



## Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas

[www.rscmv.org.ve](http://www.rscmv.org.ve)

Comisión de Epidemiología

### Alerta Epidemiológica N° 199 Número Extraordinario

7 de agosto de 2011



Madre e hijo son beneficiarios del amamantamiento. (Foto El Carabobeño)

## Lactancia Materna

### I. Editorial

La Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (RSCMV) y sus comisiones de Epidemiología y Educación Continua se adhieren a la declaración de la OPS-OMS:

***“Apoyar la lactancia materna es una responsabilidad de todos”***



que exhorta a renovar el compromiso de todos los sectores de la sociedad de crear ambientes que apoyen la lactancia materna, incluyendo los lugares de

trabajo, los parques, el transporte público, los servicios de salud y otros lugares fuera de los hogares, donde las madres de los niños más pequeños desarrollan sus vidas. Este llamado a la acción se realiza en el comienzo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2011.



Para destacar las distintas áreas donde es necesario alentar que las madres puedan amamantar a sus hijos, el Campeón de la Salud de la OPS 2010, el caricaturista argentino Fernando Sendra, ha creado una serie de ilustraciones con su personaje "Yo, Matías" como centro. Estos dibujos serán usados durante el año en materiales que promuevan cómo lograr lugares de trabajo que resulten amigables para las madres que amamantan a sus hijos y en cómo respaldar la lactancia materna en lugares públicos como parques y plazas o transporte público.

Aunque la lactancia materna ha aumentado en muchos países de las Américas, todavía queda mucho por hacer para optimizar las prácticas de amamantamiento. En la mayoría de los países de la región, menos de la mitad de los bebés empiezan a ser amamantados durante su primera hora de vida, como lo recomienda la OPS/OMS. **La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, también recomendado por la organización, es bastante baja, en tanto promedia entre 8% y 64% de los bebés en distintos países de América Latina.**

*"Necesitamos revertir estas tendencias a través de la creación de ambientes que respalden la lactancia materna", dijo la Directora de la OPS/OMS, doctora Mirta Roses. "El amamantamiento es una de las maneras más seguras, saludables y naturales de alimentar a un bebé, y sin embargo, tiende a ser algo que se hace a escondidas en los hogares y fuera de la vista pública", añadió.*

El tema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna que se celebra del 1 al 7 de agosto, es: *"Háblame: Amamantar, una experiencia en 3D"*. Busca atraer la atención pública sobre la lactancia materna, hablar sobre el tema con todos los miembros de la sociedad y demostrar que crear ambientes favorables o amigables

para amamantar es una responsabilidad de todos.

Entre los ejemplos de cómo crear este tipo de ambientes favorables para la lactancia materna figuran: un transporte público que ofrezca asientos especiales para madres que estén dando de mamar, así como también lugares de trabajo y espacios públicos que ofrecen a las mujeres lugares donde alimentar a sus bebés.

**La lactancia materna es la intervención preventiva más efectiva que existe para evitar muertes de menores de cinco años. Las investigaciones muestran que alrededor de un 20% de la muerte de neonatales (de menos de un mes) podrían ser prevenidas si todos los recién nacidos empezaran a recibir leche materna durante su primera hora de vida.**

Además, los niños que son amamantados durante un promedio de entre siete y nueve meses tienen seis puntos más de IQ que los niños que reciben leche materna por menos de un mes. **La lactancia materna también ayuda a las madres a perder peso y a reducir el riesgo de tener cáncer de senos y de ovarios, al igual que el tipo 2 de diabetes.**

[www.paho.org](http://www.paho.org)

## **II. Prevalencia de la lactancia materna en Venezuela es baja**

El Carabobeño  
02 agosto 2011

**Daniel Pabón | [dpabon@el-carabobeno.com](mailto:dpabon@el-carabobeno.com)**

Pastor Oropeza, el médico pionero de la atención materno-infantil en Venezuela, sabía la clave: *"El único medio seguro, inofensivo y práctico de criar a un niño, es con la leche de la madre"*, dejó escrito en 1936.

Más de 70 años después, la prevalencia de la lactancia materna en Venezuela es bastante baja, lamenta Evelyn Niño, fundadora y jefa del servicio "Mi gota de leche", que funciona desde hace nueve años en el Hospital J.M. de los Ríos, en Caracas.



El Maestro Pastor Oropeza (1901-1991)

Apenas 27,8% de los bebés venezolanos se alimenta únicamente con leche materna en los primeros seis meses de vida. Para 12,8% la lactancia fue parte predominante de su menú inicial. Otro 50,2% fue amamantado por sus madres sólo de forma parcial, de acuerdo con las últimas estadísticas nacionales (al 2008) que ha divulgado el Instituto Nacional de Nutrición.

"Estos porcentajes, que más o menos deben mantenerse, son graves", analiza Niño, a propósito de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que comenzó este lunes 1° y se extenderá hasta el domingo 7 de agosto. En el escenario ideal recomendado por los especialistas, la lactancia exclusiva debe alcanzar el sexto mes de vida del bebé, y la prolongada, hasta que el niño cumpla los dos años de edad. Inexperiencia, falta de apoyo institucional y mitos son tres factores que entorpecen esta meta.

### **Sin cultura**

Aunque se desconocen las estadísticas carabobeñas sobre el tema, la ginecóloga y consejera de lactancia materna Damary Cardeñosa considera que a escala regional también se repite el escenario de un bajo porcentaje de lactancia exclusiva.

Una madre instruida en la materia es, sin embargo, un buen salvavidas. La médica rescata que con inducción prenatal a la lactancia materna, las tasas de amamantamiento exclusivo en el primer semestre de vida del bebé, pueden superar exitosamente el 80% de los casos.

Si para la madre dar pecho es gratuito, ¿cómo se explica que en la zona sur de Valencia, donde los recursos familiares son menos disponibles, las madres estén buscando dar biberón, cuando las mal llamadas fórmulas maternizadas son tan costosas? Al anterior cuestionamiento, Cardeñosa se auto-responde que, lamentablemente, en la entidad y el país no hay cultura de amamantamiento.

Esta cultura debe nacer con el bebé. Si los médicos y enfermeras permitieran que, en su primera hora de vida, tuviera contacto con el pecho de su madre en la misma sala de parto o de recuperación, sería ideal. "El neonato está en capacidad de hacerlo instintivamente", afirma Evelyn Niño. Es lo que se conoce como el apego precoz.

"Las leyes establecen que las fórmulas lácteas son dañinas para la salud de un niño menor de dos años", recuerda Cardeñosa. Si se educa a una madre lo más seguro es que no recurra a esto, complementa la también directora del Centro de Apoyo a la Lactancia Materna Imanatu, en Valencia.

### **Por el semestre**

Desde 2009 un grupo de venezolanas está asistiendo anualmente a la Asamblea Nacional para que sea ampliado el período posnatal de 12 semanas a seis meses. Este lapso es recomendado por la Organización Mundial de la Salud como recuerda Kaustky García, presidenta de la cooperativa Lactarte, con sede en Caracas y decenas de madres amamantadoras y consejeras de lactancia.

En el ordenamiento jurídico vigente hay varias leyes que apoyan la lactancia materna exclusiva, como la de Promoción y Protección de la Lactancia, la de Maternidad y la de Niños, Niñas y Adolescentes. Sólo falta una pieza que no encaja en el rompecabezas: la Ley Orgánica del Trabajo. El pasado 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, fue la última vez que estos colectivos femeninos hicieron el exhorto al Parlamento.

"No es posible amamantar de manera exclusiva si la mamá y el bebé no permanecen juntos. Lo que pedimos es que haya coherencia legal para ejercer el derecho de la lactancia materna. Queremos que la Ley del Trabajo sea consecuente con el resto del marco jurídico", explicó García en contacto telefónico.

Niño enumera algunos riesgos a los que se expone el bebé que no recibe leche materna: intolerancias alimentarias, mayor probabilidad de padecimientos crónicos en la adultez y más incidencia de infecciones. "Cada toma es una vacuna contra un sinnúmero de enfermedades".

### **Agenda de un acto de amor**

Carolina Pereiro se trazó un reto personal: que cien mujeres estén amamantando a sus niños al mismo tiempo, el sábado 6 de agosto a las 4:00 de la tarde en la tercera base del Centro Sambil. La actividad se llama Gran toma de la Lactancia Materna. "Queremos que madres recuerden a otras madres las bondades de este regalo de vida", explicó Pereiro, quien además labora en una escuela prenatal de la ciudad.

Proteger, promover y respaldar la lactancia materna en su semana mundial. Eso busca "*La gran tetada*", evento que tendrá lugar el domingo 7 a las 9:00 de la mañana en el piñatero del parque Negra Hipólita. Habrá caminata, el amamantamiento y entrega de reconocimientos, detalló Beatriz de Berrocal, directora del Centro de Orientación a la Familia Nacer y Crecer.

Organización Las 24 Horas, en su sede del Centro Médico Valle de San Diego, llevará a cabo las II Charlas Comunitarias sobre Lactancia Materna, este miércoles 3 en el auditorio de la clínica, de 8:00 de la mañana a 12:00 del mediodía.

Toda la semana, el servicio de SOS Embarazo Adolescentes de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera estará dando charlas especiales a las jóvenes sobre la importancia de amamantar, anunció la jefa del servicio, Banesa Sanabria.

### III. Leyes amparan la lactancia materna

Noticiaaldia.com



La directora del Instituto Nacional de Nutrición (INN), Marilyn Di Luca, explicó que en Venezuela hay cinco las leyes aprobadas por la Asamblea Nacional que promueven y protegen la práctica de la lactancia materna, lo que considera como primer acto de soberanía alimentaria y garantía principal de reducción de morbimortalidad infantil, debido a que la leche materna inmuniza a los bebés contra diversas enfermedades.

Durante un acto denominado "*Lactancia Materna en la vía*", que se estará realizando en distintas avenidas del país y estaciones del sistema Metro, Di Luca mencionó que en la actualidad tanto las madres como los padres son amparados por leyes que favorecen el amamantamiento de sus bebés y el acompañamiento que la madre necesita para la buena practica de la lactancia.

Señaló, en primera instancia, **el artículo 76 de la Constitución Nacional** donde se garantiza la protección integral a la maternidad y paternidad, sea cual fuere su estado civil.

También mencionó el artículo **381 de la Ley Orgánica del Trabajo** donde se garantiza a la madre trabajadora el tiempo necesario con su bebé para conciliar la buena práctica de la lactancia materna.

Asimismo, Di Luca destacó que en **la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescente en su artículo 46** obliga a instituciones tanto pública como privadas a ofrecer condiciones y espacios que permitan a la madre amamantar a sus bebés.

**La Ley para la familia, maternidad y paternidad** se expresa el derecho de los padres a acompañar a la madre de sus hijos durante el tiempo de amamantamiento. ....

..... **Mencionó que el índice de lactancia materna en Venezuela pasó de 7% registrado en 1997 a 27% de lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida del bebé (único alimento es la leche materna) y hasta 40% de forma complementaria.** Es decir, la leche materna es adicionada a jugos, frutas y otro tipo de alimentos que van incorporándose al consumo de los bebés.

AVN

#### **IV. Síntesis de la Declaración: Celebración de la Semana Mundial de la lactancia Materna en Venezuela**

En el Décimo Octavo Aniversario de la Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, hecha en el año 1.990, las Organizaciones e Instituciones Públicas, Privadas y Científicas que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna en Venezuela, encaminados todos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, declaramos en esta fecha nuestro Apoyo a la Madre: Construyendo el Éxito. ¡Con la Lactancia Materna Todas y Todos Ganamos!. En este sentido, congregados los representantes de cada una de estas organizaciones y dispuestos a afinar estrategias que refuercen la tarea de concientizar y sensibilizar a la población en la percepción, diseño y ejecución de programas, proyectos y actividades basadas en la protección, promoción y apoyo de la Lactancia Materna como el instrumento más poderoso en el combate del hambre, las epidemias y la mortalidad infantil, hacemos la siguiente declaración:

**1. Promovemos y exigimos el cumplimiento del Derecho a la Lactancia Materna exclusiva y a la alimentación infantil complementaria oportuna, adecuada, inocua y debidamente administrada a los niños y niñas,** lo que garantiza como derecho humano fundamental su vida, salud y desarrollo integral.

**2. Reafirmamos nuestro compromiso de proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva y la alimentación infantil óptima,** reconociendo que la Lactancia Materna provee una nutrición ideal para los niños y niñas, contribuye a su saludable crecimiento y desarrollo, reduce la incidencia y la severidad de las enfermedades infecciosas, fortalece el nexo afectivo entre la madre y el niño, niña y su grupo familiar, contribuye a la salud de la mujer reduciendo el riesgo de padecer cáncer ovárico, útero-cérvico y de mamas y aporta beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.

**3. Afirmamos nuestro apoyo, reconocimiento y valoración a los instrumentos y tratados Nacionales e Internacionales a favor de la práctica de la Lactancia Materna** que han permitido importantes avances en el desarrollo de políticas públicas en el país.

**4. Instamos a las diferentes organizaciones e instituciones públicas y privadas a difundir información sobre la importancia del cumplimiento e implementación efectiva de la Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna.**

**5. Promovemos y defendemos el cumplimiento del marco legal que protege a la madre trabajadora y al padre trabajador durante el período de lactancia materna, y apoyamos las iniciativas para estudiar la extensión del reposo post-natal de la madre y el padre para garantizar el derecho del niño y de la niña a recibir la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis (6) meses de vida.**

**6. Nos comprometemos a impulsar la redacción del Reglamento para la Aplicación de la Ley Nacional de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, necesario para la implementación efectiva de la Ley en nuestro país, e instamos a todos los sectores de la vida nacional a unirse mancomunada y activamente en este esfuerzo.**

**7. Refrendamos nuestro empeño de participar en el desarrollo de estrategias masivas, innovadoras y efectivas que involucren a todos los medios de comunicación social públicos, privados, comunitarios y alternativos, propiciando que la información sobre la lactancia materna exclusiva y la alimentación infantil complementaria abarque todos los niveles sociales sin distinción alguna a lo largo y ancho de la geografía nacional.**

**8. Instamos a las instituciones públicas responsables a producir información estadística actualizada que permita conocer los avances y desafíos que tiene el país en la práctica de la lactancia materna.**

**9. Reconocemos y valoramos los avances de las experiencias exitosas que se desarrollan en nuestro país y nos comprometemos a evaluar e identificar las alianzas estratégicas necesarias para alcanzar nuestro objetivo de garantizar la vida, salud y desarrollo integral de los niños y de las niñas, así como los puntos de articulación y trabajo conjunto en pro del reforzamiento de la “cultura del amamantamiento”.**

**10. Nos comprometemos a impulsar el fortalecimiento y participación de las comunidades organizadas, a través de los Consejos Comunales, Mesas de Agua, Mesas de Energía, Comités de Salud, Mesas de Protección Social, entre otros, así como de las trabajadoras y trabajadores, voluntarias y voluntarios que laboran directa o indirectamente con la protección, promoción y apoyo de la Lactancia Materna exclusiva y de la alimentación infantil complementaria en el país.**

**11. Propiciamos la inclusión del tema de la lactancia materna exclusiva y de la alimentación infantil óptima en el currículo del sistema educativo venezolano formal y no formal, en especial de las Escuelas de Educación, Medicina y Salud de las Universidades e Institutos públicos y privados.**

**12. Impulsamos la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva y alimentación infantil complementaria** en las Misiones Barrio Adentro, Madres del Barrio, Programas de Hogares Integrales y Hogares de Cuidado Diario.

**13. Respaldamos la lactancia materna y alimentación infantil complementaria en las situaciones de emergencia y desastres.**

**14. Convocamos a todos los sectores de la vida nacional a unirse a este esfuerzo en favor de los niños, niñas, madres, padres, familias y sociedad en general.**

**UNICEF**

Spot: Lactancia materna:

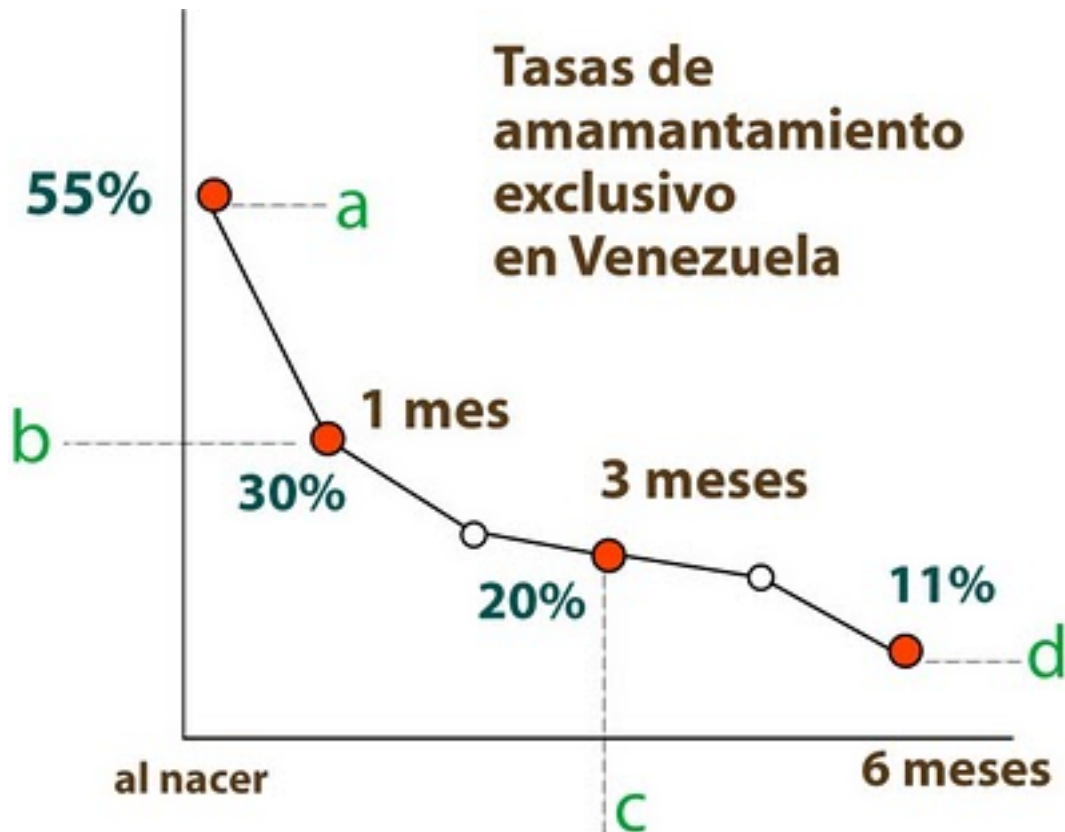
<http://www.youtube.com/watch?v=9-iPWjmv03M>

## **V. Tasas de lactancia materna en Venezuela**

Las cifras aportadas por la presidenta del INN, de 27 % de lactancia exclusiva en niños hasta los 6 meses, no coinciden con los datos del propio INN entre 2006 y 2008.

### **26.8.10**

#### **Tasas de Lactancia Materna Exclusiva en Venezuela INN (2006-2008)**



El primer estudio sobre lactancia materna y alimentación infantil de niños y niñas hasta los 2 años de edad, realizado por el Instituto Nacional de Nutrición entre los años 2006 y 2008, revela las bajas tasas de lactancia materna exclusiva que tenemos en nuestro país.

a) Las bajas tasas de lactancia materna al momento del nacimiento de los niños y niñas, reflejan el grado de socavamiento de la confianza de la mujer venezolana sobre su capacidad para amamantar y el poder que descaradamente ejerce la industria de fórmulas infantiles dentro de los centros de salud del país, en los cuales es práctica común dar fórmula infantil a los bebés desde el momento de su nacimiento, muchas veces sin el consentimiento de los padres. De esta manera, sólo 55% de las madres salen del centro de salud amamantando de manera exclusiva a sus bebés.

b) La industria láctea a través de sus estrategias de comercialización perversas logra acabar con la lactancia materna de un gran número de familias cuando sus pequeños apenas tienen 1 mes de nacidos.

c) Entre el primer y tercer mes de vida, la lactancia materna sufre una caída de 10 puntos, relacionada con el momento en que la madre trabajadora debe retornar al trabajo remunerado. La falta de apoyo a la madre trabajadora que amamanta desde los lugares de trabajo es una de las causas de esta importante caída.

**d) Al sexto mes de vida la mayoría de los niños y niñas venezolanas no consumen leche materna de manera exclusiva, sino son alimentados con fórmulas infantiles y otros alimentos.** Sólo 11 de cada 100 bebés son amamantados sólo con leche materna, la sustancia específica de nuestra especie.

Fuente cifras: INN  
Texto Lactarte  
Lactarte.blogspot.com

## **VI. Algunos datos de importancia sobre lactancia materna y hábitos de alimentación en niños menores de 2 años en Venezuela.**

Del trabajo de ZARZALEJO, Zulema, GARCIA, Magda, MARIA LUISA, Álvarez *et al. Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbano marginal. An Venez Nutr, jul. 2001, vol.14, no.2, p.60-69.,*

*(Estudio realizado en Antímano, Caracas, CANIA.)*

tomamos los siguientes datos:

La ingesta alimentaría del adulto humano resulta de una combinación compleja de factores fisiológicos, psicológicos y sociales, que se origina desde la infancia <sup>(1)</sup> y que se consolida a lo largo de los primeros años de la vida.

La alimentación que sigue después del nacimiento, probablemente sea guiada en su inicio por el pediatra que asista al niño, pero la continuación de la misma **está influenciada en gran medida, por las costumbres y creencias que posea cada familia al respecto y por lo tanto posiblemente varíen de una familia a otra y dentro de una misma comunidad y población** <sup>(2)</sup>.

**De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los niños deben alimentarse exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. Después la lactancia materna puede mantenerse durante los dos primeros años al mismo tiempo que se inicia, a partir del segundo semestre, la alimentación complementaria** <sup>(3,4)</sup>.

Durante los primeros 4 a 6 meses de la vida, los lactantes utilizan los reflejos de succión y deglución para ingerir líquidos; este es un período de transición entre la nutrición fetal en útero y la ingesta de sólidos en la vida posterior. Luego de los 4 a 6 meses, estos reflejos comienzan a desaparecer y el lactante es capaz de transportar alimentos semisólidos hacia atrás de la garganta y deglutirlos.

A los 7 y 9 meses con la aparición del primer diente comienza a morder los alimentos rítmicamente, por lo que todo este proceso permite modificar el tipo de alimentación, el niño pasará durante esta etapa de una dieta exclusivamente

láctea a otra donde se encuentran incorporados una variedad de alimentos complementarios capaces de suplir las necesidades nutricionales de este período.

De esta forma, el niño es capaz de ingerir una adecuada mezcla de alimentos para mantener un balance energético positivo <sup>(1)</sup>, a pesar de la influencia de múltiples factores como: la incorporación de nuevos alimentos, en horarios habituales para su grupo familiar, nuevos sabores y texturas en una variedad de preparaciones.

**Cuando las prácticas de alimentación de la familia no ofrecen al niño la calidad y cantidad de alimentos requeridos, ni un ambiente que favorezca la ingesta suficiente para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimo**, el niño se adapta a esta situación ahorrando energía mediante una disminución de la actividad física y la detención del crecimiento, ya que de esa forma es incapaz de mantener un balance energético estable lo que conduce a la desnutrición.

**En Venezuela con la finalidad de caracterizar los Hábitos y Consumo de Alimentos a Nivel Nacional se realizó un análisis comparativo de encuestas aplicadas entre Julio de 1981 hasta Octubre de 1987, enmarcado en el Proyecto Venezuela.** En lo que se refiere a los hábitos alimentarios durante la lactancia, obtenidos de niños menores de 30 meses de edad, **se observó el predominio de la lactancia mixta desde el primer mes de nacido, un abandono progresivo de la lactancia materna y un aumento de la lactancia artificial.** Desde el primer mes de nacido, los niños recibieron una lactancia mixta, sin diferencia entre el área urbana (73%) y el área rural (71%), ni por estratos sociales <sup>(5)</sup>.

**El destete se hizo muy temprano alrededor del 56% y 58% de las madres del área urbana y rural respectivamente, destetaron a sus hijos al tercer mes de vida. La mayoría de las madres utilizaron inicialmente "leches modificadas" como primer sustituto de la leche materna y alrededor del 80% de las madres utilizaron la leche completa como segunda leche en la preparación de la fórmula láctea.** En la preparación de la fórmula la dilución fue adecuada en 63% y, la mayoría de las madres, con niños de 0 a 5 años, sin distinción de su procedencia (urbana – rural) ni estrato social, agregaban al tetero uno o dos cereales y azúcar refinada.

**En lo que se refiere a la introducción de alimentos, el mayor número de madres suministraron cereales a sus hijos antes de los tres meses.** Los tipos de cereales que más se utilizaron fueron los denominados no pre-cocidos (avena, crema de arroz, arroz, maicena). Los jugos de frutas también fueron suministrados antes de los tres meses por el 80% de las madres del área urbana y 67% en el área rural. Uno de los objetivos de este estudio nacional, fue demostrar que "entre los factores limitantes del crecimiento y desarrollo normales, la alimentación es jerárquicamente la de mayor importancia" <sup>(5)</sup>.

**Estudios en comunidades marginales han relacionado la malnutrición del lactante con alteraciones en las prácticas de lactancia, incorporación de**

**alimentos complementarios y alimentación en el primer año de vida** <sup>(6,7,19)</sup>. Estas alteraciones se ven íntimamente relacionadas con condiciones socioeconómicas de la comunidad dentro de los que se encuentran la edad y el nivel de instrucción de la madre, las condiciones higiénicas del hogar y el nivel de pobreza de la familia <sup>(6)</sup>.

**Por otro lado, los antropólogos han enfatizado, que siendo todos los individuos miembros de una cultura y esta una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por esa cultura.** Cada grupo cultural transmite de generación en generación pautas de alimentación, mediante la educación a los hijos <sup>(8)</sup> y esto pudiera explicar en parte, las formas de comer adecuadas o erradas de una comunidad.

**En la consulta ambulatoria del Centro de Atención Nutricional Infántimo (CANIA), el especialista en nutrición clínica, realiza de rutina la evaluación dietética** <sup>(9)</sup> de los pacientes que asisten por malnutrición por déficit. La misma, permite obtener un diagnóstico dietético <sup>(10)</sup> y orientar la intervención en esta área dependiendo de los factores causales de la problemática alimentaria que hayan sido detectados. Ha llamado la atención en forma especial a los especialistas tratantes, que aunque se prescriban indicaciones precisas con la meta de optimizar o corregir las alteraciones encontradas en la práctica de la lactancia, o en la utilización de fórmulas lácteas, o en la introducción de alimentos complementarios a fin de mejorar la alimentación del niño, se observa con preocupación, el poco cumplimiento de las mismas una vez que estos pacientes asisten a las consultas sucesivas de control.

**Al analizar las observaciones anteriormente señaladas con la presencia de malnutrición en la comunidad, conocida a través de los resultados obtenidos por este Centro durante los años de 1995 y 1996, en donde se detectó que el 36.2% de los niños evaluados (n=12.129), presentaron alguna forma de malnutrición, con predominio de la desnutrición subclínica y leve** <sup>(11)</sup>, se consideró estudiar las características de los hábitos de alimentación en los niños de 0 a 2 años que asisten a la consulta ambulatoria, debido a que es durante este período de la vida en donde se establecen los hábitos y conductas de alimentación que perdurarán para el resto de la vida <sup>(12)</sup>.

**Las características socioeconómicas de las familias atendidas durante el período del presente estudio, señalaron un bajo nivel educativo de los padres por lo que deben desempeñarse en actividades de baja remuneración, percibiendo como ingreso, salarios mínimos;** basándose en esto y al utilizar la Metodología de Líneas de Pobreza se evidenció que el 71% de las familias se encuentran en situación de pobreza, correspondiendo el 42% a pobreza crítica y el 29% a pobreza extrema <sup>(11)</sup>.

## Algunos Resultados del estudio sobre la práctica de la lactancia materna

Tomando en cuenta los criterios para la definición del tipo de lactancia durante los primeros seis meses de vida, se encontró que 80 % de los niños estudiados (171/213) recibió lactancia materna, entre ellos solo 16% (34/171) en forma exclusiva. Para los niños que recibieron lactancia materna mixta, 58% la combinaron con leche completa y 7% la tomó desde los primeros días de edad como único alimento. Con respecto a la utilización de la fórmula de inicio, 39% (83/213) la recibió durante los primeros seis meses de vida en forma mixta (combinada con leche materna) o exclusiva; en esta última práctica se reportó solo 3% (7/213) de estos niños (**Cuadro 1**).

**Cuadro 1. Tipo de lactancia en niños desnutridos durante los primeros seis meses.**

Tipo de lactancia	n	%
Lactancia materna + leche completa	89	42
Lactancia materna + fórmula de inicio	48	23
Lactancia materna exclusiva	34	16
Fórmula de inicio + leche completa	28	13
Fórmula de inicio	7	3
Leche completa	7	3
Total	213	100

### Duración de la lactancia materna

El mayor número de los niños estudiados 61% (n=105) fue destetado antes de los 6 meses (**Cuadro 2**). Un menor porcentaje 3% (6/171) prolongó la lactancia materna por encima de los 18 meses.

**Cuadro 2. Distribución por edad del destete en niños desnutridos menores o igual a 24 meses.**

Rango de edad	n	%
< 4 meses	71	41
4 - 6 meses	34	20
6 - 18 meses	60	35
> 18 meses	6	3
Total	171	100

### **Razones para el abandono de la práctica de la lactancia materna**

Las causas más comunes reportadas por las madres para la suspensión de la práctica de la lactancia materna, fue el rechazo del niño al pecho 28% y la decisión de la madre a abandonar esta práctica en 19%.

### **Lactancia artificial o mixta y tipo de fórmula**

Al analizar los diferentes tipos de fórmulas utilizadas para la lactancia artificial, así como también su duración, mostraron que 75% (n=160) de los niños fueron alimentados con fórmula de inicio independientemente del tiempo en que la consumieron y 24% (n=51) se alimentó con leche completa, fórmula de soya o lactancia materna exclusiva desde su nacimiento. Es importante mencionar que de los 160 niños que tomaron fórmula de inicio, 90% (n=144), inició su consumo durante el primer trimestre de la vida y 49% (n=78) suspendieron su uso antes de cumplir el tercer mes; solo un quinto de ellos se alimentó con fórmula de inicio hasta el sexto mes.

Solo 2% de los niños entrevistados consumieron las fórmulas de continuación antes del tercer mes por indicación médica. 43% de los niños (n=92), inició el consumo de leche completa antes del tercer mes, al quinto mes 124 niños (58%) la tomaban y el 42% (n=89) restante inició su consumo entre los 6 y 13 meses de edad, los hallazgos anteriores demuestran una introducción temprana de la leche completa antes del sexto mes.

En lo que se refiere a la dilución de la leche, 42% (n=89) de los niños la consumían normo-diluida, 40% (n=85) hipo diluida, 12% (n=26) concentrada y 6% (n=13), no precisó la dilución.

## **Los autores presentan la siguiente discusión a sus resultados:**

La práctica de la lactancia en este grupo de estudio, se describe como una lactancia mixta (leche materna combinada con la leche completa) durante los primeros meses de vida, lo que trae como consecuencia un destete precoz, cuyas causas son reportadas por la madre como que el niño rechaza el pecho y la decisión materna a destetar.

**La alimentación recibida por estos lactantes no fue la más apropiada** <sup>(14)</sup>, sin embargo, esta forma de alimentación, quizás pueda deberse a un patrón cultural característico de este grupo y al factor económico, debido a que la leche completa es menos costosa que las fórmulas de inicio, las cuales solo se recomiendan cuando el niño no puede ser alimentado al pecho por algunas razones como: enfermedad de la madre, galactosemia por parte del niño entre otras causas <sup>(15)</sup>.

**Situación similar se evidenció en nuestro país desde la década del 80, en los datos sobre el tipo de lactancia recibida durante los primeros seis meses de vida (muestra urbana), reportados en el estudio del Proyecto Venezuela** <sup>(16)</sup>, en donde se observaba que el mayor porcentaje (73%) practicó la lactancia mixta durante el primer mes de vida, la cual declinó progresivamente alrededor del sexto mes, dándole paso a la alimentación artificial (59.1%). **La lactancia materna exclusiva durante el primer mes fue utilizada por 16.9% de la muestra, disminuyendo progresivamente hasta el sexto mes.**

**De igual forma entre las décadas del 80 y el 90, en el estudio de Jaffé** <sup>(17)</sup>, en donde se compara la práctica de la lactancia materna en Venezuela, se observó que para el año de 1995 el 51% (n=312) de las madres de una muestra del área metropolitana de Caracas y 10 ciudades del interior sin incluir zonas rurales, mantenían lactancia materna mixta hasta los seis meses; hasta el primer mes en forma exclusiva 52% y en forma mixta el 46%. Es decir, que también según este reporte, la tendencia en la practica de la lactancia materna exclusiva es la de ser la menos utilizada y la que menos se prolonga en el tiempo.

En el estudio de Dehollain y col. <sup>(18)</sup> en la ciudad de Caracas, en 1984, se caracterizó la lactancia materna en mujeres de alta escolaridad y alto nivel socioeconómico; sus resultados muestran que los niños amamantados en forma exclusiva, recibieron leche materna por un período mayor que aquellos con alimentación mixta desde el inicio, reportando que para el sexto mes habían destetado 74% (n=22) de los niños con lactancia materna exclusiva; mientras que un mayor porcentaje de destete, 97% (n=28) correspondió a los niños con lactancia mixta.

**También los trabajos de Vandale y Rivera** <sup>(19)</sup>, señalan una preocupante y creciente tendencia al abandono temprano de la práctica, en las comunidades rurales mexicanas, produciéndose el destete precoz antes de

**los 4 meses**, y que esto dependía de la región geográfica, así como de una menor paridad, de tener una mejor vivienda, de una mayor educación materna y de la atención médica.

En el IV· reporte de la situación nutricional del mundo, **muestran que los países en vías de desarrollo presentan los niveles mas altos de la lactancia materna en recién nacidos, sin embargo la recomendación de mantener una lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de la vida no es acatada en la mayoría de los casos, por esto las prácticas de lactancia están muy lejos de ser óptimas.** En América Latina y el Caribe, la introducción de alimentos complementarios fue la causa por la cual el 50% de los niños menores de 4 meses de edad abandonaron la lactancia materna precozmente <sup>(14)</sup>.

**El rechazo del niño al pecho y la decisión de la madre a abandonar esta práctica fueron las causas más comunes reportadas por las madres para el abandono de la práctica de la lactancia materna,** lo cual coincide con el Proyecto Venezuela, donde la principal causa de destete (45.9%) es "el niño no quiso más leche materna" <sup>(16)</sup>. Así mismo, el rechazo al pecho constituyó la causa más importante reportadas en el trabajo de Dini y col.<sup>(20)</sup>, para madres de estrato socioeconómico medio - alto y alto de Caracas, y en el de Barcia y colaboradores <sup>(21)</sup> en comunidades rurales de Ecuador. Mientras que la decisión de la madre como causa principal para la lactancia fallida es similar a los hallazgos del estudio realizado en el casco urbano de Cartagena, Colombia <sup>(22)</sup>.

**Estos resultados difieren de lo reportado por Furzán y col. <sup>(23)</sup> entre 1990 - 1991 en el estado Falcón (Venezuela), quienes observaron que la causa principal de suspensión de la lactancia fue "leche insuficiente"** y por Vandale y Rivera <sup>(19)</sup> (n=5409), quienes señalan la poca producción de leche, desconocimiento del valor nutritivo de la misma, conflictos con el horario del trabajo y congestionamiento de mamas, como las principales razones aducidas para suspender la lactancia. En esta investigación solo 12% de las madres reportaron el conflicto con el trabajo como la causa para la suspensión de la lactancia.

**Como puede observarse en esta discusión al igual que en otros estudios tanto en nuestro país, como en otros países en vías de desarrollo y en diferentes décadas, la práctica de la lactancia no pareció tener variaciones importantes.** Las razones que las madres adujeron como la causa del destete son diversas, pero la razón real que lo promueve, quizás se pueda explicar, por la estrecha relación que existe entre la disminución de la frecuencia y duración del amamantamiento de manera espontánea y la introducción de la alimentación complementaria antes del cuarto mes, principalmente con cereales preparados en forma líquida o bien sea con leche diferente a la de la madre. Además se observa, la escasa probabilidad de las mujeres, en insistir con el mantenimiento de la lactancia materna con la misma frecuencia aún cuando sus hijos han disminuido la demanda <sup>(6,21)</sup>.

**En la encuesta de hábitos de alimentación infantil en familias obreras de Caracas realizada por Vélez Boza y col (1962), encontraron que las leches maternizadas hoy conocidas como fórmulas de inicio y la leche completa, fueron las más utilizadas en caso de lactancia mixta o artificial <sup>(26)</sup>; estos hallazgos son semejantes a los encontrados en este estudio 33 años después, lo cual refleja el arraigo de la práctica y lo ineficaz de las estrategias que han promovido el cambio.**

Generalmente la madre entrevistada refiere que prepara todos los teteros del día al mismo tiempo y los almacena de manera inadecuada; pocas veces alimenta al niño en un lugar tranquilo que permita fortalecer el vínculo madre - hijo y lo más importante es que emplean este instrumento como medio para la alimentación por un tiempo muy prolongado impidiendo al niño probar nuevas texturas, retardando la masticación y la integración a la mesa familiar <sup>(25)</sup>.

La velocidad del proceso de incorporación de nuevos alimentos hasta la ingesta de una dieta de adulto modificada está determinada por la velocidad de maduración del sistema nervioso, inmunológico, digestivo y renal del lactante <sup>(4,6)</sup>. Como se observa, 100% de los niños después del noveno mes habían consumido alimentos de todos los grupos, sin embargo, dentro de cada grupo, la variedad de alimentos fue muy limitada, lo cual tiene relación con la incapacidad del cuidador para enseñar el consumo de una alimentación variada y lo retrasado de la progresión dietética tanto en texturas, variedad, como en la utilización de instrumentos para la alimentación de acuerdo con la edad (vasos en vez de biberón, frutas enteras en vez de jugos, vegetales en sopas en vez de utilizarlos en otras preparaciones por ejemplo).

Los niños comienzan a responder a las claves ambientales relacionadas con la ingesta de alimentos después de los 10 meses, ya que durante el primer período de la vida, las señales internas de depleción energética controlan fisiológicamente la ingesta de alimentos. A medida que el niño acumula experiencia con la ingesta y los rituales que la rodean, se promoverá el aprendizaje y se establecerán las claves ambientales que regularán su ingesta alimentaria <sup>(1,27)</sup>.

**De acuerdo con los últimos lineamientos, la introducción de alimentos complementarios debe ser progresiva, comenzando a partir del sexto mes cuando el niño recibe lactancia materna exclusiva o al cuarto-quinto mes cuando la lactancia es mixta o artificial, con alimentos disponibles para la familia y aceptados culturalmente.** El orden recomendado por grupo de alimentos es: verduras y tubérculos, posteriormente cereales, frutas variadas a excepción de cítricos, vegetales que no produzcan flatulencia, carnes de aves, res, pescado y cerdo dependiendo de la disponibilidad de otras fuentes proteicas, y las grasas <sup>(4,28,29)</sup>.

En este grupo, se observó que antes de los 4 meses de edad se inició la introducción de alimentos complementarios lo cual es similar a los hallazgos de Dehollain et al (18), quienes reportan la incorporación de alimentos

complementarios antes de los 3 meses de vida en un 62%; dicha edad no es la considerada para iniciar este proceso debido a que las condiciones de maduración fisiológicas no son las mas adecuadas <sup>(28)</sup>, **igualmente se considera que la introducción temprana de alimentos complementarios es peligrosa en países en vías de desarrollo porque aumenta la exposición de alimentos contaminados** <sup>(6)</sup>, y los niños alimentados al pecho, ajustan su ingesta energética cuando otros alimentos son introducidos; por lo tanto no existen ventajas en introducir alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad en poblaciones de riesgo <sup>(30)</sup>.

**El agregado de cereal (harina de arroz la más utilizada) en la preparación del biberón, comienza aproximadamente con la introducción de la leche completa en el primer mes de vida, notándose que la mayoría de las madres no ven esta práctica como la introducción de un alimento nuevo, tal vez, sólo sea el mantener una costumbre de la alimentación, que se ha transmitido por generaciones.**

Durante el tercer mes, el pollo es la primera fuente proteica elegida, en segundo lugar la carne de res y el queso blanco y en último lugar el pescado, sin embargo es de hacer notar que el pollo, conforma la fuente de proteína animal mayormente utilizada en estos niños durante el primer año, probablemente por su menor costo en relación con las otras fuentes proteicas o por la creencia de que esta es una fuente de proteína animal más saludable. Las frutas se inician preparadas en jugo a partir del segundo al tercer mes al igual que las sopas, las cuales se inician durante el tercer y cuarto mes en la mayoría de los niños. Los cereales sólidos, entre los que se encuentran el arroz, las pastas, la arepa y el plátano, se inician después del cuarto mes. Los granos por el contrario se inician luego del sexto mes al igual que las grasas (margarina, aceite, mayonesa).

Definidas en párrafos anteriores las orientaciones dietéticas que aseguran el desarrollo de hábitos y conductas alimentarias que favorezcan en el niño un estado nutricional óptimo, se podría deducir que alteraciones en los diferentes niveles, bien sea en el patrón de lactancia, en el inicio de la alimentación complementaria en forma temprana o tardía, en una reducida disponibilidad de alimentos, y/o en trastornos en el establecimiento de relaciones de alimentación adecuadas, pudieran resultar contraproducente en el desarrollo nutricional del lactante <sup>(10)</sup>.

**Observamos un deterioro en la alimentación de estos lactantes debido a la utilización de leche completa a dilución inadecuada combinado con el cereal (almidones crudos preparados) y azúcar, los cuales disminuyen el vaciamiento gástrico del niño** <sup>(6)</sup>, interfiriendo en su apetito y como consecuencia, disminuyendo la disposición para consumir otro tipo de alimentos o preparaciones, probablemente sea ésta una de las razones que explique una introducción de alimentos de poca variedad: sopas basadas en verduras tales como papas, apio, ocumo, plátano verde y algunos vegetales como auyama y zanahoria, que se inician en el tercer mes.

**Con relación a las prácticas de alimentación y su influencia cultural**, en el estudio realizado por Nevling y col. donde se evaluó si el nivel socioeconómico y la edad de las madres influye en las prácticas de lactancia e introducción de alimentos complementarios en niños del estado de Tennessee (EEUU), encontraron que independientemente de la edad, las madres incorporaron alimentos complementarios antes de los recomendado (4-6 mes) y el cereal fue el primer alimento empleado en la mayoría de los niños seguido por las frutas, vegetales y carnes. Este trabajo sugiere que la edad materna no es un factor determinante para seguir recomendaciones de alimentación de los niños, ya que **ambas, madres adolescentes y adultas no acataban los tiempos óptimos sugeridos para la incorporación de alimentos complementarios y la elección de los alimentos más apropiados para sus niños, lo que pudiera ser el reflejo de otros factores como las prácticas socioculturales** <sup>(31)</sup>.

### Referencias Bibliográficas

1. Pearcy SM, De Castro JM. Food intake and meal patterns of one year old infants. *Appetite* 1997; 29:201-212.
2. Jerome NW. Culture- specific strategies for capturing local dietary intake patterns. *Am J Clin Nutr.* 1997;65:1166S-7S.
3. Hendrics KM, Badruddin SH. Weaning recommendations: The scientific basis. *Nutr Rev* 1992; 50:125-133.
4. Garcia M, Dini E. Alimentación en el lactante En: *Nutrición en Pediatría. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Caracas 1999. Cap 5: 107-118.*
5. Fundacredesa. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela. Caracas, 1995, pp: 1032-1041.
6. Mossha TC, Laswai HS, Dakiko SOS. Breastfeeding, Weaning practices and anthropometric status of children in Morogoro District, Tanzania. *Ecol Food Nutr.* 1998;37:309-338.
7. Grummer-Strawn LM. Does prolonged breast-feeding impair child growth? A critical review. *Pediatrics* 1993;(91) 4:766-770.
8. Busdiecker BS, Castillo DC, Salas AI. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev. Chill. Pediatr* 2000;71:5-11.
9. García M, Zarzalejo Z. Evaluación dietética. En: *Nutrición en Pediatría. Centro de Atención Nutricional Infantil (CANIA). Caracas 1999. Apendice 2ª: 528-539.*
10. Zarzalejo Z, García M, Alvarez ML, Millán A. La evaluación dietética como instrumento diagnóstico *An Venez Nutr* 1999; 12:33-44.
11. Boletín de Nutrición Infantil. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo) CANIA. Caracas Informe de resultados período 1997 Año 2 N°2 1999:22-28.

12. Satter, E. The feeding relationship: Problems and interventions. *J Pediatr* 1990;117 (Sup):181-189.
13. Henríquez P,G. Evaluación del Estado Nutricional. En *Nutrición en Pediatría*. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Caracas 1999. Cap 1:17-62.
14. ACC/SCN (2000). Breastfeeding and Complementary Feeding. In: *Fourth Report on The World Nutritional Situation*. Geneva: ACC/SNC in collaboration with IFPRI. 33-40.
15. García M, Dini E. Aspectos prácticos sobre la lactancia materna. En: *Nutrición en Pediatría*. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Caracas 1999. Cap. 4: 93-106 .
16. Fundacredesa. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela. Caracas, 1995, pp: 1063-1069.
17. Jaffé W, Rivas O, Mendez CH. La lactancia materna en Venezuela entre 1981 y 1995. *An Venez Nutr* 1997;10: 102-105.
18. Dehollain P, Molina E, Aizman A. Caracterización de la lactancia materna en un grupo de mujeres de alto nivel social, *An Venez Nutr* 1991;4:11-15.
19. Vandale-Toney S, Rivera-Pasquel ME, Kageyama-Escobar ML. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública de México* 1997;39:412-419.
20. Dini GE, García ME, Figarella de A M, Puig AM. Conducta entre la lactancia materna, destete y ablactación en 100 madres de un hospital privado de Caracas. *An Venez Nutr* 1995;8:15-20.
21. Barcia A, Valle E. Lactancia materna: Causa de suspensión en dos ciudades de Ecuador, *Bol Sanit Panam* 1981; 91-92.
22. Martínez A. Características y causas de la lactancia materna fallida. *Actualizaciones pediátricas de la Fundación Santa Fé de Bogotá* 1996;6:32-9.
23. Furzan J, Rivero D, Cordero M, Laguna, M. Factores relacionados por la conducta materna ante la lactancia natural y artificial: un estudio descriptivo. *Arch Ven Puer Ped* 1992;54:69-73.
24. Fomon SJ. *Nutrition of Normal Infants*. St Louis: Mosby-Year Book; 1993:403.
25. Dietary management of young infants who are not adequately breast-fed. *Food Nutr. Bull.* 1980, Vol. 2, N° 3.
26. Vélez Boza F, González M. Encuesta de hábitos de alimentación infantil en las familias obreras de Caracas (1962). *Arch Ven. Nutr.*1964: Vol 14: 63-89.
27. Birch L, McPhee L, Sullivan S. Conditioned meal initiation in young children. *Apetite* 1989;13:105-113.
28. Ministry of Health and Welfare. *Guideline for the weaning*. (Revised Edition) Japan: The Ministry, 1995.

29. Pridham KF. Feeding behavior of 6 to 12 month- old infants: Assessment and source of parenteral information. *J Pediatr* 1990;117 (suppl):164-180.
30. Cohen R, Brown K, Canahuati J, Landa L, Dewey K. Effects of age of introduction of complementary foods of infants breastmilk intake, and growth: randomised intervention study in Honduras. *Lancet* 1994;343:288-93.
31. Nevling W, Carruth B, Skinner J. How do socioeconomic status and age influence infant food patterns?. *J Am Diet Assoc.* 1997;97:418-420.