edad gestacional (EG). <p>El peso al nacer es uno predictores de la mortalidad infantil. Los recién nacidos de MBPN contribuyen significativamente a la mortalidad neonatal (50 a 70%) e infantil (25 a 40%) en la región del Cono Sur de Sudamérica. En comparación con los recién nacidos que pesan 2.500g o más, en los países en desarrollo, los recién nacidos de BPN tienen 40 veces más riesgo de morir en el período neonatal, lo cual aumenta a 200 veces en aquellos niños con menos de 1.500g al nacimiento (82).</p> <p>El momento del parto, la primera hora de vida del recién nacido y los primeros días después del nacimiento son momentos críticos en los que se producen el 44% de las muertes fetales, el 73% de las muertes neonatales y el 61% de las muertes maternas. Aquellos nacidos prematuros que sobreviven al primer mes de vida continúan con mayor riesgo de morir en su primer año con respecto a las y los recién nacidos de término. Las complicaciones asociadas a la prematurez son la segunda causa de muerte en menores de 5 años (34).</p> <p>La deglución y coordinación de la succión-deglución-respiración comienzan a desarrollarse en la etapa fetal. La nutrición oral del prematuro se ve condicionada por la maduración del niño al momento del nacimiento. Ante el retraso del reflejo o trastornos oromotores puede ser necesario el uso de soporte nutricional, lo cual prolonga su estancia hospitalaria y aumenta su morbilidad (83).</p>			
40.	Uso de pantallas	Estudios basados en poblaciones de niños pequeños y preescolares muestran asociaciones entre el tiempo excesivo frente a pantallas y retrasos en sus habilidades cognitivas, lingüísticas y psicosociales, además del aumento en problemas de conducta.		x	En un estudio descriptivo, transversal (N: 160), realizado en Río Cuarto en 2016 evaluó el uso de pantallas en niños de 6 meses a 5 años (85).

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>El uso intensivo de pantalla durante esta etapa se asocia con aumentos pequeños pero significativos en el índice de masa corporal (IMC), que puede explicar el riesgo de obesidad en niños y preparar el escenario para el aumento de peso más adelante en la infancia (85).</p> <p>En cuanto al sueño, el mayor tiempo de exposición y/o la presencia de televisión, computadora o dispositivo móvil en el dormitorio en los primeros años de la infancia, se han asociado con menos minutos de sueño por noche. Bebés expuestos a pantallas digitales en el horario de la tarde muestran un sueño nocturno significativamente más corto que los que no tienen exposición durante la tarde. La exposición a la luz (especialmente la azul) y la actividad de las pantallas antes de acostarse afectan los niveles de melatonina y pueden retrasar o alterar el sueño (85).</p> <p>Respecto del desarrollo motor, existe evidencia emergente de varios países sobre una alta prevalencia de retraso, de aproximadamente el 15% para las habilidades motoras gruesas y hasta el 32% para las habilidades motoras finas (85).</p> <p>La Sociedad Argentina de Pediatría desaconseja el uso de tecnología en menores de 2 años, debido a que en esta etapa la adquisición de habilidades, su desarrollo y el aprendizaje se produce mediante la exploración del mundo físico a través de sus sentidos, sus habilidades motrices y el juego, esto sucede en tres dimensiones. Presentan dificultades para comprender lo que sucede en la virtualidad y relacionarlo con el mundo físico. Con excepción del videochat con familiares cuando un adulto esté disponible para acompañarlo.</p> <p>En caso de exposición a pesar de lo recomendado, en niños/as de 18 a 24 meses debe evitarse el uso sin supervisión, ya que se requiere el acompañamiento del adulto para decodificar los estímulos, seleccionar e interpretar los contenidos (co-visualización) (86).</p>			<p>Se encontró que antes de los 2 años, el 80,3% de los niños miraba televisión con ayuda de los padres, y el 37,4% utilizaba con ayuda pantallas táctiles (<i>tablet o smartphone</i>) (85).</p> <p>Los menores de 2 años utilizaron en promedio 46,66 minutos diarios de televisión, 16,34 minutos otras pantallas, mientras que los minutos utilizados en libros fue de 13,14 minutos al día (85).</p>

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
41.	Violencia	<p>La Convención sobre los Derechos del Niño define a la violencia en su artículo 19, como "...toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual...".El Comité de los Derechos del Niño ha profundizado en las lecturas e interpretaciones de este artículo, con las Observaciones Generales N°8 en 2006 sobre el derecho del niño a la protección contra los castigos corporales y otras formas de castigo crueles o degradantes y N°13 en 2011 sobre el Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia (87).</p> <p>El maltrato infantil y otras experiencias adversas durante la infancia pueden tener efectos profundos y duraderos sobre la arquitectura cerebral, el funcionamiento psicológico y la salud mental, los comportamientos de riesgo para la salud, las enfermedades no transmisibles y las transmisibles (88).</p> <p>Prevenir el maltrato infantil es fundamental para proteger su cerebro, mejorar su desarrollo en la primera infancia y sentar las bases para la salud y el bienestar durante toda la vida. Hay estrategias basadas en evidencia que abordan el contexto más amplio en el cual las personas maltratan a los niños y las niñas. Entre ellas está la atención receptiva y la disciplina no violenta, para crear interacciones positivas entre los cuidadores y los niños y las niñas (88).</p> <p>Los vínculos significativos de cuidado son aquellos respetuosos, libres de violencias, atentos, que interpretan y dan respuestas a las necesidades emocionales, perfiles sensoriales, funcionales y de aprendizaje. Estos aportan a la construcción de vínculos de apego que permiten a las niñas adquirir seguridad y confianza durante este curso de vida, dando forma a su interacción con el entorno y con los demás. De este modo, quienes ejercen roles de cuidado tienen la responsabilidad y el desafío de acompañar, facilitar, brindar apoyos adecuados y oportunos, y de respetar los tiempos singulares del desarrollo con buenos tratos. Es necesario tener en cuenta el conjunto de experiencias singulares, culturales,</p>	x	x	<p>Se evaluaron los métodos de disciplina infantil utilizados en niños de 1 a 2 años. El 42,1% experimentó algún método violento de disciplina. Siendo que el 33,5% de los niños padeció agresión psicológica, el 27,4% castigo físico, siendo severo en el 3,2% (87).</p>

Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses					
N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		sociales, así como las dimensiones de vulnerabilidad que pueden generar sufrimiento psicosocial, para la comprensión de los procesos de configuración de la salud mental, condición fundamental para el cuidado en el desarrollo infantil (79).			

Intervenciones desde los 6 a 12 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
42.	Lactancia Materna y leches de reemplazo	<p>Se recomienda continuar la LM hasta los 2 años o más, debido a que contribuye al aporte de macro y micronutrientes, especialmente energía, proteínas y ácidos grasos esenciales, vitamina A, calcio y riboflavina (76).</p> <p>Una revisión sistemática reciente informó que, en promedio, los niños amamantados de 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y 12 a 23 meses de edad recibieron el 77%, 63% y 44% de su energía de la leche materna, respectivamente.</p> <p>En países de ingresos bajos y medios, estudios sugieren que entre 15 y 18 meses la leche materna proporciona aproximadamente el 70% del requerimiento de vitamina A, el 40% de calcio y el 37% de su riboflavina (76).</p> <p>La leche materna también es un fuente importante de colina y omega-3 Ácidos grasos, como el ácido docosahexaenoico (DHA) y ácido alfa-linolénico, nutrientes fundamental para el desarrollo y la función del cerebro (76).</p> <p>Estas cualidades nutricionales de la LM son particularmente importantes en entornos de escasos recursos donde los principales alimentos complementarios son productos almidonados (76).</p> <p>Acorde a la última guía emitida por la OMS, para alimentación complementaria de lactantes y niños pequeños 6 a 23 meses de edad, se sugiere con calidad de evidencia baja, que es posible la alimentación con leche animal (excluyendo condensadas y endulzadas) cuando la lactancia no sea posible (76).</p>			<p>El grupo etéreo de 6 a 12 meses no fue contemplado en publicaciones nacionales (ENaLaC y ENNyS)</p> <p>Según un informe secundario realizado por CESNI a partir de los datos recabados en ENNyS 2, se observó que la prevalencia de lactancia de 6 a 11 meses fue de 68,6%. (77)</p>
43.	Inicio oportuno alimentación complementaria.	La alimentación complementaria (AC), definida como el proceso de proporcionar alimentos además de leche (materna o fórmula láctea) cuando por sí solos ya no son suficientes para satisfacer los requerimientos nutricionales, generalmente comienza a los 6 meses y continúa hasta 23 meses de edad, aunque amamantando puede continuar más allá de este período.		x	<p>En la ENNyS 1, a nivel país se observó que más del 70% de los niños incorporó algún alimento antes de los 6 meses de edad y que incluso el 25% lo hizo antes del 4to mes de vida (11).</p> <p>En un estudio secundario realizado por CESNI a partir de los datos de la ENNyS 2, se destaca que, en el día previo a la</p>

