

ABLACTACIÓN EN LACTANTES

Paola Yopez Borja^{1,a,b} Pedro Palacios^{1,a,c} Valentina Aviles^{1,a,d}
Grace Carrera^{1,a,d} Felix Carrera^{1,a,e}
Recibido 5 de Junio del 2012 y aprobado 14 de Junio del 2012



SUMMARY

In order to know about weaning practices, complementary feeding and use of infant formula in our country, a survey was targeted at mothers attending two hospitals with pediatric care to children under 1 year, 100 were interviewed mothers based on open questionnaire about dietary habits practiced with their children.

The results showed: a slight predominance of males, the data of height and weight were normal, 21% of children exclusively breast took the sixth month of life, complementary feeding started between the third and sixth month being the juices and broths commonly used foods.

It is important to promote and evaluate educational standards in infant feeding to reduce child morbidity and mortality.

KEYWORDS: Weaning, complementary feeding, infant formulas, education.

RESUMEN

Con la finalidad de conocer las prácticas sobre ablactación, alimentación complementaria y uso de fórmulas infantiles en nuestro país, se elaboró una encuesta dirigida a las madres de familia que acudían a dos hospitales con atención pediátrica a niños menores de 1 año; se interrogó a 100 madres de familia en base a cuestionario abierto sobre los hábitos alimenticios que practicaban con sus hijos.

Los resultados encontrados demostraron: un ligero predominio del sexo masculino, los datos de peso y talla fueron normales, el 21% de los niños

tomaba pecho en forma exclusiva al sexto mes de vida, la alimentación complementaria se inició entre el tercero y sexto mes, siendo los jugos y los caldos los alimentos más usados.

Es importante fomentar y evaluar normas de educación de alimentación en lactantes para disminuir la morbimortalidad infantil.

PALABRAS CLAVE: Ablactación; alimentación complementaria; fórmulas infantiles; educación.

-
- ¹ Hospital del IESS Dr. Efrén Jurado López
 - ^a Doctor(a)
 - ^b Pediatra Neonatóloga
 - ^c Pediatra
 - ^d Residente
 - ^e Pediatra Gastroenterólogo

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, en los hospitales públicos y en la práctica privada no existe uniformidad de criterios sobre el momento en que se deben introducir alimentos no lácteos, ya que intervienen varios factores, como educación de la madre, su presencia en el hogar, creencias populares, entre otros.

El primer año es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño. Hasta los 6 meses la leche materna es el alimento más adecuado y plenamente suficiente para nutrir al bebé, por lo cual, es un desafío mantenerla en forma exclusiva¹⁻⁷.

Tanto la OMS, la UNICEF como la AAP (Academia Americana de Pediatría) recomiendan seis meses de lactancia materna exclusiva y después complementar la lactancia materna con alimentos hasta más allá del año (AAP) y de los dos años (OMS y UNICEF)^{1,5,27,36}.

La alimentación en el lactante debe ser exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad, sin embargo, es muy frecuente, la introducción de alimentos no lácteos antes de esta edad. La introducción temprana de alimentos se ha demostrado que tiene incidencia en factores tales como: desnutrición, anemia, alergias, etc³⁴.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta a madres que tenían hijos menores de 1 año que acuden en forma periódica a la consulta mensual en dos Hospitales y que fueron atendidos en consulta externa de pediatría en un hospital cantonal (Daule) dependiente del Ministerio de Salud y un hospital de ciudad dependiente del IESS (Guayaquil).

Se tomó como muestra 100 madres de familia. El tipo de preguntas fue de tipo mixto y fue direccionada sobre el área de nutrición en especial sobre ablactación, tratando de resaltar los factores más importantes que influyen en ella.

Las madres fueron encuestadas en forma directa por los pediatras que atienden la consulta externa.

En la encuesta se preguntó sobre edad, sexo, fechas de inicio de la ablactación, alimentos recibidos, uso de fórmulas infantiles y educación sobre alimentación en el lactante.

RESULTADOS

En relación con la edad las madres encuestadas señalaron que, el 54% de sus hijos tenían más de 6 meses, siendo 21% menor de 4 meses y 25% entre 4 y 6 meses. (Tabla 1)(Gráfico 1).

El peso y la talla fluctuaron entre el percentil 5 y el percentil 95.

