



ORIGINALES

Prácticas alimentarias entre niños menores de un año ingresados en hospital público

Práticas alimentares entre crianças menores de um ano internadas em hospital público

Feeding practices among children under one year of age admitted to a public hospital

Floriacy Stabnow Santos ¹
Antonio Felipe Brito da Silva Júnior²
Janete Pereira da Silva Lima ³
Volmar Moraes Fontoura ⁴
Francisca Aline Araes Sampaio Santos ⁵
Marcelino Santos Neto ⁵

¹ Profesora Adjunta de la Universidad Federal do Maranhão. Brasil. floriacys@gmail.com

² Discente del curso de Enfermería de la Universidad Federal do Maranhão. Imperatriz, Maranhão, Brasil.

³ Hospital Municipal de Imperatriz. Imperatriz, Maranhão, Brasil.

⁴ Asistente de la Universidade do Tocantins. Augustinópolis, Tocantins, Brasil

⁵ Profesor Adjunto de la Universidad Federal do Maranhão. Imperatriz, Maranhão, Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.301541>

Recibido: 2/08/2018

Aceptado: 9/11/2018

RESUMEN:

Introducción: La fuente de alimentación es un factor importante para asegurar el correcto crecimiento y desarrollo de un niño.

Objetivo: Identificar el perfil socioeconómico de los niños menores de un año ingresados en hospital público en interior de Maranhão y de sus madres; conocer la alimentación complementaria practicada por ellas y el histórico de amamantamiento materno.

Método: Investigación descriptiva, transversal de naturaleza cuantitativa, realizada entre febrero y septiembre de 2015. Datos recolectados en formularios aplicados a las madres de los niños, siendo la muestra de 174 sujetos.

Resultados: Eran del sexo masculino 62,7% de los niños, 42,5% tenían de 1 a 4 meses, 55,7% fueron ingresados con problemas respiratorios, sus madres eran amas de casa con edad entre 15 y 35 años. Los datos muestran que los niños recibieron líquidos, leche artificial y alimentos precozmente, y sólo 20,1% practicaron al amamantamiento materno exclusivo hasta el sexto mes.

Conclusión: Los niños menores de un año ingresados presentaron tipo alimentación inadecuado. Por lo tanto, son necesarias acciones que promuevan la práctica de la alimentación saludable.

Palabras clave: Alimentación complementaria; Niño; Hospitalización.

RESUMO:

Introdução: A alimentação é um fator de importância para assegurar a existência, o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança.

Objetivos: identificar o perfil socioeconômico das crianças menores de um ano internadas em hospital público no interior do Maranhão e de suas mães; conhecer a alimentação complementar praticada por elas e o histórico de aleitamento materno das mesmas.

Método: Pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, realizada entre fevereiro e setembro de 2015. Dados coletados através de formulários aplicados às mães, sendo que a amostra compreendeu 174 sujeitos.

Resultados: Eram do sexo masculino 62,7% das crianças, 42,5% tinham de 1 a 4 meses, 55,7% foram internadas com problemas respiratórios, suas mães eram donas de casa com idade entre 15 e 35 anos. Os dados mostram que as crianças receberam líquidos, leite artificial e alimentos precocemente, e apenas 20,1% praticaram o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

Conclusão: As crianças menores de um ano internadas apresentam padrão alimentar inadequado. Portanto, são necessárias ações que promovam a prática da alimentação saudável.

Palavras chave: Alimentação complementar; Criança; Hospitalização.

ABSTRACT:

Introduction: Food is an important factor to ensuring the existence, growth and development of a child.

Objectives: to identify the socioeconomic profile of children under one year of age hospitalized in a public hospital in the country side of Maranhão and of their mothers; to know the complementary feeding given by mothers and their history of breastfeeding.

Method: Descriptive, cross-sectional, quantitative research conducted between February and September 2015. Data were collected through forms applied to mothers, and the sample comprised 174 individuals.