Intervenciones desde los 6 a 12 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>Las consecuencias inmediatas de desnutrición durante este periodo incluyen problemas de crecimiento, aumento de morbilidad y mortalidad, y retraso motor, desarrollo cognitivo y socioemocional (76).</p> <p>La introducción precoz de alimentos presenta el riesgo potencial de aumento de morbimortalidad debido a enfermedades gastrointestinales, incorporación de alimentos de menor calidad nutricional respecto de leche materna, desarrollo inadecuado para incorporar alimentos y riesgo de obesidad (76)(89).</p> <p>La introducción tardía de la AC implica el riesgo de carencias nutricionales, especialmente de hierro y zinc necesarios para el crecimiento, desarrollo de alergias e intolerancias alimentarias, peor aceptación de nuevas texturas y sabores, mayor posibilidad de alteración de las habilidades motoras orales (76)(89).</p> <p>La incorporación de alimentos durante esta etapa debe asegurar que no representen un riesgo para la salud del niño, evitando aquellos alimentos sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda entera, alimentos esféricos), alimentos ultraprocesados (galletitas, embutidos, gaseosas y jugos industrializados, etc), como así también la miel debido al riesgo de intoxicación por Clostridium botulinum (76)(89)(90).</p>			<p>encuesta, 9 de cada 10 niños/as de 6 a 8 meses consumieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (91,4 %) (77).</p> <p>La ENNyS 2 evaluó la incorporación de alimentos según grupo. La edad promedio de introducción de frutas y verduras fue de 5,5 meses. El alimento introducido más tempranamente fue el puré de verduras cocidas: puré de verduras cocidas 5,6 meses; espinaca o acelga 7,3 meses y el puré de frutas 5,7 meses. La edad promedio de introducción de alimentos del grupo "carnes y huevo" fue de 6,8 meses. Huevos (gallina/codorniz) 8,2 meses; carne vacuna 7,4 meses; pollo 7,2 meses; pescado 9,6 meses; morcilla 10,2 meses y el hígado 8,4 meses. Para el grupo de Cereales, legumbres, papa, pan y pastas la edad promedio de introducción fue de 6,2 meses. Siendo las legumbres las más tardíamente introducidas con un promedio de 9,1 meses. Al indagar sobre el momento de introducción de leches diferentes a la materna y yogur por separado, se observó que la edad promedio fue para yogur 6,3 meses y para leches diferentes de la materna, 4,1 meses (2).</p> <p>Respecto de la introducción de la miel la edad promedio a nivel país fue a los 10,8 meses (2). En cuanto a los motivos para la introducción de alimentos y/o bebidas en se encontró en primer lugar la indicación médica (67,7%) seguida de la propia iniciativa de la familia o cuidadores (25,7%) (2). Otros motivos que impulsaron el inicio fueron: el interés mostrado por el niño en la comida de los adultos (14,2%); la percepción por parte de los cuidadores de que el niño parecía tener hambre todo el tiempo (10,9%); el consejo de algún miembro de la familia (10,1%); niños que probaron una vez y les gustó mucho (9,1%); la sugerencia de otro miembro del equipo de salud (4,4%) (2).</p>

Intervenciones desde los 6 a 24 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
44.	Calidad nutricional	<p>Los bebés y los niños pequeños necesitan consumir una cantidad y variedad de alimentos para garantizar que se satisfagan sus necesidades nutricionales y para favorecer un crecimiento y desarrollo saludables. Una dieta carente de diversidad aumenta el riesgo de deficiencias de nutrientes, muchas de las cuales no pueden satisfacerse mediante suplementos nutricionales o productos alimenticios enriquecidos porque contienen sólo un subconjunto de los nutrientes esenciales y las sustancias bioactivas que se encuentran en los alimentos. Diferentes combinaciones de alimentos consumidos al mismo tiempo también pueden crear sinergias que faciliten la absorción de nutrientes importantes (76).</p> <p>La calidad nutricional es multidimensional que abarca tanto la cantidad como la diversidad alimentaria. Es por ello que se considera necesario un indicador compuesto que permita medir sus variables.</p> <p>Para ello la OMS propone una serie de indicadores que permiten evaluar la calidad nutricional del lactante y el niño pequeño (IYCF) (76).</p> <p>MDD - Diversidad dietética mínima: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 5 o más grupos alimentarios. Los grupos incluidos fueron: (I) cereales, raíces y tubérculos, (II) legumbres y nueces, (III) lácteos (IV) carnes, (V) huevos, (VI) frutas y vegetales ricos en vitamina A, (VII) otras frutas y vegetales. Han definido la diversidad dietética mínima (MDD) como el consumo de cinco de los ocho grupos.</p> <p>MMF - Frecuencia mínima de comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más. El número mínimo de veces se define como: 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses, 3</p>	x		<p>En un estudio secundario realizado con datos de la ENNyS 2 se observó en relación con la diversidad alimentaria, en promedio los niños/as de 6 a 23 meses consumieron $4,6 \pm 1,4$ grupos de alimentos diferentes y el 54,8 % acumuló al menos 5 grupos diferentes.</p> <p>Las legumbres, semillas y frutos secos presentaron menor frecuencia – el 3,6 % de los niños/as de 6 a 23 meses los consumió-, mientras que los productos lácteos y los cereales, los grupos con mayor frecuencia; consumidos por el 78,6 % y el 72,3 % de los niños/as, respectivamente (77).</p> <p>En 2015, un estudio en CAPS en Rosario, según indicadores Infant and young child feeding de la OMS, las desigualdades entre niños de mayor y menor poder adquisitivo, arrojaron resultados de diversidad alimentaria mínima fue de 45,3% vs. 70,7% ($p < 0,001$), la frecuencia mínima de comidas 74,5 vs. 98,0% ($p < 0,001$), la dieta mínima aceptable fue 41,5 vs. 70,7% ($p < 0,001$) y el consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro fue 66,0 vs. 93,9% ($p < 0,001$) (92).</p>

Intervenciones desde los 6 a 24 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>veces para niños amamantados de 9 a 23 meses, 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses.</p> <p>MAD - Dieta mínima aceptable: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna). Este indicador está definido como indicador de resumen, calculado a partir del indicador diversidad alimentaria mínima y frecuencia mínima de comidas (91).</p>			
45.	Alimentación perceptiva	<p>La alimentación perceptiva se define como aquellas prácticas de alimentación que fomentan que el niño coma de manera autónoma y en respuesta a factores fisiológicos y necesidades de desarrollo, que puedan fomentar la autorregulación en la alimentación, apoyo cognitivo, emocional y desarrollo social (76).</p> <p>La alimentación perceptiva involucra reciprocidad entre el niño y su cuidador durante la alimentación. Se basa en 3 pasos: las señales de hambre y saciedad emitidas por el niño a través de acciones motoras, expresiones faciales o vocalización; el cuidador reconoce esas señales y reacciona de manera que brinde apoyo emocional y adecuado al desarrollo; el niño experimenta una respuesta predecible a las señales.</p> <p>Según un estudio realizado en 2011, la alimentación que responde a las necesidades del niño promueve la aceptación de los alimentos y la ingesta adecuada por parte de este. Alimentar a los lactantes y a los niños de corta edad respondiendo a sus señales de hambre y saciedad en lugar de utilizar los alimentos como estrategia para tranquilizarlos puede mejorar las dinámicas de sueño, lo que a su vez ayudará a que el niño sea más activo físicamente mientras está despierto y a que autorregule mejor su apetito. En un análisis practicado en 2015, se concluyó que las prácticas alimentarias que responden a las necesidades del niño son las medidas más esperanzadoras para prevenir la obesidad en niños menores de 2 años. En entornos donde la subnutrición es prevalente, la falta de una alimentación que responda a las</p>		x	<p>En la ENNyS 2, al evaluar la frecuencia con que le permite al niño de 6 a 23 meses comer hasta que se muestra satisfecho (aunque parezca que comió poco o demasiado) se encontró que el 5,9% refirió nunca, el 14,1% algunas veces, el 11% casi siempre, mientras que el 68,8% refirió siempre (2).</p> <p>En cuanto a las estrategias utilizadas para aumentar la ingesta se observó que el 18,3% encuestados contestaron que algunas veces premiaban con gaseosas, golosinas, juguetes y otras cosas al niño cuando consideran que “comió bien”, mientras que el 3,8% lo hacía siempre y el 3,4% casi siempre (2).</p> <p>El 43,4% de los encuestados refieren que nunca realizaban juegos para distraer al niño y que coma más cantidad y el 33,7% respondió que a veces lo hacían (2).</p> <p>Respecto de la interacción del niño con el alimento, al 44,5% de los niños le permiten siempre agarrar solo la comida, al 25,9% de los niños los dejan agarrar la comida solo algunas veces (2).</p>

