

Lactancia materna continuada y entrenamiento en alimentación complementaria en la prevención del riesgo de talla baja en lactantes de 12 meses, Hospital II Pucallpa 2010-2011.

Continued breastfeeding and complementary feeding training in the prevention of the risk of short stature in infants at 12 months old, Hospital II Pucallpa 2010-2011.

Jackeline del Rosario Ashiyama Vega¹ Javier Ángel Ravichagua Ramos²

RESUMEN

Introducción: Las madres de lactantes de 6 meses no tienen habilidades para alimentarlos e inician destete, reduciendo así beneficios de la lactancia materna continuada (LMC). Mal alimentados y desprotegidos enferman continuamente y se desnutren.

Objetivo: Evaluar efecto de LMC y entrenamiento en alimentación complementaria en prevención del riesgo de talla baja (RTB) en lactantes de 12 meses, Hospital II Pucallpa 2010-2011.

Métodos: Diseño experimental. El tipo de lactancia luego de entrevista se clasificó en LMC (único alimento lácteo bebible) y LMNC (otros lácteos también). Se entrenó a madres del grupo intervención en alimentación complementaria; al grupo control no.

Se talló a los 6 y 12 meses de edad y se registró en WHO ANTRHO. Se analizó con SPSS, calculándose prevalencia de LMC a los 12 meses, incidencia de RTB y estableciéndose nivel de riesgo a través del RR.

Resultados: A los 12 meses en el grupo control (sin entrenamiento) los que tuvieron LMNC encontramos 7 veces más RTB que los que tuvieron LMC del grupo intervención (madres entrenadas)

Conclusión: La aplicación conjunta de LMC y el entrenamiento, crean un sinergismo positivo a favor de la prevención del RTB imprevisible a partir de los valores de cada uno aplicados aisladamente.

Palabras clave: Lactancia materna continuada, riesgo de talla baja, alimentación complementaria.

SUMMARY

Introduction: Mothers of 6 months breastfed babies are not able to feed them properly, so they start weaning, reducing that way the large benefits of continued breastfeeding (LMC). Diseases and undernourishment appear as consequences of poor feeding and immunologic vulnerability.

Objective: To evaluate the effect of continued breastfeeding and complementary feeding training in preventing the risk of short stature (RTB) in 12 months old infants, Essalud Pucallpa Hospital II, 2010 - 2011.

Methods: Experimental design. The type of feeding after interview qualified in LMC (only food dairy beverage) and LMNC (other dairy too). Mothers were trained in the intervention group in supplementary

feeding; the control group had no training.

Their height at 6 and 12 months old and registered in ANTRHO WHO. Were analyzed with SPSS, calculated prevalence of LMC at 12 months old, RTB incidence and risk level established through the RR.

Results: At 12 months old, in the control group (no training) which had LMNC, RTB found 7 times than those with LMC in the intervention group (trained mothers)

Conclusion: The joint application of LMC and training, create a positive synergy for RTB prevention, unpredictable from the values of each applied separately.

Key Words: continued breastfeeding, complementary feeding, risk of short stature.

INTRODUCCIÓN

Este estudio se hizo con la finalidad de que sus aportes contribuyan a prevenir la desnutrición crónica, empleando para ello dos estrategias: La lactancia materna continuada, sin la adición de otros lácteos bebibles, hasta los 12 meses de edad

⁽¹⁾Enfermera Pediatría Hospital II EsSalud Pucallpa y Centro Médico Del Rosario

⁽²⁾Médico Pediatra Hospital II EsSalud Pucallpa y Centro Médico Del Rosario
Segundo lugar categoría C del "Premio Kaelin 2011"

y el entrenamiento a las madres de los lactantes que inician alimentación complementaria.

En la literatura disponible se halla escasa información sobre las bondades de ofrecer leche materna como único lácteo bebible después de los 6 meses, complementada adecuadamente con mazamorras, papillas y purés. Salvo algunas publicaciones extranjeras que han posibilitado la ampliación del componente teórico de este estudio.

En los primeros meses de vida, ocurre un período crítico de crecimiento en el niño, el que nunca se volverá a repetir con la misma celeridad, es por ello que en esta etapa la desnutrición afecta de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños, y genera un mayor riesgo de enfermar y de morir. El deterioro que causan las enfermedades y la malnutrición reducen su capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita sus posibilidades de acceder a otros niveles de educación. Convirtiéndolos luego en adultos con poca productividad económica.