Results: 62.7% of the children were male, 42.5% were 1 to 4 months old, 55.7% were hospitalized with respiratory problems, their mothers were housewives aged between 15 and 35 years. The data showed that children received liquids, artificial milk and food precociously, and only 20.1% had practiced exclusive breastfeeding until the sixth month.

Conclusion: The children under one year of age have an inadequate eating pattern. Therefore, actions that promote the practice of healthy feeding are necessary.

Key-words: Complementary feeding; Child; Hospitalization

INTRODUCCIÓN

Una alimentación apropiada en los dos primeros años de vida es fundamental, al ser el período de más rápido crecimiento, desarrollo y formación de los hábitos alimentarios que van a permanecer a lo largo de la vida ⁽¹⁾.

La alimentación es un factor de importancia para asegurar la existencia, el crecimiento y el desarrollo adecuados de un niño. El amamantamiento materno (AM) es una manera más natural, fisiológica, y garantía de alimentación para un bebé en los primeros seis meses de vida. El amamantamiento materno debe ser exclusivo hasta los seis meses y, complementado hasta los dos años o más ⁽²⁾.

En el sexto mes de vida es necesario la introducción de alimentos complementarios, ya que en esa franja de edad las carencias nutricionales no son suplidas por la leche materna ⁽³⁾.

En una complementación normal debe haber equilibrio de alimentos con cantidad adecuada de micro y macronutrientes, exentos de contaminación, fácil acceso, costo admisible, además de estar preparada con alimentos cotidianos de la familia. Al comienzo debe tener consistencia pastosa y espesa. A partir del octavo mes se comienza con la alimentación sólida, que puede ser amasada, partida o cortada en

pequeños pedazos. A los doce meses, el niño ya debe ingerir los mismos alimentos de la familia, además de la leche materna ⁽²⁾.

La introducción prematura de alimentos complementarios eleva la morbimortalidad infantil debido a una inferior ingestión de elementos de protección presentes en la leche materna, dejándole más expuesto a enfermedades infecciosas y a desnutrición, especialmente aquellos que viven en locales con escasas condiciones de higiene, además de interferir en la asimilación de nutrientes relevantes de la leche materna, como el hierro y el zinc, así como favorecer el riesgo de alergia alimentaria ⁽⁴⁾.

El Ministerio de Salud (MS) afirma que si, por un lado, la introducción de alimentos adicionales puede parecer buena para el bebé que mama exclusivamente el pecho y que muestre una demora de aumento de peso, por otro lado, esa inclusión, con regularidad, representa mayor riesgo de infecciones y, en condiciones de miseria extrema, hasta incluso gran riesgo de morir. Existe consenso de que la introducción de alimentación complementaria no debe ser indicada antes de los seis meses de edad, ya que los prejuicios de la inclusión superan, mucho, cualquier provecho posible ⁽⁵⁾.

El corto tiempo del amamantamiento materno exclusivo (AME) que trae ventajas nutricionales indiscutibles, la introducción demorada de alimentos ricos en hierro y el consumo insuficiente o inadecuado de estimuladores de su absorción pueden ser considerados elementos predisponentes para desarrollo de anemia ferropénica en esa franja de edad ⁽⁶⁾.

Entre los alimentos que contienen hierro, se destaca el frijol negro, que forma parte de la dieta de los brasileños. Es un alimento naturalmente abundante en hierro y una rica fuente para cubrir la necesidad de ese nutriente en el combate de la anemia ferropénica. Sin embargo, cabe resaltar que ese alimento no debe ser ofrecido antes del sexto mes de vida del niño ⁽⁷⁾.

Se sabe que muchos niños son internados con enfermedades infecciosas, por eso es importante estudiar detalladamente la causa de esas enfermedades y si la introducción precoz de alimentación complementaria ha sido practicada entre esos niños. Así, el presente trabajo tuvo como objetivos identificar el perfil socioeconómico de los niños menores de un año ingresados en hospital público en el interior de Maranhão, en el Hospital Municipal Infantil de Imperatriz (HMII) y de sus madres; conocer la alimentación complementaria practicada por esos niños y conocer el histórico de amamantamiento materno de los mismos.

MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo, realizado en el HMII, hospital de referencia en pediatría para toda la región. La investigación fue realizada entre febrero y septiembre de 2015.

La población del estudio fue compuesta por niños menores de 1 año internados en el HMII con diagnóstico de enfermedades infecciosas. Formaron parte de la muestra 174 niños de una población de 263 que fueron internados en 2012. Se incluyó a los que residían en el municipio de Imperatriz, con edad de hasta un año de vida, y fueron excluidos los mayores de un año, portadores de alguna patología congénita como cardiopatía, enfermedad renal o neurológica y con diagnóstico de HIV/AIDS.

Los datos fueron recolectados por los investigadores a través de un formulario con preguntas cerradas y abiertas y digitadas en programa desarrollado en lenguaje *Java* y posteriormente organizados y tabulados en planillas de Microsoft Excel y analizados de forma descriptiva, considerando la frecuencia absoluta y relativa.

La investigación siguió los preceptos éticos y fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación da Universidad Federal de Maranhão con el parecer 698.692/2014.

RESULTADOS

De los 174 niños, fueron internados 97 (55,7%) por problemas respiratorios, presentaron diarrea 35 (20,2%), tuvieron fiebre a esclarecer 32 (18,5%) y 10 (5,6%) tuvieron otras enfermedades infecciosas como leishmaniosis visceral (2; 1,1%), tos convulsa (2; 1,1%), otitis (3; 1,7%) e infección del tracto urinario (3; 1,7%).

Los datos obtenidos señalaron que 109 (62,7%) de los participantes del estudio eran del sexo masculino y que 74 (42,5%) tenían entre 1 y 4 meses de edad conforme muestra la tabla 1.

Tabla 1: Edad de los niños participantes del estudio. HMII, Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Edad/sexo	Niños		Masculino		Femenino	
	n	%	n	%	n	%
<1 mes	28	16,1	17	9,8	11	6,3
1-4 meses	74	42,5	51	29,3	23	13,2
5-6 meses	27	15,5	16	9,2	11	6,3
7-12 meses	44	25,9	25	14,4	20	11,5
Total	174	100	109	62,7	65	37,3

En cuanto a la procedencia de los sujetos del estudio, 90 (51,7%) eran de otras ciudades circundantes a Imperatriz y hasta 10 (5,7%) eran de otros estados (tabla 2).

Tabla 2: Procedencia de los niños participantes del estudio. HMII, Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Municipio/Estado	Niños	
	n	%
Imperatriz	74	42,5
Otras ciudades de MA	90	51,7
Tocantins	6	3,5
Pará	4	2,3
Total	174	100

Considerando las variables maternas, se observó que 102 (58,6%) tenían entre 21 y 30 años, 87 (49%) cursaron enseñanza secundaria, 70 (40,2%) eran casadas, 128 (73,6%) tenían renta familiar entre 1 a 2 salarios mínimos, 129 (74,1%) eran dueñas de casa, 117 (67,2%) tenían más de 1 hijo y 125 (71,8%) ya habían amamantado anteriormente (tabla 3).

Tabla 3: Perfil demográfico, socioeconómico y obstétrico de las madres de niños internados en el HMII. Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Variables maternas	n	%
Edad materna		
15 a 20 años	45	25,9
21 a 30 años	102	58,6
31 a 35 años	20	11,5
> 35 años	7	4,0
Escolaridad		
Nunca frecuentó escuela	4	2,3
Enseñanza Primaria	64	36,8
Enseñanza Secundaria	87	49,0
Enseñanza Superior	19	9,9
Situación conyugal		
Soltera	37	21,3
Unión estable	65	37,4
Casada	70	40,2
Viuda	2	1,1
Renta Familiar		
< 1 Salario	28	16,1
1 a 2 Salarios	128	73,6
≥3 Salarios	18	10,3
Situación laboral		
Trabaja fuera de casa	27	15,5
Ama de casa	129	74,1
Licencia maternidad	18	10,4
Situación obstétrica		
Primeriza	57	32,8
Múltipara	117	67,2
Amamantación anterior		
Sí	125	71,8
No	49	28,2
Total	174	100