El sexo Masculino predominó sobre el Femenino, 58% a 42%.

EDAD DE LOS PACIENTES		
	NÚMERO DE CASOS	%
MENORES DE 4 MESES	21	21
MENORES DE 6 MESES	25	25
MAYORES DE 6 MESES	54	54
TOTAL:	100	100

TABLA 1

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

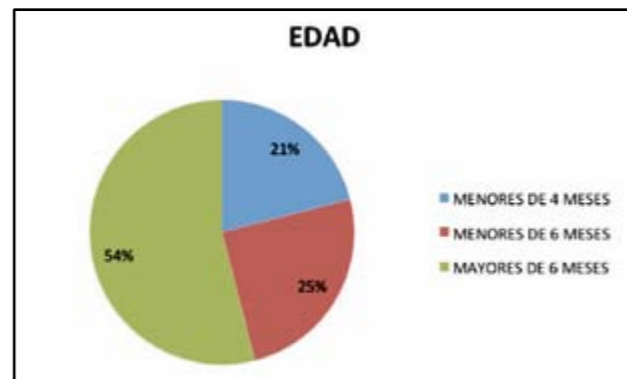


GRÁFICO 1

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

A los tres meses de edad solo el 53% de las madres amamantaban en forma exclusiva a sus hijos, esto fue disminuyendo de tal manera que al sexto mes solo el 21% recibían lactancia materna en forma exclusiva. Al año de edad nuestro estudio reveló que solo el 2% recibían pecho en forma exclusiva (Gráfico 2).



GRÁFICO 2

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

El alimento complementario se inició entre el tercer y sexto mes (Tabla 2) (Gráfico 3), fue la ingesta con jugos en 69 casos, siendo el más usado el de granadilla, en el 73%. (Tabla 3) (Gráfico 4).

ALIMENTO COMPLEMENTARIO DE INICIO		
	NÚMERO DE CASOS	%
JUGO	69	69
PAPILLA	21	21
COMIDA	8 (SOPA/COLADA)	8
NO	2	2
TOTAL	100	100

TABLA 2

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

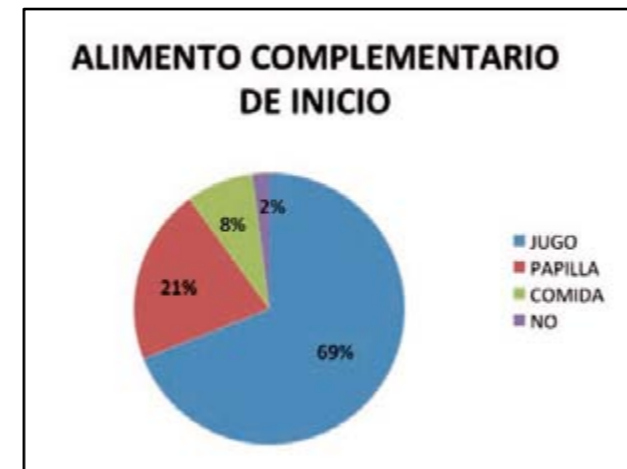


GRÁFICO 3

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

FRUTA USADA		
	NÚMERO DE CASOS	%
GRANADILLA	50	73
MANZANA	11	15
FRUTILLA	6	9
PASAS	2	3
TOTAL	69	100

TABLA 3

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

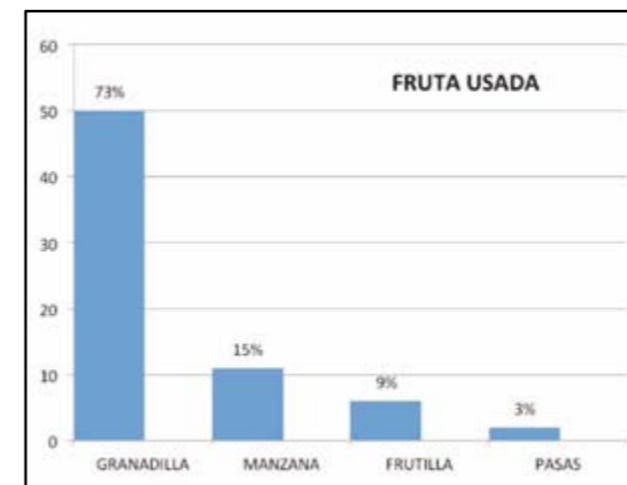


GRÁFICO 4

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

En 21 casos la alimentación se inició con papillas, y, en 10 casos la alimentación inicial fue como sopa y/o colada. (Tabla 4 y 5) (Gráfico 5).

TIPOS DE PAPILLA DE FRUTAS		
PAPILLA DE FRUTA	NÚMERO DE CASOS	%
MANZANA	16	76
GUINEO	2	9.5
PERA	2	9.5
ARROZ	1	5
TOTAL	21	21

TABLA 4

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

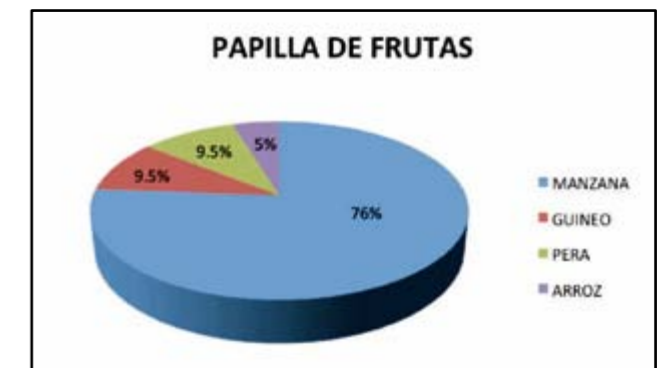


GRÁFICO 5

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

La papilla más usada fue a base de manzana en el 76% de los casos, y, el caldo más usado fue de pollo en el 50% (Gráfico 5).

COMIDA		
	NÚMERO DE CASOS	%
CALDO DE POLLO	5	50
CREMA DE BROCOLI	1	10
COLADA	2	20
PAPILLA DE ZANAHORIA	2	20
TOTAL	10	10

TABLA 5

Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

El 30% de los pacientes recibió fórmula desde el nacimiento, a los 3 meses el 65%, a los 6 meses el 79% de los pacientes recibían fórmula infantil (Gráfico 6).

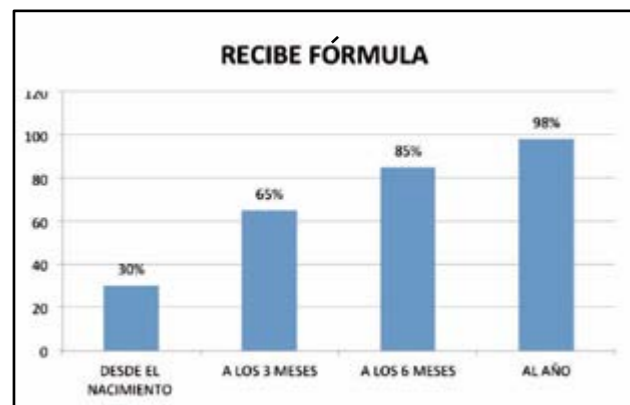


GRÁFICO 6
Fuente: Encuestas a Madres Hospitales IESS y Daule

DISCUSIÓN

Los resultados determinaron que no existen criterios definidos entre las madres y profesionales en la salud, sobre en qué momento se debe iniciar la alimentación complementaria y/o fórmulas infantiles.

El 60% de las madres iniciaron la ablactación entre el tercero y sexto mes, siendo influenciado por el ambiente, grado de educación e indicaciones de profesionales de la salud.

En países como, Argentina, se genera una tendencia a no administrar el pecho materno en forma brusca después del primer mes³⁶.

En nuestro país más del 70% de las madres después del sexto mes usó fórmulas infantiles, menos 10% de las madres después del primer año de edad daba pecho materno de forma esporádica.

En el estudio de Albarenque y Cols³⁶, al final del sexto mes, solo recibían pecho en forma exclusiva el 33% de los pacientes. Cada vez es más frecuente el uso de fórmulas infantiles desde el nacimiento, lo cual indica, que es importante fomentar y evaluar normas de educación para la salud para profesionales y público en general, lo cual va a generar una reducción de los costos de atención médica y disminución de la morbilidad infantil⁸⁻¹⁰.

Durante la infancia las características que debe tener la dieta están condicionadas por el ritmo de crecimiento, la tolerancia a los diferentes alimentos, la capacidad digestiva, el grado de autonomía y las habilidades de niño o niña.

La leche materna se administrará al niño o niña cuando éste da señales de tener hambre, hasta que muestre signos de saciedad, y tantas veces como lo pida.

En el caso de que no se disponga de leche materna extraída, es necesario determinar el uso de alimentación complementaria y/o fórmulas infantiles ya que el primer año es el periodo de crecimiento de desarrollo más rápido en la vida del niño.

Se puede empezar indistintamente por fruta, cereales sin gluten u hortalizas pero es conveniente introducir precozmente alimentos ricos en hierro (como carne y legumbres).

Las legumbres mezcladas con cereales o patatas aportan proteína de calidad similar a la de la carne. El gluten siempre después de los seis meses.

Si hay un desafío permanente para el pediatra es el logro de una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un niño.

Los últimos estudios en todo el mundo sostienen con énfasis la existencia de "factores protectores" incluidos en la leche materna, lo cual se traduce, según las estadísticas, en que un niño alimentado a pecho presenta mayor protección ante infecciones gastrointestinales, respiratorias, enfermedades alérgicas, autoinmune y conductuales^{12, 14, 15, 17-23}.

En una perspectiva de salud pública es importante destacar que la promoción de la lactancia materna exclusiva reduciría notablemente los costos en la atención médica de manera inmediata, a través de una disminución de la morbilidad infantil y a largo plazo, afectando la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, entre las cuales cabe mencionar la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y las dislipemias.

Durante los primeros meses el aparato digestivo, el riñón, el sistema inmunológico y el sistema neuromuscular no están desarrollados totalmente, debiéndose tener en cuenta esta inmadurez a la hora de alimentar a un lactante de pocos meses.

Los pediatras y los padres deben ser conscientes de que la lactancia materna exclusiva es suficiente para apoyar el crecimiento y desarrollo óptimo durante aproximadamente los primeros 6 meses de vida y proporciona una protección segura continua contra infecciones, por lo cual, la lactancia materna debe continuar por lo menos el primer año de vida y más allá durante tanto tiempo como lo desee mutuamente la madre y el niño²⁴.

Los alimentos complementarios ricos en hierro deben introducirse gradualmente comenzando alrededor de los 6 meses de edad²⁵. En los neonatos prematuros y de bajo peso y niños con trastornos hematológicos, o, en niños que tenían niveles inadecuados de hierro, al nacer, suelen requerir suple-

mentos de hierro antes de los 6 meses de edad²⁶. El hierro puede ser administrado mientras continúa la lactancia materna exclusiva.

Necesidades únicas o comportamientos alimenticios de los lactantes pueden indicar la necesidad de introducción de alimentos complementarios a los 4 meses de edad, mientras que otros bebés pueden no estar dispuestos a aceptar otros alimentos hasta aproximadamente 8 meses de edad²⁸⁻³².

La introducción de alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad por lo general no aumenta la ingesta total de calorías de los alimentos o la tasa de crecimiento ya que carecen de los componentes protectores de la leche humana³³.

Durante los primeros 6 meses de edad, incluso en climas cálidos, el agua y el jugo son innecesarios para los lactantes alimentados con leche materna y puede introducir contaminantes o alérgenos. El aumento de la duración de la lactancia materna confiere protección significativa para la salud y los beneficios del desarrollo para el niño y la madre, sobre todo en el retraso de retorno de la fertilidad³⁵.

Correspondencia:

Doctor Felix Carrera Cedeño
Jefe de Servicio de Gastroenterología
Hospital del Niño "Dr. Francisco de Ycaza Bustamante"
Email: dr.felixcarrera@yahoo.es
Telf.: 099185917
Guayaquil-Ecuador

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997; 100:1035-1039.
2. Fomon SJ. Energy. En Fomon SJ. Nutrition of normal infants. St Louis, Mo: Mosby 1993: 103-120.
3. Foote K D, Marriott L D. Weaning of infants. Arch Dis Child 2003;88:488-492.
4. Gartner LM et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005; 115:496-506.
5. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, for the PROBIT Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) JAMA 2001; 285:413-420.
6. Kramer MS, Guo T, Platt RW et al. for the PROBIT Study Group. Breastfeeding and infant growth: Biology or bias? Pediatrics 2002; 110:343-347.
7. Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al for the PROBIT Study Group. Prolonged and exclusive breastfeeding of infants did not reduce growth by 12 months of age. Evidence-Based Nursing 2003; 6:42.
8. Lutter C. Length of Exclusive Breastfeeding: Linking biology and scientific evidence to a public health recommendation. Food and Nutrition Program, Pan American Health Organization, Washington, DC 20037. J Nutrition. 2000; 130:1335-1338.
9. Nicoll A, Williams A. Breastfeeding. Arch Dis Child 2002; 87:91-92.
10. Sabulsky J, Lobo B, Agrelo F, Berra S, Chesta M, Frassoni AM et al. Lactancia materna y lactancia artificial. Córdoba: CLACyD 2001; 4:35-39.
11. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Fliieger W. Breastfeeding and diarrheal morbidity. Pediatrics. 1990;86:874-882.
12. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. J Pediatr. 1995;126:191-197.
13. Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157:237-243.
14. American Academy of Family Physicians. AAFP Policy Statement on Breastfeeding. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2001.

15. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Breastfeeding. In: Kleinman RE, ed. Pediatric Nutrition Handbook. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2004:55–85.
16. Ahn CH, MacLean WC Jr. Growth of the exclusively breast-fed infant. *Am J Clin Nutr.* 1980;33:183–192.
17. Brown KH, Dewey KG, Allen LH. Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge. Publication No. WHO/NUT/98.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998.
18. Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B, Dewey KG. Intake and growth of breast-fed and formula-fed infants in relation to the timing of introduction of complementary foods: the DARLING study. *Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition, and Growth. Acta Paediatr.* 1993;82:999–1006.
19. Kramer MS, Kakuma R. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
20. Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Breastfeeding fully for 6 months vs. 4 months decreases risk of respiratory tract infection [abstract 1114]. *Pediatr Res.* 2002;51:191A.
21. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr.* 2001;131:262–267.
22. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During the First Six Months of Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
23. Sugarman M, Kendall-Tackett KA. Weaning ages in a sample of American women who practice extended breastfeeding. *Clin Pediatr (Phila).* 1995;34:642–647.
24. Dallman PR. Progress in the prevention of iron deficiency in infants. *Acta Paediatr Scand Suppl.* 1990;365:28–37.
25. Domellof M, Lonnerdal B, Abrams SA, Hernell O. Iron absorption in breast-fed infants: effects of age, iron status, iron supplements, and complementary foods. *Am J Clin Nutr.* 2002;76:198–204.
26. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, and American College of Obstetricians and Gynecologists. Nutritional needs of preterm neonates. In: *Guidelines for Perinatal Care.* 5th ed. Washington, DC: American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists; 2002:259–263.
27. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Nutritional needs of the preterm infant. In: Kleinman RE, ed. *Pediatric Nutrition Handbook.* 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2004:23–54.
28. Pisacane A, De Vizia B, Valiante A, et al. Iron status in breast-fed infants. *J Pediatr.* 1995;127:429–431.
29. Griffin IJ, Abrams SA. Iron and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:401–413.
30. Dewey KG, Cohen RJ, Rivera LL, Brown KH. Effects of age of introduction of complementary foods on iron status of breastfed infants in Honduras. *Am J Clin Nutr.* 1998;67:878–884.
31. Naylor AJ, Morrow AL. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress From Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development. Washington, DC: Wellstart International and the LINKAGES Project/Academy of Educational Development; 2001.
32. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Determinants of growth from birth to 12 months among breast-fed Honduran infants in relation to age of introduction of complementary foods. *Pediatrics.* 1995;96:504–510.
33. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr.* 1993;82:1007–1011.
34. Huffman SL, Ford K, Allen H, Streble P. Nutrition and fertility in Bangladesh: breastfeeding and post partum amenorrhoea. *Popul Stud (Camb).* 1987;41:447–462.
35. www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/alim.pdf Alimentación complementaria del lactante.
36. Dres. Susana Albarenque*, Liliana Mas*, Mónica Ferreyra*, María I. Marchisio*, Andrés Gomila* y Pedro Armelin. Lactancia materna y alimentación complementaria. *Arch. argent. pediatr.* v.103 n.3 Buenos Aires mayo/jun. 2005.

Artículos de Revisión