Diversos programas de apoyo alimentario que nacieron con el propósito de reducir la desnutrición crónica (talla baja) en los niños menores de cinco años se vienen ejecutando desde hace varias décadas en el Perú. Sin embargo, ésta ha permanecido casi invariable alrededor del 25.0%⁽¹⁾. En un estudio, que utilizó el marco conceptual de UNICEF, se observó que una de las variables que determinaron que los niños no se encontraran con desnutrición crónica (talla baja) fue la mayor duración de la lactancia materna⁽²⁾.

La OMS, apoyándose en la evidencia científica actual, recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la lactancia materna hasta los dos años o más. Lactancia Materna. Guía para profesionales. Monografías de la AEP N° 5. 2005, Cap.A-7 Pag. 85. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS. 2003. Pág. 8

Sin embargo esta recomendación se puede interpretar de diversas formas, desde la madre que continúa amamantando y complementa con alimentos que excluyen los lácteos bebibles, hasta aquella que privilegia la alimentación con fórmulas artificiales e inicia el destete.

La continuación de la Lactancia materna luego de los primeros seis meses confiere una serie de ventajas en el lactante, como prolongar la protección frente a infecciones graves, y también en la madre, prolongando el período de infertilidad⁽³⁾.

Por ello, es importante mantener la succión, en

tanto que la reducción de la succión induce una disminución en la síntesis de prolactina y de leche materna⁽⁴⁾. Al punto que al cabo de una semana de falta de estimulación del pecho materno el tejido mamario muestra regresión⁽⁴⁾.

El tumulto de publicidad de múltiples marcas de lácteos, orillan a las madres de lactantes de 6 meses al uso de esos productos y es común que los profesionales sanitarios tengamos que responderles, la inquietud siguiente ¿Qué leche le debo dar ahora? En la creencia de que la leche materna debe ser remplazada y que necesariamente el inicio de la alimentación complementaria es sinónimo de destete.

Surgen por ello una serie de cuestionamientos sobre la continuación de la lactancia materna a partir de los seis meses: ¿Es imprescindible el uso de otra leche además de la materna?, ¿Los niños que continúan con leche materna y alimentos complementarios no lácteos corren riesgo de desnutrición?, ¿El uso de otras leches podría desplazar el consumo de la leche materna y disminuir su importante aporte de factores protectores?.

El inicio de la alimentación complementaria a menudo es un evento importante y esperado con grandes expectativas por cada madre, sin embargo un 83% de madres ucayalinas tienen un nivel de conocimientos insuficientes sobre alimentación y nutrición infantil⁽⁵⁾, lo que les impide realizar preparaciones nutritivas o dificulta su capacidad de lograr que el lactante acepte lo ofrecido, corriendo el riesgo de practicar hábitos alimenticios erróneos y como consecuencia de ello contribuir a la desnutrición en sus hijos.

Esto podría explicar porque Ucayali concentra un buen número de indicadores de desnutrición infantil: la desnutrición crónica (talla baja) es del 24.4%⁽⁶⁾, la anemia ferropénica de 43.9%⁽⁶⁾, existe un 45% de déficit en la ingesta de calorías⁽⁶⁾, 22% de niños presenta déficit de proteínas de alto valor biológico⁽⁶⁾, 95% de consumo muy pobre de hierro en los menores de 5 años⁽⁶⁾.

Esto podría ser porque la desnutrición crónica, es el resultado de un efecto acumulativo de una larga data de inadecuada alimentación y aunque suele ser más prevalente después de los 24 meses; el problema comienza generalmente a los 6 meses de edad, cuando el lactante debe empezar a alimentarse complementando la leche materna y se presentan dos situaciones críticas: madres que no tienen habilidades para alimentarlos, esto incluye conocimientos sobre alimentación y estrategias para lograr la aceptación de los alimentos ofrecidos, y equivocadamente se desplaza la leche materna por el consumo de otros lácteos, con lo que el lactante deja de percibir las ventajas nutricionales e inmunológicas de la leche materna, quedando a merced de las afecciones de diverso orden.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño fue experimental de estímulo repetido, con pre y post -prueba, un grupo de intervención y otro de control. El grupo de control recibió la atención estandarizada: control de crecimiento y desarrollo, vacunas y consejería en alimentación complementaria. El grupo de intervención recibió además un entrenamiento en alimentación complementaria, no estandarizado como atención preventiva.

Se excluyeron a los lactantes con factores de riesgo y se incluyó sólo a los sanos, eutróficos y con autorización de sus progenitores. La decisión de continuar o no con el amamantamiento fue de libre albedrío de sus padres.

Se tomó el 100% de la población atendida en CRED entre julio y octubre del 2010 equivalente a 216 lactantes de 6 meses. Se usó la ficha individual codificada para verificar los criterios de selección y se empleó como fuente primaria de información a la madre y secundarias al carné de atención integral del niño (a) y a la historia clínica en caso de existir dudas al respecto. Se excluyeron los que no desearon participar, BPN, PEG, RCIU, RNPT, enfermos crónicos y riesgo de talla baja o talla baja al cumplir los 6 meses de edad; quedando la población con 180 lactantes, a los que se distribuyó aleatoriamente en dos grupos: grupo de intervención y grupo control. Luego un grupo se retiró del estudio (por viaje, inasistencia al entrenamiento, enfermedades y situaciones imprevistas diversas de la familia) reduciéndose a 153 lactantes.

El tipo de lactancia de 6 a 12 meses de edad se identificó por medio de una entrevista a la madre (cuestionario estructurado). Clasificándose en dos: Lactancia materna continuada la que se

empleaba como único alimento lácteo bebible y Lactancia materna no continuada la que no usaba leche materna como único alimento lácteo bebible. Se incluyen las lactancias mixta y artificial (nada de leche materna)

Las madres del grupo de intervención fueron entrenadas en alimentación complementaria (preparación, estrategias de alimentación, uso de la leche materna como ingrediente y como único lácteo bebible) en tres sesiones, a los 6, 7 y 9 meses de edad de sus hijos.

Al grupo de control se le atendió con atenciones estandarizadas: control de crecimiento y desarrollo, vacunas y consejería en alimentación complementaria; pero no se le hizo el entrenamiento en alimentación complementaria, lo cual no se encontraba estandarizado como parte del protocolo de atención.

En ambos grupos se tomó talla a los 6 y 12 meses de edad, estos datos fueron registrados en el programa WHO ANTRHO. Se consideró talla baja cuando la talla/edad corresponde al puntaje Z de -2 DE y riesgo de talla baja cuando la talla/edad corresponde al puntaje Z entre -1 y -2 DE.

Se analizaron estadísticamente los datos con SPSS, calculándose en ambos grupos prevalencia de lactancia materna continuada a los 12 meses de edad, incidencia de riesgo de talla baja y estableciéndose el nivel de riesgo para cada clasificación de las variables independientes a través del Riesgo Relativo.

Esta investigación cumple con la Declaración de Helsinki y se obtuvo el permiso de los parientes responsables. La información recabada fue de uso confidencial, privado y anónimo.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS VARIABLES EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO

TABLA N° 1: Conformación inicial y final de los grupos de estudio

GRUPOS DE ESTUDIO	INICIAL		RETIROS		FINAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Intervención	120	67	2	7.4	118	77
Control	60	33	25	92.6	35	23
TOTAL	180	100.0	27	100.0	153	100.0

Fuente: Estudio Lact. Mat. Cont. y Ent. en Alim. Comp. en prev. del RTB en lact. de 12 m. Hospital II Pucallpa 2010-2011.

La conformación inicial de 180 lactantes, tuvo un 67% en el grupo de intervención en función de la experiencia de que del grupo de intervención es de donde suelen retirarse más sujetos de estudio, porque demanda mayor responsabilidad y compromiso de asistencia a los controles regulares de CRED y vacunas, consejerías en alimentación complementaria y las sesiones de entrenamiento, en comparación con el grupo de control que sólo tenían que acudir a la atención estandarizada (controles regulares de CRED y vacunas, consejerías en alimentación complementaria); pero ninguna sesión de entrenamiento, por ello este grupo tuvo 33 % participantes.

La conformación final quedó reducida a 153 lactantes en uso de los criterios de retiro del estudio. Y como vemos finalmente un 77% del total conformó el grupo de intervención y un 23% el de control, esto fue contrario a lo que se había proyectado, en vista de que del grupo de control hubo más retiros.

TABLA N° 2: Razones de retiro de los participantes del estudio

GRUPOS DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN		CONTROL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Voluntario	1	3.70	10	37.04	11	40.74
Por viaje	1	3.70	10	37.04	11	40.74
Por situaciones imprevistas	0	0.00	3	11.11	3	11.11
Por enfermedad	0	0.00	2	7.41	2	7.41
TOTAL	2	7.40	25	92.60	27	100.00

Fuente: Estudio Lact. Mat. Cont. y Ent. en Alim. Comp. en prev. del RTB en lact. de 12 m. Hospital II Pucallpa 2010-2011.

De los 27 retiros, estos fueron los motivos: 11 retiros voluntarios, 11 por viaje fuera de Pucallpa, 3 por situaciones imprevistas familiares de otro tipo y 2 por enfermedad moderadamente severa que requirió en uno de los casos referencia a Lima.

TABLA N°3: Prevalencia de lactancia materna continuada (LMC) versus lactancia materna no continuada (LMNC) a los 12 meses de edad en ambos grupos

GRUPOS DE ESTUDIO	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LMC		LMNC			
	N°	%	N°	%	N°	%
Intervención	86	73	32	27	118	100
Control	11	31	24	69	35	100

Fuente: Estudio Lact. Mat. Cont. y Ent. en Alim. Comp. en prev. del RTB en lact. de 12 m. Hospital II Pucallpa 2010-2011.

La decisión de continuar o no con la lactancia materna fue libre y voluntariamente tomada por las familias. De los 118 lactantes que conformaron el grupo de intervención, 73% tuvieron lactancia materna continuada (LMC) y un 27% tuvo lactancia materna no continuada (LMNC).

De los 35 lactantes que conformaron el grupo de control, 31% tuvieron lactancia materna continuada (LMC) y un 69% tuvo lactancia materna no continuada (LMNC).

TABLA N° 4: Incidencia de Riesgo de Talla Baja y Talla Baja según tipo de lactancia a los 12 meses en ambos grupos

GRUPO	TIPO DE LACTANCIA	TALLA PARA LA EDAD						TOTAL	
		NORMAL		RIESGO TALLA BAJA		TALLA BAJA			
		N	%	N	%	N	%	N	%
INTERVENCIÓN (con entrenamiento)	Lact. Mat. Cont. (LMC)	84	98	2	2	0	0	86	100
	Lact. Mat. No Cont. (LMNC)	29	91	3	9	0	0	32	100
CONTROL (con atención estandarizada/sin entrenamiento)	Lact. Mat. Cont. (LMC)	10	91	1	9	0	0	11	100
	Lact. Mat. No Cont. (LMNC)	19	79	4	17	1	4	24	100

Fuente: Estudio Lact. Mat. Cont. y Ent. en Alim. Comp. en prev. del RTB en lact. de 12 m. Hospital II Pucallpa 2010-2011.

En el grupo de intervención (con entrenamiento), del sub grupo de los que tuvieron LMC el 98% permaneció con talla normal. La incidencia de riesgo de talla baja es de 2% para este sub grupo.

Del sub grupo de los que tuvieron LMNC un 91% mantuvieron la normalidad. La incidencia de riesgo de talla baja es de 9% para este sub grupo.

Ninguno de los sub grupos tuvo talla baja.

En el grupo control (con atención estandarizada), del sub grupo de los que tuvieron LMC el 91% permaneció con talla normal. La incidencia de riesgo de talla baja fue de 9%.

Del sub grupo de los que tuvieron LMNC un 79% mantuvieron la normalidad. La incidencia de riesgo de talla baja fue de un 17% en los que tuvieron LMNC.

La incidencia de talla baja fue de un 4 % en los que tuvieron LMNC hasta los 12 meses.

COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Se aplicó el riesgo relativo para medir el efecto de las variables independientes.

TABLA N° 5: Riesgo de talla baja (RTB) en los que tuvieron Lactancia Materna No Continuada (LMNC) a los 12 meses en ambos grupos

GRUPO	EXPOSICIÓN A	INCIDENCIA RTB	RR
INTERVENCIÓN	Lactancia Materna No Continuada	9.4	4.1
	Lactancia Materna Continuada	2.3	
CONTROL	Lactancia Materna No Continuada	17	1.8
	Lactancia Materna Continuada	9	

En el grupo de intervención, el riesgo relativo de presentar Riesgo de Talla Baja es 4.1 veces mayor en el grupo de LMNC comparado con el grupo de LMC, es decir existe un claro efecto protector de la LMC. Y en el grupo de control el riesgo relativo de presentar Riesgo de Talla Baja es 1.8. Continua la LMC siendo un factor protector contra el Riesgo de Talla Baja, pero en menor medida que con un entrenamiento adecuado en la alimentación complementaria.

En ambos casos la LMC parece ser un elemento protector de riesgo de talla baja, siendo mas ostensible en el grupo intervenido.

TABLA N° 6: Riesgo de talla baja (RTB) en los que tuvieron Lactancia Materna Continuada (LMC) y no Continuada (LMNC) del Grupo de control versus el grupo de intervención.

GRUPO	EXPOSICIÓN A	INCIDENCIA RTB	RR
CONTROL	Lactancia Materna Continuada	9.1	3.95
INTERVENCIÓN	Lactancia Materna Continuada	2.3	
CONTROL	Lactancia Materna No Continuada	16.6	1.8
INTERVENCIÓN	Lactancia Materna No Continuada	9.4	

Por otro lado, si nos referimos al grupo de LMC con intervención, y sin intervención, vemos que la no intervención incrementó en 3.95 veces el riesgo.

Lo mismo puede decirse para el grupo con LMNC, aunque en menor medida.

TABLA N° 7: Riesgo de talla baja (RTB) en los que tuvieron Lactancia Materna No Continuada (LMNC) del Grupo de Control versus Lactancia Materna Continuada (LMC) del Grupo de Intervención

GRUPO	EXPOSICIÓN A	INCIDENCIA RTB	RR
CONTROL	Lactancia Materna No Continuada	16.6	7.2
INTERVENCIÓN	Lactancia Materna Continuada	2.3	

En el grupo de control, en los que tuvieron LMNC hubo 7 veces más riesgo de presentar riesgo de talla baja que los que tuvieron LMC del grupo de intervención.

Se presenta un claro sinergismo en contra de la desnutrición cuando se combina la LMC con el entrenamiento en alimentación complementaria.

DISCUSIÓN

No existen estudios similares, que evalúen la combinación del entrenamiento en alimentación complementaria y la duración de la lactancia materna, donde la leche materna sea el único lácteo bebible usado después de los 6 meses. Por ello se establecen comparaciones con estudios que usan variables cercanas.

Pero sí se encuentra información coincidente entre la duración de lactancia materna y la disminución de la desnutrición crónica infantil, en un estudio, que utilizó el marco conceptual de UNICEF y observó que una de las variables que determinaron que los niños no se encontraran con desnutrición crónica (talla baja) fue la mayor duración de la lactancia materna⁽⁷⁾.

Unicef postula que entre las causas inmediatas más importantes de la desnutrición crónica (talla baja), se encuentra la inadecuada ingesta alimentaria

y que su interacción con las enfermedades infecciosas tiende a crear un círculo vicioso, ya que cuando el niño desnutrido, cuya resistencia a las enfermedades es inferior, contrae una enfermedad, su desnutrición empeora⁽⁸⁾.

Las enfermedades prevalentes de la infancia condicionan la desnutrición crónica y estudios diversos de todo el mundo las han relacionado indirectamente con una menor duración de la lactancia materna^(9, 10, 11, 12 y 13).

De otro modo también se ha asociado la lactancia materna con la prevención de la desnutrición al demostrar como la leche materna impacta el estado nutricional de forma evidente durante los periodos de enfermedad, cuando el apetito de los niños por otros alimentos desciende pero la ingesta de leche materna se mantiene⁽¹⁴⁾.

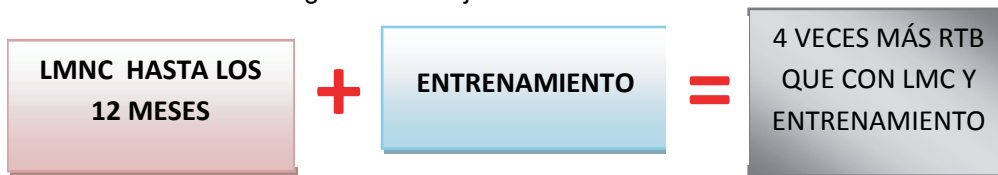
En este estudio se obtiene resultados que demuestran la disminución del riesgo de la desnutrición crónica (riesgo de talla baja) entre los que hacen lactancia materna continuada sin adición de otros lácteos bebibles y cuyas madres son entrenadas en alimentación complementaria.

RIESGO DE TALLA BAJA (RTB) EN LOS QUE TUVIERON LACTANCIA MATERNA NO CONTINUADA (LMNC) EN EL GRUPO DE INTERVENCIÓN

En el grupo de intervención (recibió el entrenamiento) algunas madres optaron por no continuar con la lactancia materna como único lácteo bebible (LMNC). Este sub- grupo entrenado, pero sin lactancia materna continuada (LMC) presentó 4 veces más Riesgo de Talla Baja (RTB) que los que mantuvieron la LMC hasta los 12 meses.

El hallazgo de menor incidencia de RTB del estudio se encuentra en el grupo de intervención, entre los que tuvieron LMC; porque se combinan las dos estrategias y a la vez variables independientes del estudio: LMC y entrenamiento en alimentación complementaria.

La comparación de incidencias de RTB entre los que tuvieron LMNC y LMC, demuestra que aún entrenando a las madres en alimentación complementaria, el hecho de haber conferido LMNC incrementó hasta 4 veces la incidencia del riesgo de talla baja.



RIESGO DE TALLA BAJA (RTB) EN LOS QUE TUVIERON LACTANCIA MATERNA NO CONTINUADA (LMNC) EN EL GRUPO CONTROL

En el grupo de control, se presenta lo siguiente: entre los que tuvieron LMNC hasta los 12 meses hubo 1.8 veces más riesgo de presentar RTB que los que tuvieron LMC hasta los 12 meses, pero sin entrenamiento.

Estos resultados demuestran que en situación de no recibir entrenamiento en alimentación complementaria, la LMNC incrementó 1.8 veces la incidencia de RTB que cuando hubo LMC hasta los 12 meses (reiteramos en situación de no entrenamiento para ambos sub grupos)

Este resultado es menor que el RR 4 del grupo de intervención porque en el grupo control, ninguno de los sub grupos de LMC ni LMNC recibieron el entrenamiento y sólo se evidencia la fuerza de asociación con el RTB de la LMNC.

Por lo tanto, si sólo promovemos la LMC hasta los 12 meses; pero sin entrenamiento, la reducción de la RTB será inferior, porque como vemos la fuerza de asociación es menor que cuando también se entrena a las madres.



RIESGO DE TALLA BAJA (RTB) EN LOS QUE TUVIERON LACTANCIA MATERNA NO CONTINUADA (LMNC) DEL GRUPO DE CONTROL VERSUS EL GRUPO DE INTERVENCIÓN

En el grupo de control, el mismo que no recibió el entrenamiento, entre los que tuvieron LMNC hasta los 12 meses hubo 1.8 veces más riesgo de presentar RTB que los que tuvieron LMNC hasta los 12 meses en el grupo de intervención.

Estos resultados demuestran que sin entrenamiento en alimentación complementaria y con LMNC se incrementó 1.8 veces la incidencia de RTB que con entrenamiento y con LMNC. Este resultado es similar al obtenido aplicando sólo LMC sin entrenamiento.

Por lo tanto si sólo entrenamos a las madres y éstas no hacen LMC hasta los 12 meses la reducción de la RTB será inferior, porque como vemos la fuerza de asociación es menor que cuando las madres entrenadas hacen LMNC.



RIESGO DE TALLA BAJA (RTB) ENTRE LOS QUE TUVIERON LACTANCIA MATERNA CONTINUADA (LMC) DEL GRUPO DE CONTROL VERSUS EL GRUPO DE INTERVENCIÓN

En el grupo de control, el mismo que no recibió el entrenamiento, entre los que tuvieron LMC hasta los 12 meses hubo 4 veces más riesgo de presentar RTB que los que tuvieron LMC hasta los 12 meses del grupo de intervención.

Estos resultados demuestran que sin entrenamiento en alimentación complementaria y con LMC se incrementó 4 veces la incidencia de RTB que con entrenamiento y con LMC. Este resultado es similar al obtenido aplicando sólo entrenamiento, pero sin LMC.

Por lo tanto si no entrenamos a las madres, aunque éstas hagan LMC hasta los 12 meses la reducción de la RTB será inferior, porque como vemos la fuerza de asociación es menor que cuando las madres entrenadas hacen LMC.



RIESGO DE TALLA BAJA (RTB) ENTRE LOS QUE TUVIERON LACTANCIA MATERNA NO CONTINUADA (LMNC) DEL GRUPO DE CONTROL VERSUS LOS QUE TUVIERON LACTANCIA MATERNA CONTINUADA (LMC) DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN

En el grupo de control, el mismo que no recibió el entrenamiento, entre los que tuvieron LMNC hasta los 12 meses hubo 7 veces más riesgo de presentar RTB que los que tuvieron LMC hasta los 12 meses del grupo de intervención.

Estos resultados demuestran que entrenando a las madres en alimentación complementaria y logrando que ellas practiquen la LMC hasta los 12 meses habrá menos RTB que cuando las madres no son entrenadas y practican LMNC.



CONCLUSIONES

El grupo que se entrenó en alimentación complementaria presentó un riesgo relativo de Riesgo de Talla Baja 4.1 veces menor cuando se continua con la lactancia materna; frente a los que no lo hacen, es decir existe un claro efecto protector de la LMC.

Situación similar sucede en el grupo de control donde la LMC sigue siendo un factor protector contra el Riesgo de Talla Baja, pero en menor

medida que con un entrenamiento adecuado en la alimentación complementaria.

En ambos casos la LMC parece ser un elemento protector de riesgo de talla baja, siendo mas ostensible en el grupo intervenido.

Por otro lado, si nos referimos al grupo de LMC con intervención, y sin intervención, vemos que la no intervención incrementó en 3.95 veces el riesgo.

Lo mismo puede decirse para el grupo con LMNC, aunque en menor medida.

Pero el resultado más importantes es cuando se combinan la LMC con el entrenamiento en alimentación complementaria y se reduce el riesgo relativo 7 veces, frente a los que tuvieron LMNC del grupo de control.

La APLICACIÓN CONJUNTA de la LMC (sin otros lácteos bebibles) y el entrenamiento en alimentación complementaria crean un sinergismo imprevisible a partir de los valores de la aplicación de cada uno por separado.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la políticas nacionales a favor de la práctica de la lactancia materna exclusiva.
2. Incorporar en la Norma Técnica de Control de Crecimiento y Desarrollo, el entrenamiento en alimentación complementaria en sustitución
3. Impulsar la reactivación del Comité Nacional de Lactancia Materna y de los Comités Regionales.
4. Implementar medidas de vigilancia del cumplimiento del Reglamento de Alimentación infantil a través del MINSA e INDECOPI, así como de los comités de lactancia.
5. Promover Leyes que faciliten la lactancia materna de la madre trabajadora, con el fin de que puedan amamantar hasta por lo menos los dos años. Por ejemplo ampliar el periodo de licencia por maternidad hasta seis meses.
6. Crear indicadores que permitan la monitorización de los niveles de lactancia materna después de los 6 meses de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Informes de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud del período 1996-2007. 2010.
2. UNICEF. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. 1997
3. Short R. V. Breastfeeding. *Sci Am* 250 (4):35,1984.
4. Lawrence RA. Lactancia materna. Una guía para la profesión médica. 6ta ed. España: Elsevier; 2007.
5. Ashiyama J V. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en madres ucayalinas. FAB. 2009.
6. CENAN. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2008-2009. Perú: 2010.
7. UNICEF. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú.1998.
8. UNICEF. Estado mundial de la Infancia. 1998.
9. Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Ped Clin N Amer* 2001; 48:125-42.
10. Meremikwu MM, Asindi AA, Antia-Obong OE. The influence of breast feeding on the occurrence of dysentery, persistent diarrhoea and malnutrition among Nigerian children with diarrhoea. *WJMJ* 1997;16(1):20-23.
11. Nacify AB, Abu-Elyazeed R, Holmes JL, et al. Epidemiology of Rotavirus Diarrhea in Egyptian Children and Implications for Disease Control. *Am J Epidemiol.* 1999; 150(7):770-777.
12. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A Longitudinal Analysis of Infant Morbidity and Extent of Breastfeeding in the United States. *Pediatrics.*1997;99(6).
13. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 1995;126:696-702.
14. Brown KH, et al. Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *Am J Clin Nutr* 1990;52:1005-13.

Correspondencia: Lic. JACKELINE DEL ROSARIO ASHIYAMA VEGA
Hospital II EsSalud Pucallpa
Jr, Lloque Yupanqui 510 Pucallpa, Ucayali – Perú

Correo electrónico: rosarioashiyama@yahoo.com
jackeline.ashiyama@essalud.gob.pe

Recibido: 10/01/13

Aceptado: 25/03/13