Los datos muestran que varios niños menores de seis meses recibieron líquidos, leche artificial y alimentos, siendo que 30 (17,2%) tomaron jugos, 23 (13,2%) comieron algún tipo de fruta, 10 (5,8%) recibieron legumbres, 7 (4,0%) comieron frijol negro, 27 (15,5%) recibieron cremas con avena, 8 (4,6%) comieron carne, 30 (17,2%) recibieron alimentos endulzados con azúcar, 16 (9,2%) recibieron bizcochos y saladitos, 3 (1,7%) recibieron café y 2 (1,2%) recibieron bebidas gasificadas (tabla 4). Entre niños de 6 a 12 meses, 55 (31,6%) recibieron jugos, 30 (17,2%) recibieron frutas, 40 (23%) recibieron legumbres, 36 (20,7%) recibieron frijol negro, 30 (17,2%) recibieron cremas con avena, 31 (17,8%) recibieron carne, 32 (18,4%) recibieron alimentos endulzados con azúcar, 29 (16,7%) recibieron bizcochos o saladitos, 11 (6,3%) recibieron café y 5 (2,9%) recibieron bebidas gasificadas (tabla 4).

Tabla 4: Alimentos ofrecidos a los niños investigados. HMII, Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Alimentos ofrecidos	<6 meses		6 a 12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
Jugos	30	17,2	55	31,6	85	48,8
Frutas	23	13,2	30	17,2	63	36,2
Legumbres	10	5,8	40	23,0	50	28,7
Frijol negro	7	4,0	36	20,7	43	24,7
Crema con avena	27	15,5	30	17,2	57	32,8
Carne	8	4,6	31	17,8	39	22,4
Azúcar	30	17,2	32	18,4	62	35,6
Biscocho/saladito/dulces	16	9,2	29	16,7	45	25,9
Café	2	1,7	11	6,3	14	8,1
Bebidas gasificadas	2	1,2	5	2,9	7	4,0

De los niños menores de seis meses 109 (62,6%) recibieron otros líquidos y leches artificiales precozmente, mientras que 158 (90,8%) recibieron leche materna. Se observó además que 112 (64,4%) recibieron agua, 74 (42,5%) recibieron té y 70 niños (40,2%) usaron chupete y 92 (52,9%) usaron biberón.

De los 174 niños estudiados 16 (9,2%) no recibieron AM. La prevalencia del AME hasta el sexto mes fue de 20,1% (35), y 123 niños además de leche materno recibieron otros alimentos antes del sexto mes. Entre los niños de 6 a 12 meses, 54 (31,0%) recibieron leche materna complementada por otros alimentos, 120 no recibieron más la leche materna, solamente otros alimentos (tabla 5).

Tabla 5: Distribución de la prevalencia de los tipos de amamantamiento materno. HMII, Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Amamantamiento materno	<6 meses		6 a 12 meses	
	n	%	n	%
Amamantamiento materno exclusivo	35	20,1	-	-
Amamantamiento materno complementado	123	70,7	54	31,0
No mamaron	16	9,2	120	69,0
Total	174	100	174	100

Los resultados señalaron además que 135 niños (78,0%) mamaron en la primera hora de vida y 146 niños (84,0%) quedaron junto a las madres después del parto en alojamiento conjunto.

DISCUSIÓN

La elección del AME puede ser influenciada por algunos factores como condiciones socioeconómicas, escolaridad, situación conyugal, laboral y obstétrica, edad materna y amamantamiento anterior, que afectan el nivel de información que las madres tienen sobre el amamantamiento, y lo más importante, el nivel de comprensión de las informaciones transmitidas a ellas por los profesionales ⁽⁸⁾.

Considerando la situación socioeconómica de una población, es importante resaltar que factores como condiciones de vida y edad materna son los que más interfieren en la decisión de la madre de amamantar o no al niño. Esas variables también interfieren en la búsqueda por el servicio de salud con anterioridad, ya durante el embarazo, en el período del pre-natal ⁽⁹⁾.