Intervenciones desde los 6 a 24 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		necesidades del niño aumenta el riesgo de que su crecimiento y su desarrollo no sean los más óptimos (76).			
46.	Consumo de productos ultraprocesados	<p>Los productos ultraprocesados son elaborados principalmente con ingredientes industriales, que normalmente contienen poco o ningún alimento entero. La mayoría de los ingredientes que contienen son aditivos, que incluyen, conservantes, estabilizantes, emulsionantes, disolventes, aglutinantes, aumentadores de volumen, edulcorantes, resaltadores sensoriales, saborizantes y colorantes.</p> <p>Se caracterizan por ser nutricionalmente desequilibrados (altos en grasas saturadas y/o "trans", azúcar, sal y escasos en fibra dietética y otros compuestos bioactivos), de alta densidad energética, fáciles de consumir, pudiendo crear hábitos de consumo y adicción, debido a que sus ingredientes y formulación son susceptibles de modificar los procesos endógenos que controlan la saciedad y el apetito (93).</p> <p>El consumo de estos productos en niños pequeños puede afectar de manera negativa, desplazando alimentos saludables y, puede estar asociado a desnutrición, sobrepeso y efectos cardiometabólicos adversos (76).</p> <p>En una revisión sistemática se observó que el consumo de bebidas azucaradas en los primeros años de vida se asocia a la obesidad posterior (OR = 2,99 [1,27 ; 7,00]). Otro estudio demostró que cualquier consumo de bebidas azucaradas en lactantes de 1 a 12 meses de edad respecto de ningún consumo se asoció a obesidad a los 6 años (OR = 1,71 [1,09 ; 2,68]) (76).</p> <p>En una revisión realizada por la OMS, se encontró evidencia mixta con respecto a la asociación de alimentos y bebidas no saludables con los resultados estudiados. Varios estudios encontraron que el consumo de bebidas azucaradas y alimentos poco saludables podría aumentar el IMC, el índice de masa corporal Z, el porcentaje de grasa corporal, la caries dental y las probabilidades de sobrepeso u obesidad. Sólo uno de cinco estudios encontró que el</p>	x		<p>Respecto del grupo de dulces y grasas (helados, postres lácteos envasados, miel y golosinas) en la ENNyS 2 se observó que probaron algún alimento de este grupo el 7,8% de los niños menores de 6 meses; el 73,3% de los niños de entre 6 a 11 meses; el 95,7% de los niños de entre 12 a 17 meses y el 97,7% niños de entre 18 a 23 meses (94).</p> <p>En cuanto a las gaseosas (tanto light como comunes), se observó que el promedio de edad de introducción fue de 10,5 meses.</p> <p>En cuanto a la sal, la edad promedio de introducción fue 7,0 meses (94).</p> <p>El estudio realizado por CESNI a partir de la ENNyS 2, se identificó que un 59,7 % de los niños/as de 6 a 23 meses el día previo consumió alimentos no saludables y la mitad (49,6 %) consumió bebidas dulces, cifra que asciende al 63,9% si se considera el uso de azúcar de mesa.</p> <p>Se encontraron diferencias en el consumo de bebidas dulces, y azúcar de mesa; su consumo disminuye a medida que aumentan los ingresos del hogar. El consumo de alimentos no saludables es más elevado a medida que aumentan los ingresos del hogar. (77)</p>

Intervenciones desde los 6 a 24 meses

N°	Intervención	Racional (fundamento)	Fuente		Prevalencia
			MN	EE	
		<p>consumo de bebidas con edulcorantes sin azúcar tuvo un resultado adverso (mayor IMC) (76).</p> <p>La recomendación actual para este grupo etario es evitar el consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas (76).</p>			
47.	Prevención de anemia	<p>Las estrategias de prevención que se realizan en el marco del Plan 1000 días contemplan: la Ley 25.630 (Fortificación de harina de trigo), prevención de anemia ferropénica durante el embarazo (suplementación con hierro y ácido fólico), ligadura oportuna del cordón umbilical, medidas de protección y promoción de lactancia (debido a su alto contenido y biodisponibilidad), diversificación y mejora de la calidad alimentaria y suplementación con sulfato ferroso a niños nacidos a término > 2500g (1 mg/kg/día) desde los 2 meses a 12 meses de vida.</p> <p>Aquellos niños nacidos a término con bajo peso (< 2500g) 1-2 mg/kg/día, iniciando el 1er mes hasta 12-18 meses de vida (52).</p>	x	x	<p>De acuerdo a los datos relevados en la ENNyS 1, la prevalencia de anemia en los niños y niñas argentinos de 6 a 23 meses fue de 34,1% (11).</p> <p>El 63,6% de los casos de anemia en niños y niñas de 6 a 23 meses fueron clasificados como de grado leve, 35% moderado y 1,3% severo (11).</p> <p>De los niños relevados, sólo el 54,5% tomó alguna vez suplemento de hierro (2).</p>
48.	Comensalidad	<p>Si bien la comida satisface necesidades biológicas de nutrición, comer con otras personas indica la pertenencia a determinados grupos culturales, religiosos, nacionales, familiares, de amistad, de trabajo, etc. Es así como la alimentación toma varias dimensiones (o significados) según los aspectos culturales, socioeconómicos, religiosos, políticos, vinculares, entre otros.</p> <p>La comensalidad es el espacio simbólico en el que el grupo social comparte y transmite sus valores y sentidos sociales, su identidad cultural. En ella se establecen, refuerzan y reeditan en cada comida las relaciones que sostienen a la familia y a la sociedad. Es un concepto que permite abarcar a la alimentación en su dimensión social y cultural.</p> <p>Implementar acciones que incentiven la comensalidad en los diversos ámbitos tiene múltiples beneficios a nivel social, educativo, emocional y de salud, y es una ventana de oportunidades para transmitir nuevos aprendizajes y afianzarlos (95).</p>		x	<p>Al consultar sobre la frecuencia con la cual el niño comía acompañado, el 92,0% de las madres o cuidadores respondieron que siempre comía acompañado, con diferencias entre el primer y quinto quintil de ingresos (91,8% y 96,7% respectivamente) (2).</p> <p>Respecto de la conversación en la comida, el 74,3% de las madres o cuidadores le hablaba al niño siempre durante la comida, observándose diferencias entre el primer quintil (69,6%) y el quinto quintil de ingresos (84,7%) (2).</p> <p>En cuanto al uso de pantallas durante las comidas el 55,0% de las madres respondió que el niño nunca miraba ningún tipo de pantalla mientras come (2).</p>

Bibliografía de la matriz

1. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e infancia, Área de Ginecología y Obstetricia. (2013). Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal.
2. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). 2o Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENNyS2. Indicadores seleccionados de salud y nutrición población materno-infantil. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/ennys2-indicadores-priorizados.pdf>
3. Ministerio de Salud Argentina. (2023). Indicadores básicos sobre Atención Perinatal a partir de datos de 2022 del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G). https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/anuario-sip-2023_0.pdf
4. Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Guía de Práctica Clínica Atención prenatal de bajo riesgo. Actualización de 8 recomendaciones priorizadas. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-07/GPC%20Atenci%C3%B3n%20Prenatal%20de%20Bajo%20Riesgo%202023.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Bolzán, A., Di Marzo, I., Mangialavori, G., & Duhau, M. (2022). Índice de masa corporal preconcepcional en 1079171 mujeres atendidas en hospitales públicos de las 24 provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2022000100074&lng=es&tlng=es.
7. Marshall, N. E., Abrams, B., Barbour, L. A., Catalano, P., Christian, P., Friedman, J. E., Hay, W. W., Hernandez, T. L., Krebs, N. F., Oken, E., Purnell, J. Q., Roberts, J. M., Soltani, H., Wallace, J., & Thornburg, K. L. (2022). The importance of nutrition in pregnancy and lactation: Lifelong consequences. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(5), 607-632. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.035>
8. Langley Evans, S. C., Pearce, J., & Ellis, S. (2022). Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: A narrative review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 35(2), 250-264. <https://doi.org/10.1111/jhn.12999>
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
10. Goldstein, R. F., Abell, S. K., Ranasinha, S., Misso, M., Boyle, J. A., Black, M. H., Li, N., Hu, G., Corrado, F., Rode, L., Kim, Y. J., Haugen, M., Song, W. O., Kim, M. H., Bogaerts, A., Devlieger, R., Chung, J. H., & Teede, H. J. (2017). Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 317(21), 2207. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3635>
11. Abeyá, E., Durán, P., Mangialavori, G., & Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2007). ENNyS. Encuesta nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-documento-de-resultados-2007>
12. Shi, H., Chen, L., Wang, Y., Sun, M., Guo, Y., Ma, S., Wang, X., Jiang, H., Wang, X., Lu, J., Ge, L., Dong, S., Zhuang, Y., Zhao, Y., Wei, Y., Ma, X., & Qiao, J. (2022). Severity of Anemia During Pregnancy and Adverse Maternal and Fetal Outcomes. *JAMA network open*, 5(2), e2147046. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.47046>
13. Perichart-Perera, O., Rodríguez-Cano, A. M., & Gutiérrez-Castrellón, P. (2023). Importancia de la suplementación en el embarazo: Papel de la suple-