Aproximadamente un cuarto de las madres estudiadas eran adolescentes, y un poco más de un tercio tenían baja escolaridad, factor que posiblemente haya contribuido al desmame precoz. La práctica y la continuidad del AM pueden estar directamente motivadas por una serie de razones como: condiciones socioeconómicas de las familias, grado de escolaridad de la madre, situación funcional materna, estado civil y tipo de parto ⁽³⁾.

Madres con mayor renta y escolaridad presentan mayor frecuencia en el AME hasta los seis meses, en contrapartida, madres con menor renta y escolaridad amamantan por más tiempo, pero no exclusivamente. Se supone que el mayor conocimiento de los beneficios del AME para madre e hijo estimulen el amamantamiento y su permanencia por el período de los 6 meses, pero con el final de la licencia de maternidad, las madres vuelven al trabajo y abandonan el AME, mientras que las que no trabajan fuera del hogar mantienen el amamantamiento ⁽¹⁰⁾.

Estudio descriptivo realizado en Viçosa-MG mostró que el hecho de las madres vivir con un compañero también influye positivamente en la duración del AME. Señala además que las madres jóvenes y primerizas desmaman precozmente a sus hijos debido a la falta de experiencia o madurez para el cuidado y amamantamiento del niño ⁽⁸⁾.

Esta investigación mostró que 32,8% eran primerizas y 74,1% eran amas de casa, sin embargo, ese hecho no contribuyó a aumentar los índices de AME. En Uberlândia-MG, el trabajo fuera del hogar y el uso de chupetes también figuraron como factores de riesgo para el desmame precoz ⁽¹¹⁾.

Uno de los principales factores que causan el abandono del AME es la falta de apoyo de los propios familiares, con la creencia de la insuficiente leche materna para el crecimiento del niño, y la banalización del sufrimiento de la mujer, principalmente por parte de los profesionales de salud. Es esencial que el equipo se empeñe en el cuidado con esas madres, acompañándolas y estimulándolas en búsqueda del servicio de salud, orientándolas a volver siempre que deseen o cuando presenten cualquier duda y, si es necesario, llevar todas las informaciones por escrito para lectura posterior en el domicilio ⁽¹²⁾.

En este estudio, se constató que 16,1% de las madres ganaban menos que un salario mínimo, y 32,8% eran primerizas. Otra investigación realizada en Pelotas-RS indicó que niños nacidos de madres de más edad y mayor renta, y consecuentemente con mayor experiencia y conocimiento acerca del amamantamiento, tuvieron mayor chance de ser amamantados exclusivamente hasta el sexto mes. De la misma forma, el hecho de las mujeres más jóvenes amamantar a sus hijos por menos tiempo se puede atribuir a la inexperiencia o falta de preparación ⁽¹³⁾.

La experiencia del amamantamiento para las madres puede ser diferente y exclusiva en relación a cada hijo, siendo que pueden ser identificados dos momentos difíciles: el inicio y el término, o sea, el establecimiento del amamantamiento y el desmame total.

Ambos momentos exigen estructuras de apoyo e información, siendo esenciales para la salud de la mujer y del niño. Así, los servicios y profesionales de salud, a partir de la atención en el pre-natal, parto, puerperio y puericultura, ejercen papel imprescindible en la información y apoyo a las mujeres ⁽¹⁴⁾.

De esa manera, esos profesionales necesitan estar debidamente cualificados y sensibilizados para ofrecer a las gestantes y a las lactantes un apoyo por medio de orientaciones accesibles, además de ser capaces de promover y apoyar el amamantamiento, para que esa práctica sea efectiva y se prolongue, por lo menos, hasta los 2 años de vida del niño, según recomendación del MS ⁽⁸⁾.

Se verificó en el 2002 que, en Brasil, aproximadamente 97% de los niños comenzaban a ser amamantados en sus primeras horas de vida, sin embargo, la introducción de otros alimentos ocurría prematuramente, en las primeras semanas o meses de vida, con oferta de agua, té, jugos y otras leches ⁽¹⁴⁾. En el estudio en pauta esa situación se repitió, dado que, 85 niños menores de seis meses (70,9%) recibieron líquidos, leche artificial o alimentos sólidos y apenas 35 niños (20,1%) fueron amamantados exclusivamente hasta seis meses.

En el presente estudio se verificó que en la alimentación complementaria ofrecida a los niños antes de los seis meses había verduras, legumbres, frutas o hasta comida con sal. La “Guía alimentaria para niños menores de dos años”, publicada por la Organización Panamericana de Salud (OPAS) y MS, recomienda que los alimentos complementarios (carnes, tubérculos, leguminosas, frutas y legumbres) sean ofrecidos después de los seis meses de edad cuando los niños ya tienen madurez fisiológica para masticar, deglutir y digerir ⁽¹⁵⁾.

Las frutas y jugos naturales son considerados alimentos saludables, sin embargo la recomendación es que sean introducidos en la dieta del niño después del sexto mes de vida, recomendándose tres porciones de fruta diariamente ⁽⁵⁾.

También se observó aumento creciente en el uso de alimentos no recomendados para la franja de edad, revelando el inicio de estándares alimentarios impropios que pueden ser mantenidos en otras fases de la vida. En estudio realizado en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Acrelândia en el Estado de Acre se constató que alimentos procesados ricos en sodio, conservantes, azúcar y grasa, más pobre en otros nutrientes, como fideos instantáneos, dulces, saladitos y refrigerantes, fueran recibidos por los niños desde muy temprano ⁽¹⁶⁾.

Las bebidas gasificadas (refrigerantes), caramelos, chupetines y jugos artificiales en polvo no son recomendables, pues proporcionan acúmulos de calorías vacías, en virtud del alto tenor de azúcar simple además de ser cariogénicos e interferir en el apetito del niño y siendo que la mayor parte de ellos contienen colorantes que pueden provocar reacciones alérgicas. Los caramelos y chupetines, además de colorantes, presentan riesgos de ahogos ⁽⁵⁾.

En los países europeos se constató que el AME hasta el sexto mes ha sido dejado de lado y existe la inserción precoz de alimentación complementaria (antes de 4 meses de vida) y consumo frecuente de alimentos impropios para esa franja de edad, como por ejemplo alimentos con alto contenido de grasa y azúcar ⁽¹⁷⁾.

La II Investigación de prevalencia de amamantamiento materno en las capitales brasileñas y Distrito Federal (II PPAM Capitales/DF) mostró que un cuarto de los niños entre 3 y 6 meses ya consumía comida salada y frutas. En la franja de edad de 6 a 9 meses, 69,8% de los niños habían consumido frutas y 70,9% verduras/legumbres⁽¹⁸⁾. Estudio realizado en Picos-PI, con niños menores de 6 meses, 6,7% recibieron carne, 3,3% frijol negro y, de 6 a 12 meses, 50% recibieron carne y 66,6% frijol negro⁽¹⁹⁾.

La alimentación complementaria debe ser rica en energía y micronutrientes, sin contaminación y sin exceso de condimentos, pero es solamente eso, complementaria, no debiendo sustituir la leche materna hasta dos años o más. La alimentación debe ser bien aceptada por el niño, estar en la cantidad adecuada, y dentro de los estándares de consumo de la familia⁽⁶⁾.

La introducción de alimentos complementarios después de los seis meses de vida debe ser hecha con cautela además de que alimentos industrializados deben ser evitados a toda costa, y los demás deben ser introducidos gradualmente, con intervalos de tres días hasta una semana, previniendo posibles reacciones alérgicas. Otro cuidado importante es que los hábitos alimentarios del niño son formados en ese período, por lo tanto la frecuencia y el tipo de alimento ofrecido serán determinantes en las preferencias alimentarias futuras de este niño⁽¹⁹⁾.