- mentación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y multivitamínicos. *Gaceta Médica de México*, 156(93), 5577. <https://doi.org/10.24875/GMM.M20000434>
14. Minimum dietary diversity for women. (2021). FAO. <https://doi.org/10.4060/cb3434en>
 15. Zapata, M., Roviroso, A., Pueyrredón, P., Weill, F., Chamorro, V., Carella, B., Maciero, E., Olganero, G., & Carmuega, E. (2016). Situación alimentaria nutricional de las embarazadas y madres en periodo de lactancia de Argentina. *Diaeta (B. Aires)*, 34(155), 33-40.
 16. Abeyá, E., Durán, P., Mangialavori, G., & Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2007). ENNyS. Encuesta nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-documento-de-resultados-2007>
 17. EAN CABA
 18. Figueroa-Damián, R., Beltrán-Montoya, J., & Espino, S. (2013). Consumo de agua en el embarazo y lactancia. *Perinatología y Reproducción Humana*, Suppl:1(27), 24-30.
 19. Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J., & Coleman, T. (2008). Environmental tobacco smoke and fetal health: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 93(5), F351-F361. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.133553>
 20. Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Recomendaciones para la prevención del consumo perinatal de sustancias psicoactivas y para la contención y cuidado de las personas afectadas. Versión ampliada. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-prevencion-del-consumo-perinatal-de-sustancias-psicoactivas-y-para>
 21. Pereira, P. P. D. S., Mata, F. A. F. D., Figueiredo, A. C. M. G., Silva, R. B., & Pereira, M. G. (2019). Maternal Exposure to Alcohol and Low Birthweight: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 41(05), 333-347. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688905>
 22. Qian, J., Chen, Q., Ward, S. M., Duan, E., & Zhang, Y. (2020). Impacts of Caffeine during Pregnancy. *Trends in endocrinology and metabolism: TEM*, 31(3), 218–227. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2019.11.004>
 23. Carnevali de Falke, S., & Degrossi, M. (2017). Consumo excesivo de cafeína y eventuales poblaciones de riesgo Carnevali de Falke, Susana, & Degrossi, María Claudia. 25(3), 67-79.
 24. Organización Mundial de la Salud. (2020). Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: De un vistazo. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337004/9789240014817-spa.pdf?sequence=1>
 25. Ministerio de Salud, & Ciudad de Buenos Aires. (s. f.). Salud durante el embarazo. Control prenatal e información destacada. <https://buenosaires.gob.ar/salud-perinatal/salud-durante-el-embarazo>
 26. Organización Panamericana de la Salud. (2020). El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. [Reseña técnica]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53134>
 27. Ministerio de Salud Argentina, Ministerio de Educación, & Ministerio de Desarrollo Argentina. (2023). Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Informe anual de monitoreo 2022. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-07/Informe_MonitoreoEnia_ANUAL_2022_1172023.pdf
 28. Feldman, F., Recouso, J., Paller, L., Lauría, W., & Rey, G. (s. f.). Evaluación de las complicaciones del embarazo en adolescentes: Estudio de cohorte en

- Uruguay. Ginecología y Obstetricia de México, 87(10). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001100002
29. Secretaria Nacional de Niñez, adolescencia y familia., & Ministerio de Desarrollo Argentina. (2022). Indicadores de niñez y adolescencia Fecundidad adolescente Argentina 2019. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf_dngdi-indicadores_nna-fecundidad_adolescenc-arg2019_25_abr_2022.pdf
 30. Rodríguez-Pinilla, E., & Martínez-Frías, M. L. (2010). Tratamiento farmacológico de la mujer embarazada: Fármacos contraindicados durante la gestación. SEMERGEN - Medicina de Familia, 36(10), 579-585. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2010.09.003>
 31. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú, Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú, Universidad Mayor de San Marcos. Lima, Perú, Sandoval Paredes, J., Sandoval Paz, C., & Médica Serumista. (2018). Uso de fármacos durante el embarazo. Horizonte Médico (Lima), 18(2), 71-79. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.11>
 32. Marin, G., Cañas, M., & Homar, C. (2010). Uso de fármacos durante el período de gestación en embarazadas de Buenos Aires, Argentina. Revista de Salud Pública, 12(5), 722-731.
 33. Messina, A., Orrigo, A., Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, & Ministerio de Salud Argentina. (2021). Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/Guia_AIPEO_Anticoncepcion%20_inmediata_pos_evento_obstetrico.pdf
 34. Ávila, A., Balviano, S., & y col. (2021). Política integral para la prematurez. Ministerio de Salud Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/POL%C3%8DTICA%20INTEGRAL%20para%20la%20PREMATUREZ%202021.pdf>
 35. Cuetos, M., Di Marco, I., Nigri, C. y col (2023). Diagnóstico de diabetes gestacional. Puntos de corte. Protocolo nacional basado en evidencia. Ministerio de Salud Argentina. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-08/Protocolo_de_Diabetes_Gestacional_2023.pdf
 36. Ye, W., Luo, C., Huang, J., Li, C., Liu, Z., & Liu, F. (2022). Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. BMJ, e067946. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067946>
 37. Harmon, Q. E., Huang, L., Umbach, D. M., Klungsøyr, K., Engel, S. M., Magnus, P., Skjærven, R., Zhang, J., & Wilcox, A. J. (2015). Risk of Fetal Death With Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology, 125(3), 628-635. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000696>
 38. Sociedad Argentina de Cardiología. (2020, mayo). Position Paper ESC 2019 Hipertensión Arterial Periparto. <https://www.sac.org.ar/consejos-cientificos/position-paper-esc-2019-hipertension-arterial-periparto/>
 39. Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género. (2022). Violencia Obstétrica. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/fichasobs-violenciaobstetrica.pdf>
 40. Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
 41. Corona Gutiérrez, A. A., Teresa Higuera Sanz, M., & Cabero I Roura, L. (2008). Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. Progresos de Obstetricia y Ginecología, 51(12), 703-708. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)76311-8](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(08)76311-8)
 42. Ceriani Cernadas, J. (2020). Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. Archivos Argentinos de Pediatría, 118(3). <https://doi.org/10.5546/aap.2020.154>

43. Paolantonio, M. P., Manoiloff, M. L. V., & Faas, A. E. (2023). Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina). *Revista de Psicología*, 166. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe166>
44. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Ministerio de Salud de la Nación, Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2013). Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño. Módulo 3. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001254cnt-lactancia-promocion-apoyo-hamyn.pdf>
45. Ministerio de Salud. (s. f.). Los controles después del parto. [Argentina.gob.ar. https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/embarazo-parto-puerperio/puerperio/controles](https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/embarazo-parto-puerperio/puerperio/controles)
46. UNICEF. (2021). Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) 2019-2020. <https://www.unicef.org/argentina/media/12071/file/MICS%202019-2020.pdf>
47. La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo. (2016). Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf
48. LEY No 20.744. Ley de contrato de trabajo. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/norma.htm>
49. Subsecretaría de planificación, Estudios y Estadísticas. (2023). Encuesta de Indicadores Laborales. La agenda de Género en las empresas privadas. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/eil_modulo_de_genero_2022_informe_de_resultados_0.pdf
50. Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género. (2023). La participación de las mujeres en el trabajo, el ingreso y la producción. Segundo trimestre de 2022. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/01/informe-desigualdad_en_el_trabajo-igualar-segundo_trimestre_2022.pdf
51. Uranga, A., Urman, J., Lomuto, C., Martinez, I., & Weisburd, M. (2018). Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Unicef. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
52. Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Fierritas. Una estrategia para la prevención de la anemia infantil por deficiencia nutricional de hierro. Producción nacional y distribución de un complemento para niños y niñas de 6 a 24 meses. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/fierritas-estrategia-prevencion-anemia.pdf>
53. Organización Mundial de la Salud. (2019). Guía para la aplicación: Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/326162>
54. Ministerio de Salud de la Nación, & Dirección de Salud Perinatal y Niñez. (2022). Situación de la lactancia en la Argentina. Encuesta Nacional de Lactancia (ENaLac) 2022. <https://iah.salud.gob.ar/doc/803.pdf>
55. Ares Segura, S., Arena Ansótegui, J., & Díaz-Gómez, N. M. (2016). La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *Anales de Pediatría*, 84(6), 347.e1-347.e7. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.024>
56. Petersohn, I., Hellinga, A. H., Van Lee, L., Keukens, N., Bont, L., Hettinga, K. A., Feskens, E. J. M., & Brouwer-Brolsma, E. M. (2024). Maternal diet and human milk composition: An updated systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1320560. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1320560>

57. Garcia, A. H., Voortman, T., Baena, Cristina. P., Chowdhury, R., Muka, T., Jaspers, L., Warnakula, S., Tielemans, M. J., Troup, J., Bramer, W. M., Franco, O. H., & Van Den Hooven, E. H. (2016). Maternal weight status, diet, and supplement use as determinants of breastfeeding and complementary feeding: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition Reviews*, 74(8), 490-516. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw016>
58. Talayero, P., Díaz-Gómez, N., Rivera, L., Sánchez Palomares, M., & Escrivá, L. (2015). Medicamentos y lactancia materna. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(5), 239-242.
59. Asociación Médica del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez. (2002). Pasaje de Fármacos a la Leche Materna. Extractado del Vademécum Pediátrico del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". <https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/farmacos.pdf>
60. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, & Ministerio de Salud de la Nación, P. de la N. (2018). Recomendaciones para el control en salud de niñas y niños hasta los 6 años. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/ARG-CH-14-01-GUIDELINE-2018-esp-Recomendaciones-para-el-control-en-salud-de-ni%C3%B1as-y-ni%C3%B1os-hasta-los-6-a%C3%B1os.pdf>
61. Gonzalez, H., Carosella, M., & Fernandez, A. (2021). Riesgos nutricionales en lactantes que no reciben lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de la vida. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 119(6). <https://doi.org/10.5546/aap.2021.e582>
62. Arias, A., Cáceres, A., Carpinetti, L., Das Neves, P., & y col. (s. f.). Documento de trabajo. Protección de la lactancia humana: Hacia una regulación integral de la comercialización de sucedáneos en la Argentina. UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/media/18251/file/Protecci%C3%B3n%20de%20la%20lactancia%20humana.pdf>
63. Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1), 07-14. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
64. Aguilar Cordero, María José, Baena García, Laura, Sánchez López, Antonio Manuel, Guisado Barrilao, Rafael, Hermoso Rodríguez, Enrique, & Mur Villar, Norma. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 482-493. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.526>
65. Comité de Neumonología, Comité de Infectología, Comité de Medicina Interna Pediátrica, Comité de Pediatría Ambulatoria, Colaboradores. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Actualización 2021. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(4):S171-S197.
66. Basombrío, A., Pornoy, F., Silva, F., & Weller, S. (2004). Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes. Actualización 2004. Secretaría de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-02/Prevenci%C3%B3n%20de%20tratamiento%20e%20investigaci%C3%B3n%20en%20VIH-sida%20%28A%C3%B1o%202004%29.pdf>
67. Freuler, C., Mauas, R., & Greco, M. (2022). Actualización 2021 del VII Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral. 3ra Ed. Sociedad Argentina de Infectología. <https://www.sadi.org.ar/publicaciones/item/1512-actualizacion-2021-del-vii-consenso-argentino-de-terapia-antirretroviral>
68. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. (Boletín N° 39). (2022). Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
69. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. (s. f.). Tablero interactivo de indicadores sobre VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-its/tablero>

70. Argentati, C., Codarini, G., Franck, A., & Freitas, N. (2023). Actualización del cronograma de controles en salud para niñas y niños desde el nacimiento hasta la pubertad. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/frecuencia-de-controles-05-12-23.pdf>
71. El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. (2021). Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275324592>
72. McCoy, D. C., Seiden, J., Cuartas, J., Pisani, L., & Waldman, M. (2022). Estimates of a multidimensional index of nurturing care in the next 1000 days of life for children in low-income and middle-income countries: A modelling study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(5), 324-334. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00076-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00076-1)
73. Herrera Vargas, M., Zapata, M., Nessier, M., Marconi, A., Roviroso, A., & Gómez, P. (2024). Análisis del desarrollo infantil temprano según el marco de cuidado cariñoso y sensible, por quintiles de riqueza y regiones de Argentina (2019-2020). *Archivos Argentinos de Pediatría*, 122(3). <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10081>
74. Vera, B. D. V., Bonino, P. M., Arguinzoniz, S. L., Nocetti, G., Salvia, N., Martínez Villarreal, D., & Gigena-Parker, D. (2022). Consumo de alcohol en mujeres embarazadas y lactantes: Factores de riesgo y protección asociados. *Revista de Salud Pública*, 24(2), 1-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.94850>
75. Taire, D. (2024). Exposición prenatal y posnatal al humo de tabaco, nicotina, alcohol, marihuana, opioides y drogas ilícitas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 122(1). <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10121>
76. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. (2023). World Health Organization; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
77. Zapata ME, Roviroso A, Nessier MC, Romero Mathieu N, et al. Desigualdad en las prácticas de lactancia y alimentación complementaria en la Argentina, según nivel de ingresos del hogar en 2018-19. *Arch Argent Pediatr* 2024;e202310221.
78. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. (2002). <https://www.fao.org/3/w0073s/w0073s00.htm>
79. Mesa Nacional de Desarrollo Infantil Integral 1000 días. (2023). Ministerio de Salud de la Nación; Ministerio de Desarrollo Social. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/Desarrollo%20Infantil%20Integral%20-%201000%20Dias.pdf>
80. Britto, P. (2017). La primera infancia importa para cada niño. UNICEF. https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf
81. Del Pino, M., Nieto, R., Meritano, J., Rabosto Moleon, R., & y col. (2020). Recomendaciones para la evaluación del tamaño al nacer y del crecimiento posnatal de los recién nacidos prematuros. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(5). <https://doi.org/10.5546/aap.2020.s142>
82. Castro-Delgado, Ó. E., Salas-Delgado, Í., Acosta-Argoty, F. A., Delgado-Noguera, M., & Calvache, J. A. (2016). Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. *Pediatría*, 49(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.02.002>
83. Munyo, A., Palermo, S., Castellanos, L., & Heguerte, V. (2020). Trastornos de la deglución en recién nacidos, lactantes y niños. Abordaje fonoaudiológico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(3), 161-165. <https://doi.org/10.31134/AP.91.3.6>
84. Estadísticas Vitales Información Básica Argentina – Año 2021. Serie 5 Número 65. (2023). Ministerio de Salud de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_65_anuario_vitales_2021_-_web.pdf

85. García, S., & Dias de Carvalho, T. (2018). Uso de pantallas en niños pequeños en una ciudad de Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(2). <https://doi.org/10.5546/aap.2018.e186>
86. Guía de uso de pantallas para las familias. (2023). Sociedad Argentina de Pediatría. https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_guia-uso-pantallas-con-cuadro-10-23_1696355617.pdf
87. Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) 2019-2020. Informe temático: Violencia contra niñas, niños y adolescentes en los métodos de crianza. (2020). UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/media/17926/file/VIOLENCIA%20CONTRA%20NI%C3%91AS,%20NI%C3%91OS%20Y%20ADOLESCENTES%20EN%20LOS%20M%C3%89TODOS%20DE%20CRIANZA.pdf>
88. El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. (2021). Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275324592>
89. Gómez Fernández-Vegue, M. (s. f.). Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. Asociación Española de Pediatría. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
90. Botulismo. (2023). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/botulism>
91. Global UNICEF Global Databases: Infant and Young Child Feeding: Egg and/or flesh food consumption, Minimum dietary diversity, Minimum meal frequency, Minimum acceptable diet. (2022). United Nations Children's Fund, Division of Data, Analysis, Planning and Monitoring. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2021/09/UNICEF_Expanded_Global_Databases_Diets_6_23months_2022.xlsx
92. Zapata, M., Fortino, J., Palmucci, C., Padrós, S., Palanca, E., Vanesia, A., & Carmuega, E. (s. f.). Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. *Diaeta*, 33(150), 12-20.
93. Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Clasificación de los Alimentos y sus implicancias en la Salud. <https://www3.paho.org/ecu/1135-clasificacion-alimentos-sus-implicaciones-salud.html>
94. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2022). 2o Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENNyS2. Segundo informe de indicadores priorizados. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/ennys2-indicadores-priorizados.pdf>
95. Naumman, S., Das Neves, P., González, G., & y col. (2022). Guía práctica: Entornos saludables para niños, niñas y adolescentes a nivel municipal Primera edición. UNICEF. Municipio unido por la niñez y la adolescencia (MUNA). <https://www.unicef.org/argentina/media/19331/file/Entornos%20saludables%20para%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20a%20nivel%20municipal.pdf>

Anexo. Definiciones operativas. Indicadores

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
Intervenciones durante el embarazo y puerperio						
1.	Diagnóstico precoz y Control integral Temprano	Tasa de embarazos con control prenatal precoz	Control prenatal antes de la semana 13ava.	Número de embarazadas con control antes de la semana 13ava / Nacidos vivos	Indicadores Básicos del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G).	2023 Anual
2.	Control de embarazo de calidad respetando la frecuencia y periodicidad	Tasa de embarazos con control prenatal insuficiente	Control prenatal insuficiente: aquel que presentó menos de 8 controles prenatales.	Número de embarazadas con menos de 8 controles prenatales / Total de nacimientos	Indicadores Básicos del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G). Frecuencia Anual.	2023 Anual
3.	Peso adecuado preconcepcional	Prevalencia de sobrepeso Prevalencia de obesidad Prevalencia de exceso de peso (Sobrepeso + Obesidad)	Peso adecuado preconcepcional: Peso previo al embarazo, adecuado en relación a la estatura según IMC (kg/m ²). Sobrepeso: $IMC \geq 25$ e < 30 kg/m ² . Obesidad: $IMC \geq 30$ kg/m ² . Exceso de peso: Suma de las dos categorías (sobrepeso y obesidad).		ENNyS 2* ENFR 4ta** (Autorreportado y por mediciones antropométricas)	*2018-2019. Decenal. **ENFR 4ta Quinquenal. <i>Nota: Durante el año 2024 comenzaría la 5ta ENFR.</i>

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
4.	Evolución del peso durante el transcurso del embarazo	Prevalencia de mujeres según categoría de peso acorde al IMC ajustado por edad gestacional.	La curva de Rosso-Mardones permite la valoración de la persona gestante ajustando el IMC según Edad gestacional. Las categorías: Bajo peso, Normopeso, Sobrepeso, Obesidad.		ENNyS 1	2004-2005. Decenal <i>Nota: ENNyS 2 no contempló la medición antropométrica de embarazadas.</i>
5.	Anemia: Suplementación de Fe y Ácido Fólico	Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas.	Anemia medida: Concentración de hemoglobina (< 10-12 g/dl).		ENNyS 1	2004-2005. Decenal <i>Nota: Al primer trimestre de 2024 no se ha presentado el informe de datos revelados en ENNyS 2, respecto de las mediciones bioquímicas.</i>
		Porcentaje de mujeres con suplementación de hierro (Fe) y folatos.	Esquemas de administración diaria (60 mg de hierro elemental y 0,4 mg de ácido fólico) en personas gestantes que cursan embarazos de bajo riesgo	Número de mujeres que recibieron hierro y folatos / Total nacimientos.	Indicadores Básicos del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G).	2023 Anual <i>Nota: ENNyS 2 evaluó la indicación de hierro.</i>
6.	Alimentación variada (Embarazo)	Mediana de ingesta de nutrientes y porcentaje de mujeres embarazadas según adecuación a la recomendación	Evalúa adecuación individual a la recomendación de energía, proteínas, grasas, hierro, calcio, zinc, vitaminas A, C, B1, B2, B3, B9, B12, y fibra mediante recordatorio de 24 horas.		ENNyS 1	2004-2005. Decenal <i>Nota: Se considera que una dieta variada aporta los macro y micronutrientes requeridos para la</i>

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación	
						<p>población. La implementación del siguiente indicador puede resultar de difícil aplicación en la práctica individual debido al tiempo y materiales requeridos para su intervención. Debe considerarse que ENNyS 2 no contempló la medición de la intervención.</p>	
		Diversidad Mínima Dietética para mujeres (MDD-W)	<p>Indicador dicotómico propuesto por FAO, que evalúa si se han consumido al menos 5 de 10 grupos alimentarios, mediante un recordatorio de 24 horas. Grupos alimentarios: granos y tubérculos, legumbres, semillas y frutos secos, lácteos, carnes, huevos, verduras de hoja verde, frutas y verduras ricas en vitamina A, otras frutas y, otras verduras.</p>		<p>Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención MDD-W en Argentina. <i>Nota: Se encuentran disponibles las mediciones realizadas en CABA y Rosario en FAO/WHO GIFT https://www.fao.org/gift-individual-food-consumption/data/es</i> <i>El indicador se encuentra validado en mujeres en edad fértil se toma como indicador proxy de alimentación variada durante el embarazo.</i></p>		
7.	Hidratación (Embarazo)		Al primer trimestre 2024 no existe medición de la intervención. (Se utiliza el indicador proxy el consumo de bebidas artificiales)				
		Porcentaje de consumo de bebidas artificiales azucaradas al menos 1			ENNyS 2	2018-2019. Decenal.	

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
		vez al día en los últimos 3 meses				
8.	Tabaco (Embarazo)	Porcentaje de tabaquismo materno	<p>Tabaquismo activo: aquella persona que consume cigarrillos, y/o tabaco para armar.</p> <p>Tabaquismo pasivo: es aquella persona que a pesar de no ser fumadora, aspira humo por encontrarse expuestas al precedente de otros fumadores.</p>	Nacimientos registrados según tabaquismo materno / Total de nacidos vivos.	Indicadores Básicos del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G). *	2023 Anual
		Porcentaje de personas embarazadas que fumaron durante el embarazo.			ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
9.	Alcohol y sustancias tóxicas (Embarazo)	Porcentaje de mujeres que consumieron bebidas alcohólicas en el transcurso del embarazo según frecuencia.	Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo. Las Categorías: Nunca, Algunas veces, De manera frecuente.		ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
10.	Consumo de Cafeína (Embarazo)	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención.				
11.	Actividad física	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención. (Se utilizan como indicadores proxy: información sobre la importancia de AF en embarazo y prevalencia de AF en mujeres)				

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
	(AF)	Porcentaje de mujeres que recibieron información sobre la importancia de realizar actividad física moderada durante el embarazo			EAN-CABA	2011 Sin frecuencia definida. <i>Nota: sin datos disponibles a nivel nacional.</i>
		Prevalencia de AF en mujeres según nivel de actividad	Categorías: Nivel bajo: sin actividad reportada o no incluido en niveles medio o alto. Nivel medio: cumple alguno de los siguientes criterios: 3 o más días de AF intensa, al menos 20 minutos; o 5 o más días de AF moderada o caminata que acumulen al menos 30 minutos; o 5 o más días de cualquier combinación (caminata, AF moderada, AF física) que acumulen al menos 600 MET-minutos por semana. Nivel alto: cumple alguno de los siguientes criterios: 3 o más días de AF intensa acumulando al menos 1500 MET-minuto por semana; 7 o más días de cualquier combinación (caminata, AF moderada, AF intensa) que acumulen al menos 3000 MET-minutos por semana.		4ta ENFR	2018 Cuatrienal.

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
12.	Preparación integral para la maternidad	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención. <i>Nota: ENNyS 2 indagó sobre información recibida respecto de lactancia materna durante los controles y curso parto. (Se lo considera indicador parcial de la intervención).</i>				
		Porcentaje de mujeres que recibieron información sobre LM durante los controles o durante el curso parto				ENNyS 2
13.	Adecuación del control en embarazadas adolescentes	Tasa de fecundidad adolescente (total)	Pone en relación la cantidad de nacidos vivos de mujeres de 19 años y menos con la cantidad total de mujeres de 10 a 19 años, en el mismo lugar geográfico y año.	Nacidos vivos de madres de 19 años y menos en un año dado/ Total de mujeres de 10 a 19 años x 1000	Indicadores de niñez y adolescencia Fecundidad adolescente Argentina 2019. Secretaria Nacional de Niñez, adolescencia y familia. Ministerio de Desarrollo Argentina. Marzo 2022.* Plan Enia. Informe Anual monitoreo. 2022 ** SIP-G***	*2022
		Tasa de fecundidad adolescente temprana		Nacidos vivos de madres de 14 años y menos en un año dado/total de mujeres de 14 años o menos x 1000		**2023
		Tasa de fecundidad adolescente tardía		Nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad en un año dado/total de mujeres de 15 a 19 años x 1000		***2023 <i>Nota: Porcentaje de embarazo adolescente (10-19 años)</i>
14.	Uso de medicamentos (Embarazo)	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención.				

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
15.	Periodo intergenésico adecuado	Porcentaje de nacimientos que ocurrieron en un intervalo intergenésico menor a 2 años.	Periodo intergenésico adecuado: cuando transcurren como mínimo 24 meses entre las gestaciones.		Política integral para la prematuridad. Noviembre de 2021. Ministerio de Salud, Argentina.	Sin frecuencia definida.
16.	Manejo de complicaciones: patologías asociadas (Embarazo)	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención. <i>Nota: se han considerado como complicaciones frecuentes los trastornos hipertensivos del embarazo y la diabetes gestacional.</i>				
17.	Parto humanizado	Número absoluto de denuncias de violencia obstétrica realizadas al 144.	Violencia obstétrica: Se manifiesta mediante prácticas, conductas, acciones y omisiones, que el personal de salud ejerce de manera directa e indirecta, en el ámbito público y privado, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres (embarazo, parto y puerperio).		Violencia Obstétrica: Análisis de los Registros de la Línea 144. Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género.	Enero-Junio 2023. Anual.
18.	Cesárea	Tasa de cesárea		Número de mujeres en las que se realizó cesárea / Total nacimientos.	Indicadores Básicos del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G).	2023 Anual
19.	Depresión post parto	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención.				
20.	Bajada de leche	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención.				

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
21.	Controles de la mamá (Puerperio)	Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años que recibieron revisiones de salud en el centro de salud o en la casa inmediatamente después del nacimiento.	Considera las revisiones de salud inmediatamente después del nacimiento.		Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS).	2020 Sin frecuencia definida
		Porcentaje de mujeres que realizaron visitas de cuidado postnatal (CPN) a un proveedor de salud después del nacimiento del último hijo nacido vivo.	Las visitas de atención postnatal (CPN) se refieren a una visita separada de cualquier proveedor de salud para verificar la salud de la madre y brindar servicios de atención preventiva. Las visitas CPN no incluyen los controles de salud después del nacimiento mientras se encuentra en instalaciones de salud o en el hogar.		Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS).	2020 Sin frecuencia definida
22.	Licencia y derechos laborales de la mujer	Tasa de actividad distribuida según género.	Calculada como porcentaje entre la población económicamente activa y la población total de referencia.		Igualar: Informe sobre la participación de las mujeres en el trabajo, ingreso y producción*.	* 2023. Sin frecuencia definida.
		Tasa de informalidad distribuida según género	Informalidad: personas asalariadas a las que no se les hace aportes previsionales o jubilatorios sobre el total		Dossier estadístico 8M INDEC. 2023, 2022**.	** 2023. Sin frecuencia definida.

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
			de las personas asalariadas.			
Intervenciones desde el nacimiento a los 6 meses						
23.	Ligadura oportuna del cordón umbilical	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención.				
24.	Lactancia materna en la primer hora de vida	Porcentaje de niños según el momento de la primera puesta al pecho.	Las categorías: Antes de la primera hora; Luego de la primera hora y antes del día; Luego del primer día; Ns Nc.		ENaLac	2023 <i>Nota: si bien desde 1998 ENaLac cuenta con registros de datos estadísticos a nivel nacional sobre indicadores de LE, desde el 2007 se compilan informes públicos sin frecuencia definida.</i>
		Porcentaje de niños según el momento de la primera puesta al pecho luego del parto.	Las categorías: Menos de 1 hora; Entre 1 y 5 horas; Más de 5 horas y hasta 1 día; Más de 1 día; NS/NR.		ENNyS 2	2018-2019. Decenal
25.	Estado nutricional y alimentación materna durante la lactancia	Prevalencia de ingesta inadecuada de micronutrientes en madres de niños de 0-6 meses	Micronutrientes: calcio, hierro, zinc, vitamina A, vitamina C, folatos, vitamina B12.		EAN-CABA	2011 Sin frecuencia definida. <i>Nota: sin datos disponibles a nivel nacional.</i>
		Prevalencia según indicador antropométrico (IMC) en madres de niños de 0 a 6 meses	Categorías: bajo peso (IMC < 18,5 kg/m ²), sobrepeso (IMC 25 a 29,9 kg/m ²), obesidad (IMC >30 kg/m ²).		EAN-CABA	2011 Sin frecuencia definida. <i>Nota: sin datos disponibles a nivel nacional.</i>

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
26.	Uso de fármacos durante la lactancia	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención.				
27.	Lactancia Materna y leches de reemplazo	Prevalencia de lactancia según tipo y edad	Categorías: Tipo: Exclusiva, Parcial. Edad: 0 a 6 meses, A los 2 meses, A los 4 meses, A los 6 meses.		ENaLac* ENNyS 2**	*2018. 2022 Nota: si bien desde 1998 ENaLac cuenta con registros de datos estadísticos a nivel nacional sobre indicadores de LE, desde el 2007 se compilan informes públicos sin frecuencia definida. ** 2018-2019. Decenal
		Porcentaje de niños (sin lactancia materna) según tipo de leche consumida	Categorías: Fórmula infantil, Otros tipos de leche, Ns Nc.		ENaLac	2018. 2022 Nota: si bien desde 1998 ENaLac cuenta con registros de datos estadísticos a nivel nacional sobre indicadores de LE, desde el 2007 se compilan informes públicos sin frecuencia definida.
		Motivos de abandono de lactancia (Porcentaje)	Categorías: "me quedé sin leche"; "el niño dejó solo/a"; "el niño/a se quedaba con hambre"; "tuve que salir a trabajar"; "dificultad para sostener la LM y otras tareas".		ENNyS 2	2018-2019. Decenal.

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
		Porcentaje de niños a los que alguna mujer diferente de la madre le da el pecho.	Nodriz: práctica de amamantar a un niño al cual la mujer no dió a luz.		ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
28.	Lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes	Porcentaje de lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses	Lactancia materna exclusiva implica que el lactante recibe leche materna (incluyendo leche materna extraída) y permite al lactante recibir SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas). No incluye agua, líquidos a base de hierbas y medicinas tradicionales.		ENaLac* ENNyS**	* 2018. 2022 <i>Nota: si bien desde 1998 ENaLac cuenta con registros de datos estadísticos a nivel nacional sobre indicadores de LE, desde el 2007 se compilan informes públicos sin frecuencia definida.</i> ** 2018-2019. Decenal
29.	Lactancia materna durante la enfermedad	Porcentaje de madres que recibieron de información sobre los cuidados en caso de diarrea del niño			EAN-CABA	2011 Sin frecuencia definida. <i>Nota: sin datos disponibles a nivel nacional.</i>
		Porcentaje de madres que recibieron de información sobre los cuidados en caso de enfermedad respiratoria del niño			EAN-CABA	2011 Sin frecuencia definida. <i>Nota: sin datos disponibles a nivel nacional.</i>
30.	Motivos de contraindicación de lactancia materna	Tasa de VIH de 0-9 años	Casos notificados al SNVS 2.0 de 0 a 9 años / 100.000 habitantes		Tablero interactivo de indicadores sobre VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. Dirección de respuesta al VIH, ITS,	2022 Anual

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
					Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. Informe anual. https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-its/tablero	<i>Nota: el grupo etario refleja la transmisión vertical de VIH.</i>
Intervenciones desde el nacimiento hasta los 24 meses						
31.	Controles del bebé	Porcentaje de niños/as de 0 a 2 años que asistieron a los controles de salud adecuados para su edad	Controles adecuados: se entiende como 10 controles anuales en menores de 1 año, 4 controles anuales en el segundo año, 2 controles anuales en niños de 3 y 4 años.		Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS).	2020 <i>Nota: Dic. 2023 se actualizó el esquema de controles del bebé, por ende la adecuación se verá reflejada en las próximas mediciones.</i>
32.	Cuidado sensible y cariñoso		El cuidado sensible y cariñoso contempla áreas de cuidados mínimos de salud, nutrición, seguridad y protección, oportunidad de aprendizajes y atención receptiva.	Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención.		
33.	Alcohol y sustancias tóxicas (Lactancia)	Porcentaje de mujeres que refirieron consumir alcohol durante la lactancia de manera regular			EAN-CABA	2011 Sin frecuencia definida. <i>Nota: sin datos disponibles a nivel nacional.</i>
34.		Porcentaje de mujeres que fumaron durante la			EAN-CABA	2011 Sin frecuencia definida.

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
	Tabaquismo materno (Lactancia)	lactancia.				<i>Nota: sin datos disponibles a nivel nacional.</i>
		Promedio de cigarrillos diarios de mujeres que fumaron durante la lactancia.				
35.	Manejo del sacaleches	Porcentaje de mujeres a las que, durante la internación o al alta, se les enseñó cómo extraerse leche		Mujeres a las que, durante la internación o al alta, se les enseñó cómo extraerse leche / Total de mujeres	ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
		Porcentaje de mujeres que refiere extraerse leche para alimentar al niño		Mujeres que refiere extraerse leche para alimentar al niño / Total de mujeres	ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
36.	Continuación de LM (12 a 24 meses)	Porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia continuada	Lactancia continuada (LC): Porcentaje de niños y niñas de 12 a 15 meses que el día anterior consumieron leche humana.	Niños y niñas de 12 a 15 meses que el día anterior consumieron leche humana / Total de niños de 12 a 15 meses	ENaLac	2018. 2022 <i>Nota: si bien desde 1998 ENaLac cuenta con registros de datos estadísticos a nivel nacional sobre indicadores de LE, desde el 2007 se compilan informes públicos sin frecuencia definida.</i>
		Porcentaje de niños de 12 a 23 meses con lactancia materna continua.	Niños y niñas de 12 a 23 meses con lactancia materna		ENNyS 2* CESNI**	*2018-2019. ** 2024. Indicador analizado según datos de ENNyS 2.

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
						<i>Nota: el presente indicador, es el sugerido por OMS.</i>
37.	Pautas de manipulación e higiene	Porcentaje de mujeres que recibieron indicaciones sobre cómo higienizar los biberones durante la internación o al alta.			ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
		Porcentaje de mujeres a las que se les explicó cómo conservar los sobrantes de leche durante la internación o al alta.			ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
		Porcentaje mujeres según tipo de envase utilizado para conservación de leche humana extraída.	Categorías: Frasco estéril comprado en farmacia, Biberón o mamadera, Bolsa plástica especial para leche materna, Envases de otros alimentos (frasco de yogur, mermelada, u otro que haya contenido alimentos), Otros.		ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
38.	Estimulación temprana	Tasa de asistencia a centros de primera infancia o Centro de Desarrollo Infantil.			Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS).	2020 Sin frecuencia definida
		Porcentaje de niños y niñas viviendo en hogares				

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
		que tienen para el niño o niña: 3/10 libros infantiles o más.				
		Porcentaje de niños y niñas que juegan con 2 o más tipos de cosas para jugar.				
		Pautas madurativas	Indicadores PRUNAPE: come solo; prensión pinza superior; control de esfínteres diurno; reconoce 3 colores. Uso de palabras mamá-papá.		ENNyS 1	2004-2005 Decenal <i>*Nota: el indicador no fue medido en ENNyS 2.</i>
39.	Condiciones de alerta en el nacimiento (bajo peso, prematuridad, AP, peso insuficiente)	Tasa de prematuridad	Pretérmino: nacido de menos de 37 semanas completas (menos de 259 días)	Número de RN con EG menor a 37 semanas / Total Recién nacidos vivos.	Estadísticas vitales. Ministerio de salud. Indicadores Básicos del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G).**	*2023 Anual **2023 Anual
		Porcentaje de nacidos vivos según categoría de peso al nacer	Las categorías: Menos de 1500g; Entre 1500g y 2499g.		Indicadores Básicos del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G).	2023. Anual
40.	Uso de Pantallas (0 a 24 meses)	Al primer trimestre 2024 no existe medición de la intervención.				

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
41.	Violencia	Porcentaje de niños que experimentó algún método violento de disciplina.	Método violento de disciplina: contempla agresión psicológica y/o castigo físico.		Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS). Nota: Brinda información según rango etáreo.	2020 Sin frecuencia definida.
Intervenciones desde los 6 a 12 meses						
42.	Lactancia Materna y leches de reemplazo (6 a 12 meses)	Porcentaje de niños sin lactancia según tipo de leche utilizada.	Considera el uso de fórmula infantil y otros tipos de leche (ej. vaca)		Al primer trimestre de 2024 no existe medición de la intervención. <i>Nota: El indicador es utilizado en ENaLAc, sin embargo no contempla el rango etario de 6 a 12 meses, en la intervención leches de reemplazo.</i>	
43.	Inicio oportuno de alimentación complementaria	Proporción de lactantes de 6 meses de edad que comenzaron AC	Alimentación complementaria: proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche.		ENNyS 1*: Introducción general de alimentos. ENNyS 2**: Introducción por grupos de alimentos.	* 2004-2005 Decenal. ** 2018-2019. Decenal.
Intervenciones desde los 6 a 24 meses						
44.	Calidad Nutricional	Diversidad dietética mínima (MDD)	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron alimentos y bebidas de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos definidos durante el día anterior. Grupos: leche materna; granos, raíces, tubérculos y plátanos; legumbres, nueces y semillas; lácteos; carne; huevos; frutas y verduras ricas en vitamina	Niños de 6 a 23 meses de edad que consumieron alimentos y bebidas de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos definidos durante el día anterior / niños de 6 a 23 meses.	ENNyS 2* CESNI**	*2018-2019. ** 2024. Indicador analizado según datos de ENNyS 2.

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
			A; y otras frutas y verduras.			
		Frecuencia mínima de comidas (MMF)	<p>Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron alimentos sólidos, alimentos semisólidos o blandos (alimentos lácteos para niños no amamantados) al menos el número mínimo de veces durante el día anterior.</p> <p>Niños amamantados. 6-8 meses: 2 veces. 9-23 meses: 3 veces.</p> <p>Niños no amamantados: 6-23 meses: 4 veces.</p>	Niños de 6 a 23 meses que consumieron alimentos sólidos, alimentos semisólidos o blandos (alimentos lácteos para niños no amamantados) al menos el número mínimo de veces durante el día anterior / niños de 6 a 23 meses.	UNICEF Indicadores de Alimentación del lactante y niño pequeño (IYCF). MICS 2011-2012	2013 Sin frecuencia definida.
		Dieta Mínima Aceptable (MAD)	Combina los indicadores MDD y MMF, con el requisito adicional de que los niños no amamantados deben haber recibido leche al menos dos veces el día anterior.	Niños de 6 a 23 meses que consumieron una dieta mínima aceptable durante el día anterior / niños de 6 a 23 meses.	Al primer trimestre 2024 no existe medición de la intervención.	
45.	Alimentación perceptiva	Frecuencia con que le permiten al niño de 6 a 23 meses comer hasta que se muestra satisfecho (aunque parezca que comió poco o demasiado)	Categorías: nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, ns.nr.	Total de la categoría / Total de niños de 6 a 23 meses.	ENNyS 2	2018-2019. Decenal.

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
		Porcentaje de cuidadores que premian al niño cuando consideran que "comió bien" según frecuencia	Categorías: nunca, algunas veces, casi siempre, siempre.	Total de la categoría / Total de cuidadores niños de 6 a 23 meses.	ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
		Frecuencia en que a los niños de 6 a 23 meses se les permite agarrar la comida solos durante la alimentación.	Categorías: nunca, algunas veces, casi siempre, siempre.	Total de la categoría / Total de cuidadores niños de 6 a 23 meses.	ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
46.	Consumo de productos ultraprocesados	Edad promedio de introducción de dulces y grasas en menores de 2 años.	Dulces y grasas: helados, postres lácteos envasados, miel y golosinas.		ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
		Edad promedio de introducción de gaseosas en menores de 2 años.	Categoría: gaseosas light y/o comunes.			
		Porcentaje de niños que consumieron alimentos no saludables 6-23 meses el día previo.	Incluye: galletitas, amasados de pastelería, caramelos, golosinas, helados, postres y productos de copetín.		ENNyS 2* CESNI**	*2018-2019. ** 2024. Indicador analizado según datos de ENNyS 2.
47.	Prevención de anemia	Prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 23 meses.			ENNyS 1	2004-2005 Decenal <i>Nota: Al primer trimestre de 2024 no se ha presentado el informe revelado en ENNyS 2, respecto de las mediciones bioquímicas.</i>

	Intervención	Nombre del indicador	Definición / Unidad de medida	Construcción	Observaciones / Fuente de datos	Año y frecuencia de publicación
		Porcentaje de niños de 0 a 23 meses que recibió alguna vez suplementos de hierro.			ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
48.	Comensalidad	Frecuencia con que los niños de 6 a 23 meses comen acompañados.	Categorías: Nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, NS/NR.		ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
		Frecuencia en que a los niños de 6 a 23 meses se les habla durante la comida.	Categorías: Nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, NS/NR.		ENNyS 2	2018-2019. Decenal.
		Frecuencia con que los niños de 6 a 23 meses miran pantallas de algún dispositivo electrónico como celular, televisión, tablet u otro durante la alimentación.	Categorías: Nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, NS/NR.		ENNyS 2	2018-2019. Decenal.

ISBN 978-987-48306-3-0



9 789874 830630

CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE NUTRICION INFANTIL

DR. ALEJANDRO O'DONNELL