Los movimientos de las estructuras estomatognáticas realizadas durante las funciones de succión, de mascar y de masticación acarrear un desarrollo motor-oral adecuado en los primeros años de vida. Insertar alimentación complementaria en el tiempo impropio puede agitar desfavorablemente la salud presente y futura del niño. Si el método de alimentación complementaria hubiese comenzado tardíamente, podrá acarrear en deficiencia de crecimiento o anemia, de la misma forma puede perjudicar el aumento y desarrollo de los movimientos faciales implicados⁽²⁾.

Para niños de 6 a 12 meses, se recomiendan tres porciones de verduras/legumbres diariamente, considerados alimentos importantes y que deben formar parte desde temprano de la dieta de los niños, para que se acostumbren a su uso, así como el uso de dos porciones de carne o huevos diariamente y una porción de frijol negro⁽⁶⁾.

El uso de alimentos no saludables también forma parte de la dieta de los niños del presente estudio. Entre los niños de 6 a 12 meses, la ingestión de los alimentos como bizcochos y saladitos, jugos industrializados, café y refrigerante también estuvo presente.

La II PPAM Capitales/DF mostró, en Brasil, un consumo elevado de café (8,7%), refrigerantes (11,6%) y bizcochos y/o saladitos (71,7%), entre niños de 9 a 12 meses⁽¹⁸⁾. El MS recomienda que azúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, caramelos, saladitos y otras golosinas sean evitados en los primeros años de vida, ya que esos alimentos no son adecuados para la nutrición del niño y, por su sabor agradable, compiten con otros alimentos saludables. El uso de azúcar y frituras también debe ser observado con atención, ya que, en exceso, puede traer problemas futuros, de forma que el azúcar debe ser ofrecido al niño solo después de 1 año de edad⁽⁵⁾.

Aunque los resultados muestren mejora significativa de la situación de amamantamiento en la última década es necesario promover el AME y mayor duración del amamantamiento materno complementado por medio de estrategias y

acciones vinculadas al sector de la atención básica. En relación a la alimentación complementaria, estudios, en diferentes regiones del país, constataron que la alimentación complementaria es de baja calidad. Datos nacionales obtenidos por la última Investigación Nacional de Demografía y Salud muestran que además de la alta frecuencia de niños que ingerían alimentos de bajo valor nutricional, se demostró también baja frecuencia de niños consumiendo diariamente frutas, verduras y carne⁽²⁰⁾.

Llamó la atención el número de niños menores de seis meses de edad que estaban haciendo uso de leche artificial (23,6%) totalizando aproximadamente un tercio de los niños investigados en esa faja etaria, dato preocupante, pues la introducción precoz de algunos alimentos como la leche de vaca, pueden traer procesos alérgicos, además de que la exposición prematura a proteínas diferentes de la leche humana está asociada al aumento del riesgo de diabetes tipo 1 y de enfermedades atópicas, como asma⁽¹⁵⁾.

Se verificó además que las causas más frecuentes, mencionadas por las madres para suspensión precoz del AM, fue la creencia de la insuficiencia de leche materna para el crecimiento del niño y la falta de apoyo de los familiares. Corroborando estudio realizado en Londrina en el cual madres relataron que introdujeron alimentación complementaria precoz por creer que la leche materna no atiende a las necesidades del bebé⁽²¹⁾.

Focando la realidad de Imperatriz y región, es esencial el apoyo constante de los profesionales de la ESF a esas madres, no solo durante el pre-natal, sino también durante el puerperio y el crecimiento de ese niño, ofertando todas las orientaciones que fueren necesarias, por más insignificantes que parezcan en el momento, reforzando a las multíparas la importancia de comportamientos antes negligenciados. En diferentes países con estado de desarrollo socioeconómico idéntico al de Brasil, la capacitación de profesionales de salud es eficaz para modificar, positivamente, las actitudes y prácticas maternas en cuanto al AM y alimentación complementaria⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La presente investigación demostró que muchos niños internados en el HMII con enfermedades infecciosas recibieron alimentación complementaria precozmente. Además se observó que la prevalencia del AME está muy lejos de las recomendaciones del MS. Los niños también ingirieron alimentos no saludables precozmente, antes de seis meses de vida, práctica que no trae ventajas nutricionales, al contrario, puede resultar con apareamiento de enfermedades.

Sin embargo, entre los niños con más de seis meses, cuando todos ya deberían estar recibiendo porciones de alimento saludable como fruta, verdura, frijol negro y carne se verificó que en sus dietas esos alimentos no eran incluidos contradiciendo las recomendaciones de complementación alimentaria en esa faja etaria.

A pesar de la mayoría de las mujeres iniciar la amamantación de sus bebés en la primera hora de vida hay una caída significativa de la tasa de AME hasta seis meses.

Ante lo expuesto es posible concluir que los niños menores de un año internados en el HMII, presentan un estándar alimentario inadecuado, lejos de las recomendaciones actuales, propuestas por la Organización Mundial de la Salud y por el MS.

Por lo tanto, se hace necesario el desarrollo de acciones de educación en salud, que promuevan la práctica del AME hasta seis meses y la alimentación saludable después de esa edad, esclareciendo de ese modo mitos, creencias, conceptos y prácticas antiguas y equivocadas comúnmente observadas en la comunidad.

REFERENCIAS

1. Sotero AM, Cabral PC, Silva GP. Factores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(4):445-52.
2. Brusco TR, Delgado SE. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. *Rev CEFAC.*2014;16(3):917-28.
3. Caldas DRC, Oliveira ASSS, Cunha EA, et al. Aleitamento Materno e Estado Nutricional de Crianças Menores de um Ano de um Município do Nordeste do Brasil. *Ens e Ciênc.* 2016; 20(1). 2016.
4. Torigoe CY, Asakura L, Sachs A, et al. Influence of the nutritional intervention in complementary feeding practices in infant. *J Hum Growth dev.* 2012; 22(2):1-11.
5. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015a.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed.Brásilia(DF): Ministério da Saúde, 2015b.
7. Scherer F. Beneduzi VL. Perfil nutricional e prevalência de anemia ferropriva em crianças. *Conscient Saude.* 2011; 10(3)433-40.
8. Fonseca-Machado MO, Hass VJ, Stefanello J, Nakano MAS, et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(4):809-15.
9. Brito LF. Orientação e Incentivo ao Aleitamento Materno na Assistência Pré-natal e Puerperal: Uma revisão de literatura. *Rev Saúde Públ.* 2013; 6(1):66-80.
10. Schwartz R, Carraro JL, Riboldi BP, et al. Associação entre aleitamento materno e estado nutricional atual de crianças e adolescentes atendidos em um hospital do Sul do Brasil. *Rev HCPA* 2012;32(2): 147-53.
11. Salustiano LPQ, Diiniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Factores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(1):28-33.
12. Martins RFM, Loureiro Filho RHL, Fernandes FSF, Fernandes JKB. Amamentação e Factores Relacionados ao Desmame Precoce: Uma revisão crítica da literatura. *Rev Pesq Saúde.* 2012; 13(3):47-52.
13. Stephan MAS, Cavada MN, Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012; 21(3):431-38.
14. Oliveira V, Silva AS, Muratori LG, et al.Práticas alimentares de crianças atendidas pelo serviço de Atenção Básica ao desnutrido do município de Juiz de Fora –MG. *Rev APS.* 2012; 15(1):55-6.
15. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e factores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde.*2015; 24(3):465-74.

16. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Complementary feeding and nutritional status of 6-24-month-old children in Acrelândia, Acre State, Western Brazilian Amazon. *Cad Saúde Pub.* 2011; 27(2): 305-16.
17. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGS, et al. Alimentação complementar : práticas inadequadas em lactentes. *Arch Ped Urug.* 2012; 51(2):226-32.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009a.
19. Araújo NL, Lima LHO, Olliveira EAR, et al. Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno. *Rev Rene.* 2013; 14 (6): 1064-72.
20. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b.
21. Souza SNDH, Migoto MT, Rosseto EG, et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):29-35.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia