

HÁBITOS Y CONDUCTAS EN LA ALIMENTACIÓN DE LACTANTES MENORES HOSPITALIZADOS POR DESNUTRICIÓN GRAVE

Jennifer Papp Paz (*), Isabel Campos Cavada(**)

Recibido: 19/3/2010
Aceptado: 29/5/2010

RESUMEN

El riesgo de desnutrición infantil está relacionado con prácticas inadecuadas de lactancia materna, destete, incorporación de nuevos alimentos, hábitos y conductas alimentarias, especialmente durante el primer año de vida. El objetivo del presente trabajo es determinar la presencia de estos factores en lactantes menores con desnutrición grave hospitalizados por esta causa, que pudiesen haber favorecido esta situación.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en julio-octubre 2006, en lactantes entre 1 y 11 meses, con desnutrición grave: Marasmo, Kwashiorkor o Mixto. Antes de la hospitalización, se recopiló información sobre tipo de lactancia, tipo y dilución de fórmula láctea, inicio y progresión de alimentación complementaria, horario y frecuencia de comidas, lugar de consumo, duración y compañía durante las comidas, y presencia de elementos distractores. La asociación entre las variables se determinó con la prueba Chi cuadrado (X^2).

Resultados: La duración de lactancia materna exclusiva fue menor de seis meses en el 55% de los casos. Fórmulas infantiles y leche entera de vaca fueron iniciados precozmente, siendo la dilución inadecuada. El destete se realizó antes de los 3 meses en 74,2%, por razones injustificadas, y 43,3% iniciaron la alimentación complementaria antes de los 3 meses. Sin embargo, la progresión fue adecuada y dirigida principalmente por las madres. El horario, número de comidas, lugar de alimentación y tipo de acompañante, fueron adecuados.

Conclusión: La identificación temprana de hábitos y/o conductas alimentarias inadecuadas en grupos de riesgo, permitirá establecer precozmente medidas sobre estas prácticas y así disminuir la probabilidad de desarrollar algún tipo de desnutrición.

Palabras clave: Desnutrición grave, hábitos alimentarios, conductas alimentarias, lactancia materna.

SUMMARY

The risk of child's malnutrition is related to inadequate breastfeeding practices, weaning, and incorporation of new eating habits and feeding behaviors, especially during the first year of life. The objective of this study is to investigate the presence of these factors in infants with severe malnutrition hospitalized for this cause, which could have contributed to this situation.

Methods: A transversal study was conducted in July-October 2006, in infants between 1 and 11 months, with severe malnutrition: marasmus, kwashiorkor or mixed. Previous to hospitalization, information about type of lactation, type and dilution of milk formula, onset and progression of supplementary feeding, feeding schedule and frequency of meals, feeding place, duration of and company during meals, and presence of distracting elements, were collected. Association between variables was determined with Chi square test (X^2).

Results: The duration of exclusive breastfeeding was less than six months in 55% of cases. Infant's formulas and whole cow milk were initiated early, with inadequate dilution. 74 % of infants were weaned before 3 months of age for unjustified reasons, and 43,3 % began complementary feeding before this age. However, progression was adequate and directed primarily by mothers. Schedule, number of meals, feeding place and company during meals was adequate.

Conclusion: Early identification of inadequate habits and/or feeding behaviors in risk groups, will allow prompt implementation of appropriate measures to decrease the probability of developing some type of malnutrition.

Key words: Severe malnutrition, eating habits, feeding behaviors, breast-feeding.

INTRODUCCIÓN

El primer año de vida en el niño es de gran importancia para su crecimiento tanto físico como intelectual; siendo de vital importancia que consuma la cantidad y calidad de alimentos necesarios y adecuados para cubrir sus requerimientos de energía, macro y micronutrientes.

La desnutrición calórico proteica es un estado patológico, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se origina cuando los requerimientos de proteínas, energía o ambos, no son suficientes. Puede ser primaria, cuando el consumo es inadecuado o secundaria cuando es resultado de una enfermedad de base que condiciona a un consumo, absorción o aprovechamiento de nutrientes inadecuado (1). Este estado patológico está directamente relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil en el mundo y quienes la sobreviven padecen de discapacidades, mayor propensión a contraer enfermedades el resto de sus vidas, presentan retardo en su crecimiento y desarrollo o quedan mermados intelectualmente (1,2).

Según su intensidad, la desnutrición se clasifica en sub-clínica, leve, moderada o grave (3). La desnutrición grave se presenta bajo tres formas clínicas, Marasmo, Kwashiorkor y

(*) Médico Nutrólogo. Adjunto del Servicio de Medicina Interna. Hospital César Rodríguez Rodríguez. Puerto La Cruz. Edo. Anzoátegui, Venezuela
Correspondencia E-mail: jennpapp@gmail.com

(**) Pediatra Nutrólogo. Profesora Postgrado Nutrición Clínica. Universidad Simón Bolívar. Departamento de Tecnología de Procesos Biológicos y Bioquímicos. Sección Nutrición Clínica. Caracas, Venezuela

Kwashiorkor-Marasmo o Mixta (1). Cada tipo de desnutrición es el resultado de la interacción entre el grado de acceso de las familias a los alimentos, atención materno infantil, agua potable y servicios sanitarios básicos; aunado a los hábitos y conductas alimentarias que posean (4-6).

La etiología de la desnutrición es multifactorial, y el riesgo de padecerla está asociado en gran medida a la práctica de hábitos y conductas alimentarias inadecuadas. Esto ha sido evidenciado en múltiples estudios, tanto nacionales como internacionales, como Vásquez-Garibay y colaboradores en 1999, quienes demostraron que los hábitos de alimentación inadecuados predominaron como factores de riesgo en los casos de desnutrición que se presentaron en el estudio (7). De la misma manera en 2005, Alvarado y colaboradores, observaron que la omisión de lactancia materna exclusiva, repercutía negativamente en el estado nutricional infantil y el destete precoz estaba asociado a déficit en la talla de los niños (8). En 2001, Rodríguez y col, demostraron en su estudio que la alimentación complementaria precoz y transgresión dietética estaba relacionado con el diagnóstico de desnutrición (9). Se evidencia en el estudio de Osorio y col en 2002, que los trastornos de la conducta alimentaria, se asocian a un retraso del crecimiento (10). Es importante destacar que en dichos estudios, se evidenció que dentro de los principales factores de desnutrición están la ausencia de lactancia materna, el destete precoz, la preparación inadecuada de fórmulas infantiles, inicio de la alimentación complementaria de manera muy temprana y no acorde a las necesidades fisiológicas del niño y conductas alimentarias inadecuadas. Todas estas investigaciones realizadas comparten un hallazgo, el que los hábitos y conductas inapropiadas han llevado a estos niños en mayor o menor intensidad a un déficit de su estado nutricional.

El hábito alimentario se define como un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del individuo en relación con los alimentos y la alimentación, son el producto de la interacción entre la cultura y el medioambiente, los cuales se van transmitiendo de una generación a otra (11). Dentro de los hábitos alimentarios se pueden citar la práctica de la lactancia materna, uso de fórmulas lácteas infantiles y/o leche entera de vaca, preparación y/o dilución de las fórmulas, destete, introducción de nuevos alimentos, frecuencia de consumo de grupos de alimentos en un período de tiempo determinado, preparación de los alimentos, rechazos y preferencia de alimentos, entre otros (12,13).

La conducta alimentaria del niño es el resultado de la relación entre la actitud interna del individuo, tal como los sentimientos frente a la alimentación; así como las influencias externas dadas por el ambiente, horarios, lugar y duración de las comidas, compañía e interacción con el cuidador que rodean el acto de alimentación y conducen a un estado nutricional adecuado o no adecuado. Todos estos factores condicionan que una conducta alimentaria pueda ser adecuada o no y por esta razón, modificaciones sencillas

sobre estos elementos con frecuencia y en gran medida mejoran la ingesta del niño (12).

Osorio y col en 2002, estudiaron el desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones, donde evidenciaron que los trastornos de la conducta alimentaria se establecen habitualmente en etapas muy precoces de la infancia. También reportan que los niños con falla del crecimiento tienen trastornos del apetito, asociándose con un compromiso nutricional leve, y que muchos de los niños mejoran con intervenciones dietéticas (10).

Sánchez y col en 2000, efectuaron un estudio en lactantes sobre las alteraciones de la conducta alimentaria como horario y duración de las comidas, elementos distractores y lugar donde realizan las comidas, mostrando que los niños que presentaban estos problemas, los iniciaban antes del año de edad; y tenían como antecedentes una historia materna de problemas de alimentación en los primeros años de vida (14). Wright y colaboradores (2000), observaron que niños menores de dos años con diagnóstico de retardo del crecimiento, consumían menos cantidad y menor variedad de alimentos, tenían patrones inmaduros de alimentación y menos interés en los alimentos (15).

Dada esta inquietud, se realizó este estudio en niños y niñas menores de 1 año hospitalizados por desnutrición grave, con el fin de determinar los hábitos y conductas en la alimentación de los mismos, que pudieran haber favorecido esta situación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en lactantes menores de un año, de uno y otro sexo, con o sin patología asociada, que ingresaron al servicio de hospitalización del Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni, Caracas, Venezuela, con el diagnóstico de desnutrición grave, según los criterios médicos y nutricionales de dicho centro, durante el período comprendido entre los meses de julio a octubre de 2006.

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario diseñado para tal fin, en el cual se registraron las características de la alimentación del niño en el hogar, antes de su hospitalización.

Se solicitó consentimiento escrito por parte del representante para su participación en el estudio, previa información y explicación del mismo. Se incluyeron aquellos niños entre 1 y 11 meses más 29 días, de uno y otro sexo, con diagnóstico de Desnutrición Grave tipo Marasmo, Kwashiorkor o Mixto, con o sin patologías asociadas, excluyéndose aquellos niños que no cumplieran estos criterios o cuyo representante rehusara participar en el estudio.

El diagnóstico de desnutrición grave se determinó según su tipo, ya sea Marasmo, Kwashiorkor o Mixto, de acuerdo al registro realizado en la historia clínica de la hospitalización del Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni y según

los criterios utilizados en dicho centro que corresponden a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el Instituto Nacional de Nutrición (INN) (16). El diagnóstico de desnutrición grave se realiza según valores de referencia NCHS recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Nutrición (INN): Todo niño (a) con peso/edad menor o igual a -3DS, que presenta signos clínicos de desnutrición grave: Kwashiorkor o Mixto con presencia de edema maleolar bilateral y en el Marasmo apariencia muy delgada, carencia de grasa, emaciación grave visible en hombros, brazos y muslos, contorno de las costillas visibles (16).

La duración de la lactancia materna exclusiva, se consideró adecuada cuando la misma se practicó en un período no menor de seis meses desde el nacimiento, sin haber introducido otro tipo de fórmula láctea, líquido o alimento durante ese período y lactancia mixta cuando el niño recibió o hubo recibido lactancia materna simultáneamente con algún tipo de fórmula infantil o leche entera de vaca (12).

Se incluyeron todas aquellas fórmulas consideradas como sucedáneos de la leche materna. Se incluyeron dentro de este grupo a las fórmulas de soya y la leche entera de vaca a dilución adecuada (17).

En relación a los hábitos, la dilución se consideró adecuada cuando estuvo preparada según la dilución indicada por el producto de la fórmula a utilizar (17). En los casos de la leche entera de vaca se tomaron en cuenta las diluciones apropiadas para cada edad (18). Se consideró destete, aquellos niños en los cuales la madre refirió el cese total de la lactancia materna (17).

El inicio o introducción de nuevos alimentos se consideró adecuada, si ocurrió a partir de los seis meses cumplidos y de manera progresiva con respecto a la edad de introducción de alimentos según el orden establecido por Zarzalejo y col (12).

Para el estudio de la conducta alimentaria de cada niño se tomaron en consideración los horarios y frecuencia de las comidas, así como el lugar donde consumían los alimentos en el hogar, dependiendo de la edad se consideró adecuado (12):

- Menores de 6 meses: Comer cada 3 ó 4 horas en promedio. Si se encontraba con lactancia materna exclusiva, ésta sería a libre demanda. El lugar de alimentación era la habitación o un sitio tranquilo para la lactancia, ya sea materna exclusiva o mixta.
- Mayores de 6 meses: Tres comidas principales bajo los horarios de 8 a.m., 12 m y 7 p.m.; y dos meriendas: 10 a.m. y 3 p.m. Comiendo sentado en la mesa y en un lugar destinado para tal fin.

El tiempo de duración de las comidas se asumió como adecuado, cuando éste se encontraba entre 30 y 45 minutos, para cada una de las comidas principales que realizara durante el día, excepto la lactancia materna (12).

Se consideró como guía positiva del proceso de alimentación del niño, cuando el adulto o cuidador estaba presente

durante todas las comidas que el niño realizaba durante el día (12). Se identificó como lo ideal, cuando al momento de las comidas no existía algún elemento distractor en el ambiente (televisión, música y juegos durante las comidas) que llamara la atención del niño durante ese momento (12).

Para el manejo estadístico, los resultados fueron agrupados y se obtuvo distribución de frecuencia con porcentajes de las variables estudiadas, con el fin de conocer las características de los hábitos y conductas alimentarias en la muestra estudiada.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS versión 10.0 (19) y para el análisis estadístico se utilizó la Prueba Chi cuadrado (X^2) para determinar asociación entre el tipo de desnutrición grave y las variables estudiadas, con un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$) siendo interpretado de la siguiente manera: Si $p < 0,05$ existía asociación significativa entre las variables, y se rechazó dicha asociación cuando el p- valor resultó mayor de 0,05.

RESULTADOS

El grupo en estudio estuvo conformado por 37 lactantes con desnutrición grave, 20 varones (54%) y 17 niñas (46%) (Cuadro 1).

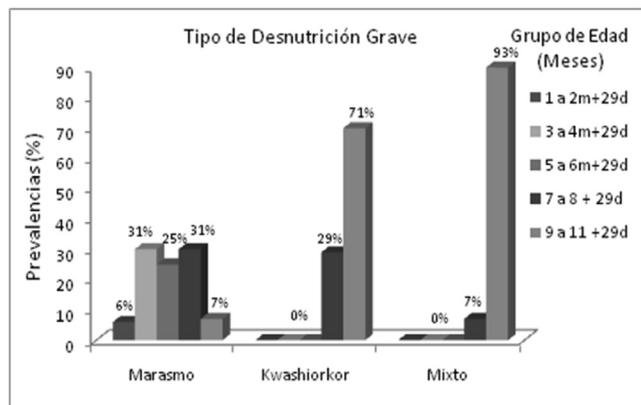
Cuadro 1
Distribución de la muestra según edad, por sexo

Edad (meses)	Varones		Niñas		Total	
	n	%	n	%	n	%
1a 2m+29d	0	-	1	5,9	1	2,7
3 a 4m+29d	4	20,0	1	5,9	5	13,5
5 a 6m+29d	3	15,0	1	5,9	4	10,8
7 a 8m+29d	2	10,0	6	35,3	8	21,6
9 a 11m	11	55,0	8	47,0	19	51,4
Total	20	100,0	17	100,0	37	100,0

De la totalidad de la muestra, el 43,2 % ($n=16$) de los niños presentaron desnutrición tipo Marasmo, el 37,8 % ($n=14$) tipo Mixta y el 18,9 % ($n=7$) Kwashiorkor, predominando los varones en Marasmo y Kwashiorkor (63 y 57%) y las niñas en la mixta 57%; sin embargo, estas diferencias no mostraron asociación significativa. (p -valor: 0,551).

En la figura 1 se muestra la distribución del tipo de desnutrición grave según el grupo de edad, se evidenció que en la desnutrición tipo Marasmo, los grupos más afectados resultaron ser los de 3 a 5 meses y los de 7 a 9 meses, con 5 niños en cada grupo, Sin embargo, con el diagnóstico de Kwashiorkor y Mixto, se encontró que el grupo de 9 a 11 meses, fueron quienes presentaron el mayor número de niños 5 y 13 respectivamente, seguidos por el grupo de 7 a 9 meses con mayor cantidad de niños tanto en el Kwashiorkor como

en Marasmo, existiendo en este caso una asociación significativa entre grupo de edad y tipo de desnutrición grave.



(p-valor: 0,001).

Figura 1. Prevalencia del tipo de desnutrición grave, según edad

Hábitos alimentarios en el hogar

Al analizar la práctica de lactancia materna, se encontró que 31 niños (70%) de la muestra total estudiada, recibió lactancia materna. Al evaluar esta práctica según el tipo de desnutrición grave, se encontró que aquellos con Marasmo, concentraron el mayor número de casos, 15 (93,8 %) del total de 16 niños que conformaban este grupo, seguido por aquellos con desnutrición Mixta, 11 (78,6 %) de 14 niños, y Kwashiorkor con 5 (71,4%) de 7 niños. Dentro del grupo que no recibió lactancia materna (n= 6), el tipo Kwashiorkor fue el que concentró el porcentaje de sujetos con 28,57% (n=2), seguido por los niños con desnutrición Mixta 21,43% (n=3), mientras que el grupo de niños marasmáticos registró el menor porcentaje 6,25% (n=1). Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre el tipo de desnutrición grave y la presencia de lactancia materna (p-valor: 0,174).

De los 37 niños que conformaron la muestra total, el 94,6% (n=35) recibió otro tipo de fórmula láctea distinta a la materna, pues esta última no necesariamente fue exclusiva. La prevalencia fue mayor en los niños con Kwashiorkor y Desnutrición Mixta con un 100%, que en los marasmáticos 87,5% (n=14); pero al evaluar la asociación entre esta variable y el tipo de desnutrición grave, no se encontró significancia estadística (p-valor: 0,250).

El 74,2% (n= 26) del total de la muestra recibió otro tipo de fórmula diferente a la leche materna antes de los 3 meses de vida, y solo un niño lo hizo entre los 7 y los 9 meses.

Al estudiar el tipo de desnutrición grave que presentaban estos niños, se observó que en el grupo de marasmáticos,

el 100% de los que recibieron otra fórmula eran menores de 3 meses y en el grupo con las formas clínicas Kwashiorkor y Mixta, aproximadamente el 57% de estos habían iniciado a esa edad o antes. Con respecto a los casos de desnutrición Mixta, resalta el hallazgo que el 92,90% de los mismos ya habían iniciado otra fórmula antes de los 5 meses. Todos los niños de la muestra estudiada, habían iniciado otra fórmula antes de los 9 meses de edad, independientemente del tipo de desnutrición grave. (p-valor: 0,014) (Cuadro 2).

Hubo 2 niños marasmáticos que nunca recibieron fórmula, uno fue un niño al que no se le pudo registrar la información por ser adoptado y otro que solo recibió lactancia materna, pero ya había sido ablactado.

Al analizar el tipo de lactancia que realizaron los niños de este estudio, se encontró que el 88,5% recibió lactancia mixta, el 74% abandonaron la práctica de lactancia materna exclusiva antes de los 3 meses y un 11,4% lo hizo entre 5 y 9 meses de vida.

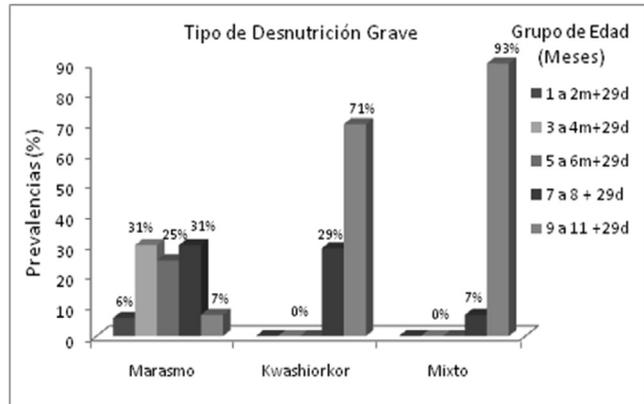
Cuadro 2. Prevalencia del tipo de desnutrición grave, según edad de inicio de otra fórmula infantil.

Edad en la que inició otra fórmula (meses)	Tipo de desnutrición grave						
	Marasmo		Kwashiorkor		Mixto		Total
	n	%	n	%	n	%	
<1	7	50,0	3	42,8	3	21,4	13
1 a 2m+29d	7	50,0	1	14,3	5	35,7	13
3 a 4m+29d	0	-	0	-	5	35,7	5
5 a 6m+29d	0	-	2	28,6	1	7,1	3
7 a 9	0	-	1	14,3	0	-	1
Total	14	100,0	7	100,0	14	100,0	35

p-valor: 0,014

Sólo se registró el uso de leche entera de vaca, fórmula de inicio y de continuación. En cuanto al tipo de fórmula que recibieron estos niños, 71,4% (n=25) iniciaron con leche entera de vaca, de los cuales 13 tenían entre 1 a 3 meses, 5 entre 3 a 5 meses, 4 niños tenían menos de un mes, y 3 entre 5 a 7 meses. El 25,7% (n=9) utilizaron fórmula de inicio, siendo todos menores de 1 mes; sólo un niño recibió fórmula de continuación, el cual tenía 9 meses de edad.

Con respecto al tipo de desnutrición grave encontrada según el tipo de fórmula utilizada, se observó que la mayoría de los niños marasmáticos (71%) empezaron con fórmula de inicio; a diferencia de los otros 2 grupos estudiados, los cuales principalmente iniciaron con leche entera de vaca. Sólo un niño recibió fórmula de continuación. Estas diferencias no mostraron asociación significativa (p: 0,065) (Figura 2).



p-valor: 0,065

Figura 2. Prevalencia del tipo de desnutrición grave, según el tipo de fórmula utilizada

La dilución de la fórmula o leche entera de vaca según el tipo de desnutrición grave, fue de forma inadecuada en el 68,6% (n=24) de la muestra, a diferencia del 31,4% (n=11) que lo hizo adecuadamente. Dos niños marasmáticos nunca recibieron ningún tipo de fórmula. El tipo de desnutrición que predominó en los que usaron una dilución inadecuada fue el Kwashiorkor con 5 de 7 niños que conformaban este grupo (71,4%), seguido por el Marasmo y Mixto con 69% y 57% respectivamente. Sin embargo, a pesar de estos resultados no se encontró relación significativa (p-valor: 0,102).

Con respecto a la edad del destete, se observó que el 55% (n=11) suspendió la lactancia materna antes de los 5 meses de edad, encontrándose la mayor prevalencia 35% (n=7) entre los niños de 3 y 5 meses; ya para los 9 meses de edad, toda la muestra había sido destetada.

En cuanto al tipo de desnutrición grave y la edad del destete, se consiguió que la mayoría de los niños que fueron destetados antes de los 5 meses presentaron marasmo 66,7% (n=4), seguido por aquellos con Kwashiorkor 50% (n=2); por el contrario, en los casos con desnutrición mixta, la mayoría 60% (n=6) fueron destetados después de los 5 meses. No se encontró relación significativa entre edad de destete y tipo de desnutrición grave (p-valor: 0,174).

Dentro de las razones para abandonar la práctica de la lactancia materna, el 65% (n=13) de las madres señalaron que el motivo principal fue debido a que “el niño no se llenaba”, es decir, falta de llenura postprandial, el 30% (n=6) porque la madre tuvo que reiniciar su jornada laboral, y solamente un caso (5%), porque el niño era adoptado.

Cuando se estudió la edad de inicio de la introducción de nuevos alimentos, se observó que el 48,6% lo hizo entre 1 y 3 meses, el 34,3% de los 3 a 5 meses y sólo el 11,4% fue ab lactado entre los 5 y 7 meses. Se observó el inicio de la alimentación complementaria en un solo niño antes del mes y después de los 7 meses, y sólo dos madres no respondieron.

Al evaluar el tipo de desnutrición grave según la edad de introducción de nuevos alimentos, se encontró que aquellos

que presentaban Marasmo, el 92,3% habían iniciado otro alimento antes de los 5 meses de edad, mientras que en los grupos con Kwashiorkor y Mixto, este porcentaje representó el 85,7% y 80,0% respectivamente. Es importante destacar que el único niño que inició nuevos alimentos antes del mes de edad, pertenecía al grupo de los marasmáticos. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre el tipo de desnutrición grave y la edad de introducción de nuevos alimentos (p-valor: 0,224).

De los 35 niños de los cuales se contaba con esta información, la alimentación complementaria se inició en un 74,3% (n=26) con jugo de frutas, 14,3% (n=5) con sopa y 11,4% (n=4) con agua. Y según el tipo de desnutrición grave, se encontró que en los tres grupos, Marasmo (80%), Kwashiorkor (33%) y Mixto (73%), el jugo de frutas fue el primer alimento introducido; y de las frutas, las más frecuentemente utilizadas fueron la lechosa y manzana, no encontrándose asociación significativa entre el tipo de desnutrición y el tipo de alimento utilizado para el inicio de la alimentación complementaria (p-valor 0,241).

La incorporación de alimentos complementarios fue precoz, en la mayoría de los niños, ya que antes de los 3 meses ya habían iniciado algún alimento distinto a la leche. Sin embargo, la progresión de la introducción de otros alimentos fue adecuada, en un 63,9%, mientras que en un 36,1% fue inadecuada, en un solo niño no se obtuvo información sobre este aspecto por ser adoptado.

Al relacionar la progresión en la introducción de nuevos alimentos y el tipo de desnutrición grave, se encontró que en todos los tipos de desnutrición, la misma se realizó en forma adecuada en el 53,9% de los casos, siendo el grupo con Desnutrición Mixta el que concentró el mayor porcentaje con 78,6%, seguido por el grupo Kwashiorkor y Marasmo con 57,1% y 53,3% respectivamente, no evidenciándose asociación significativa entre el tipo de desnutrición y la progresión de la introducción de los nuevos alimentos (p-valor: 0,473).

La madre fue quien dirigió la introducción de nuevos alimentos en 69,4% de los 25 casos (n=25), el 19,4% (n=7) por la abuela y sólo el 11,1% (n=4) por el médico. En el caso del niño adoptado, la madre desconocía la información. Dentro del grupo de niños con Kwashiorkor fue donde más se observó la participación de la madre como protagonista de la alimentación complementaria, sin embargo no se encontró asociación significativa entre el tipo de desnutrición grave y la persona que dirigió la introducción de nuevos alimentos (p-valor: 0,568).

Conductas alimentarias en el hogar

Al determinar el número de comidas al día se encontró que la mayoría de los desnutridos graves 62% comían en una frecuencia de 5 veces al día; sin embargo, según el tipo de desnutrición grave que presentaban, se encontró que la mayoría de los marasmáticos 75,0% (n=12) consumían 6 ó más

comidas al día, discrepando de los resultados obtenidos en aquellos con Kwashiorkor o Desnutrición Mixta, quienes registraron el mayor porcentaje en 5 comidas al día con 71,4% y 100% respectivamente, encontrándose que la asociación entre el tipo de desnutrición y el número de comidas diarias realizadas por los niños del estudio fue estadísticamente significativa (p-valor: 0,000).

La mayoría de los niños realizaban las comidas regularmente a las mismas horas 83,8% (n=31) y al discriminarlo según el tipo de desnutrición grave, se observó que quienes tenían un horario más regular fueron los niños con Kwashiorkor (100%), seguido por aquellos con Marasmo 81,3%, mientras que los niños con Desnutrición Mixta fueron los que presentaron menor regularidad en los horarios con 78,6%, no encontrándose asociación significativa al relacionar ambas variables (p-valor: 0,425).

El lugar más utilizado para realizar las comidas fue la cama en un 40,5%, el 32,4% en la mesa y el 27,1% restante las realizó en otros lugares de la casa como sala, patio o cocina.

Al analizar esta variable según el tipo de desnutrición grave, se encontró que la mayoría de los que comen en la cama son marasmáticos (n=12), seguidos de los Kwashiorkor (n=3), mientras que la mayoría de los que comían en la mesa, estaban representados por los niños con Desnutrición Mixta (n=9), encontrándose asociación significativa entre estas variables (p: 0,001). El sitio donde se realizan las comidas es muy importante para crearle al niño el hábito de que hay un lugar específico para cada actividad (Cuadro 3).

Al evaluar estos resultados, la mayoría de los niños menores de 6 meses, es decir, 8 de los 10 estudiados, lo hicieron en un lugar adecuado, a diferencia de los niños mayores, los cuales sólo 12 de los 27 comían en un lugar adecuado, y el resto lo hacía en lugares inadecuados como el patio, sala o el tope de la cocina.

Más de la mitad de los niños 51,4% (n=19) realizaban las comidas en un lapso de 30 a 40 minutos, lo cual fue considerado adecuado, 32,4% (n=12) en más de 40 minutos y 16,2% (n=6) entre 10 a 20 minutos. En relación a la prevalencia según el tipo de desnutrición grave, el 57,0% de los niños con Desnutrición mixta, 50,0% de los marasmáticos y 43,0% de aquellos con Kwashiorkor, utilizaron un tiempo adecuado para comer. De los niños que duraban más de 40 minutos, 7 pertenecían al grupo de marasmáticos y 3 al Mixto; y de aquellos que realizaban sus comidas entre 10 a 20 minutos, la mitad estuvo representada por los Mixtos y 2 por aquellos con Kwashiorkor (p:0,516).

En relación a la persona que acompaña al niño se pudo observar que el 62,2% (n=23) de los niños desnutridos eran acompañados por la madre, un 32,4% (n=12) por la abuela y un 5,4% (n=2) por el padre y la madre u otra persona. (Cuadro 4). Es decir, todos los niños estaban acompañados por un adulto o cuidador.

La figura materna fue la persona quien acompañó al niño durante las comidas en un 62% de los casos, siendo esto lo más adecuado, debido a que la mayoría de los niños tenían edades entre 1 a 9 meses. El resto eran niños entre 8 y 11 meses y lo hacían acompañados por la abuela o por ambos padres, lo cual es considerado ideal en niños incorporados a la mesa, ya que copian conductas de sus acompañantes.

En cuanto al tipo de desnutrición grave se encontró que la mayoría de los marasmáticos 93,8% (n=15) y los niños con Kwashiorkor 57,1% (n=4) eran acompañados por su madre, mientras que en el caso de los niños con Desnutrición Mixta, el principal acompañante fue la abuela 57,1 (n=8), encontrándose asociación significativa (p-valor: 0,023) (Cuadro 4).

Cuadro 3. Prevalencia del tipo de desnutrición grave, según el lugar donde come

Lugar de la casa donde come el niño	Tipo de desnutrición grave						Total	
	Marasmo		Kwashiorkor		Mixto		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mesa	1	6,3	2	28,6	9	64,3	12	32,5
Cocina	1	6,3	1	14,3	0	-	2	5,4
Cama	12	75,0	3	42,8	0	-	15	40,5
Patio	2	12,5	0	-	1	7,1	3	8,1
Sala	0	-	1	14,3	4	28,6	5	13,5
Total	16	100,0	7	100,0	14	100,0	37	100,0

p-valor: 0,001

Cuadro 4. Prevalencia del tipo de desnutrición grave según el acompañante a la hora de las comidas

Persona que acompaña al niño a comer	Tipo de desnutrición grave						Total	
	Marasmo		Kwashiorkor		Mixto		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Madre	15	93,7	4	57,1	4	28,6	23	62,2
Abuela	1	6,3	3	42,9	8	57,2	12	32,4
Madre y Padre	0	-	0	-	1	7,1	1	2,7
Otro	0	-	0	-	1	7,1	1	2,7
Total	16	100,0	7	100,0	14	100,0	37	100,0

p-valor: 0,023

Se identificó la presencia de los elementos distractores durante la comida en el 83,8% de los casos, siendo el más frecuente la televisión 54,8%; pero al determinarlo por el tipo de desnutrición grave, se evidenció en los niños con Marasmo los elementos más utilizados fueron los juguetes 54,6%. El televisor fue el elemento distractor más frecuente en los niños con desnutrición tipo Mixta y Kwashiorkor con 61,5% y 52,6% respectivamente. A pesar de que en la mayoría de los niños estuvo presente algún elemento distractor durante las comidas, no se evidenció asociación significativa entre el tipo de desnutrición grave y la presencia o ausencia de distractores (p-valor: 0,068).

DISCUSIÓN

La distribución de la muestra estudiada según el tipo de desnutrición coincide con lo reportado por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) del Instituto Nacional de Nutrición (INN) para el año 2004 del componente Desnutrido grave hospitalario, donde los tipos de desnutrición Marasmo, Mixto y Kwashiorkor representaron 40,1; 35,2% y 24,7%, respectivamente (20).

Al analizar el tipo de lactancia que realizaron los niños de este estudio, se encontró que la mayoría recibió lactancia mixta y habían abandonado la práctica de la lactancia materna exclusiva antes de los 3 meses de vida. Este hallazgo es de esperarse, puesto que se ha determinado que uno de los principales factores protectores de la desnutrición grave es la lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de edad (21) y la mayoría de la muestra de este estudio no la recibió. Igualmente, Vásquez-Garibay y colaboradores en 1999, observaron que la práctica de la lactancia materna es considerada como un factor potencialmente protector de la desnutrición grave primaria y como uno de los factores de riesgo predominante el no dar lactancia materna sin justificación y consumir muy poca leche materna (7). En 1994, Sullivan y col evidenciaron que la práctica de la lactancia materna exclusiva favorece la formación de hábitos alimentarios adecuados a posteriori, y por otro lado, observaron que la baja proporción de ésta, repercutía de manera negativa en el estado nutricional infantil (22). Es importante destacar que la mayoría de los niños estudiados, no recibieron lactancia materna exclusiva durante el tiempo necesario estimado para servir como factor protector de la desnutrición grave, es decir, por un período mínimo de 4 ó 6 meses (7,21,22).

En cuanto a la lactancia con otro tipo de leche o fórmula láctea distinta a la materna, en el presente estudio la totalidad de los niños habían utilizado alguna fórmula infantil o leche entera de vaca antes de los 9 meses de vida, independientemente del tipo de desnutrición grave; y la mayoría de los niños con desnutrición Mixta, lo había hecho antes de los 5 meses. La existencia de desnutrición grave en los niños con esta práctica podría atribuirse a que los niños alimentados con fórmulas lácteas tienen una ingesta menor de alimentos

con respecto a los alimentados con leche materna, tal como evidenció Sullivan y col en 1994, quienes reportaron que los niños entre los 4 y 6 meses alimentados previamente con leche materna tenían una ingesta de alimentos mayor que aquéllos alimentados con fórmulas lácteas (22).

Con respecto a la dilución de las fórmulas infantiles y leche entera de vaca, se evidenció que las dos terceras partes de los niños del presente estudio estaban diluidas de manera inadecuada, este resultado fue mucho mayor al observado por Zarzalejo y col entre 1995 y 1996, quienes reportaron un 36,2% (24). Esto era de esperarse, ya que si se preparan las fórmulas inadecuadamente, la concentración de las mismas cambia y por lo tanto el aporte de nutrientes, los cuales al no cubrir los requerimientos del niño, podrían explicar el déficit nutricional en algunos los casos. Vásquez-Garibay y colaboradores en 1999, consideraron que en niños con desnutrición grave, la elección adecuada de la fórmula láctea y su dilución, podrían ser factores potenciales protectores de desnutrición calórico-proteica grave (7).

En cuanto a la edad del destete, se observó que más de la mitad de los niños suspendió la lactancia materna antes de los 5 meses de edad, encontrándose la mayor prevalencia en los niños marasmáticos; sin embargo, en el caso de los niños con desnutrición Mixta, la mayoría fueron destetados después de los 5 meses. Esto coincide con lo observado por Alvarado y colaboradores en 2005, quienes hallaron que la prevalencia de desnutrición aguda empezaba en el período de destete (8). Vásquez-Garibay y colaboradores en 1999, señalaron que el destete precoz por producción insuficiente de leche y la decisión no justificada por parte de la madre de no ofrecer leche materna, son factores de riesgo que predominan en la desnutrición proteico calórica grave (7). Esto concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación, donde todos los niños fueron destetados precozmente, siendo debido principalmente porque la madre consideraba que “el niño no se llenaba”, o por inicio de sus obligaciones laborales.

La incorporación de nuevos alimentos en este estudio fue dirigida principalmente por la madre, lo cual coincide con Vásquez-Garibay y col (7). En cuanto a la edad de inicio de introducción de los mismos, se encontró que la mayoría de la muestra lo hizo antes de los 3 meses de vida, lo cual coincide con lo reportado por Zarzalejo y col, quien además resaltó que la presencia de alguna forma de desnutrición, estaba relacionada con una inadecuada introducción de alimentos complementarios (24). Igualmente, otros autores han encontrado que dentro de los factores de riesgo predominantes para desnutrición se encuentra el manejo inadecuado de la introducción de nuevos alimentos (7), y que existe una relación entre alimentación complementaria precoz y trasgresión dietética, con diagnóstico de desnutrición (9) y deterioro del crecimiento (25). La alimentación complementaria no debería iniciarse antes de los 4 meses ni más allá de los 6 meses, ya que el inicio precoz puede conllevar a una serie de problemas nutricionales (17).

Es importante destacar que en este estudio, si bien la edad de inicio de incorporación de alimentos complementarios fue inadecuada, la progresión de la introducción de los mismos fue adecuada en la mayoría de los casos, coincidiendo con lo contemplado por la Organización Panamericana de la Salud (26) y los parámetros establecidos por algunos autores (12).

No se han realizado muchos estudios sobre conducta alimentaria y el estado nutricional de los niños. Sánchez y col. evaluaron las alteraciones de esta conducta y mostraron que los niños que presentaban estos problemas, los iniciaban antes del año de edad y tenían como antecedente una historia materna de iguales características en los primeros años de vida (14). Esto hace ver que los hábitos y conductas alimentarias inadecuadas pasan de una generación a otra y repercuten negativamente en el estado nutricional del niño, afectando su crecimiento y desarrollo normales. La mayoría de los niños estudiados, independientemente del tipo de desnutrición grave, respetaron la regularidad del horario y la frecuencia de comidas, difiriendo de lo esperado. Posiblemente el hecho de comer varias veces al día, no necesariamente estuvo acompañado de la cantidad de calorías y nutrientes necesarios para una adecuada alimentación, conduciendo a una mayor demanda de alimento por parte del niño a lo largo del día.

Al estudiar la presencia o ausencia de distractores, se pudo observar que la mayoría de la muestra presentó algún tipo de elemento distractor durante la comida, independientemente del tipo de desnutrición grave; siendo los más frecuentes la televisión y los juguetes; esto apoya lo descrito por Zarzalejo y col, quienes indicaron que los distractores tales como televisión, juguetes, libros, animales domésticos, entre otros, pueden entretener al niño al momento de las comidas, dificultando este proceso e impidiendo que ingiera lo que normalmente debería consumir (12).

En lo que se refiere a la duración de la comida, la mitad de la muestra estudiada invirtió un tiempo considerado ideal, sin embargo el tiempo empleado en la alimentación no garantiza que la cantidad y calidad de la misma sea adecuada y suficiente para cubrir los requerimientos.

CONCLUSIONES

Es de suma importancia determinar la existencia o no de hábitos y conductas alimentarias adecuadas lo más precozmente posible, ya que cada uno de ellos son factores protectores contra la desnutrición, contribuyendo de esta manera con el óptimo desarrollo físico, psicológico y social de nuestros niños que aseguren una buena calidad de vida a futuro.

Es necesario intensificar y ampliar la cobertura de los programas de educación nutricional a las madres, principalmente en aquellas que se encuentren en edades en que ya pueden procrear y embarazadas, así como educar a los mé-

dicos, en especial aquéllos que laboran en niveles de atención primaria, sobre la importancia de informar y educar a sus comunidades en el tema de hábitos y conductas alimentarias adecuadas, inicio del destete y tipo de fórmulas infantiles a utilizar en caso de ser necesario.

REFERENCIAS

1. Pereira S. Caloric deficiencias in infancy and early childhood. En: A. Chavez, H. Bourges, S. Bastar, editores. Approaches to practical solutions. Proceedings of the Ninth International Congress on Nutrition. Mexico 1972, pp.5-9.
2. Leiva B, Brito N, Pérez H, Castro V, Jansana J, Toro T et al. Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar. Arch Latinoam Nutr 2001; 51:64-71.
3. Forum B, Chef F. Desnutrición calórico-proteica. En: M. Shils, J. Olson, S. Shine, C. Ross, (editores). Nutrición en salud y enfermedad. 9na ed. McGrawHill. Mexico 1999, pp.1103-50.
4. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN). Clasificación antropométrica de los niños menores de 2 años según indicador talla/edad por entidad federal Venezuela 2004. INN, Caracas 2004.
5. Santamaría A. Hábitos alimentarios de los lactantes españoles y chilenos. Universidad de Barcelona (España). Barcelona, España 2005, pp 90. (Tesis doctoral).
6. Vásquez-Garibay E, Navarro-Lozano M, Romero-Velarde E, Vizmanos-Lamotte B. Hábitos de alimentación en niños con desnutrición proteico- calórica primaria y secundaria grave Bol Med Hosp Infant Mex 1999; 56 (10):543-549.
7. Alvarado B, Tabares R, Delisle H, Zunzunegui M. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. Arch Latinoam Nutr 2005; 55 (1):55-63.
8. Rodríguez M, Rodríguez J, Aguiar F. Ablactación precoz y transgresión dietética. Arch Venez Puer Pediatr 2001; 64(Supl.2): S60.
9. Osorio J, Weisstaub G, Castillo D. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr 2002; 29 (3):280-285.
10. Behar M, Icaza S. Nutrición. Editorial Interamericana. Mexico 1972. pp:99-123.
11. Zarzalejo Z, García M, Álvarez M, Millán A. La evaluación dietética como instrumento diagnóstico en la población pediátrica An Venez Nutr 1999;12 (1):33-44.
12. Del Real S, Fajardo Z, Solano L, Páez M, Sánchez A. Patrón de consumo de alimentos en niños de una comunidad urbana de Valencia, Venezuela. Arch Latinoam Nutr.2005; 55 (3): 279-286.
13. Sánchez S, Castillo C. Alteraciones de la conducta alimentaria en lactantes chilenos. Instituto Nacional de Tecnología de

- los Alimentos (INTA). Universidad de Chile 2000; 156p. (Tesis magistral).
14. Wright C, Loughridge J, Moore G. Failure to thrive in a population context: Two contrasting studies of feeding and nutritional status. *Proc Nutr Soc* 2000; 59:37-56.
 15. Instituto Nacional de Nutrición. Regulaciones técnicas para el manejo de niños y niñas con desnutrición grave. Publicación N° 55 Serie de Cuadernos Azules. Caracas 2003; 76p.
 16. Soto-Sanabria I, Bonini J, Martínez E, Millán A, Suarez E, Vargas F. Nutrición del lactante. *Arch Venez Puer Ped* 2001; 64(3):13-18.
 17. Velasco C. Temas selectos en Nutrición Infantil. Editorial Médica Distribuna. Bogotá 2005; 20 p.
 18. Programa estadístico SPSS para Windows. Versión 10.0.
 19. Instituto Nacional de Nutrición (INN). Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN). Componente Desnutrido Grave Hospitalario. Disponible en <http://www.inn.gob.ve.phpfile=contenidos/sisvan/sgrave-hospitalizado.html>. [Consultado el 11/11/06].
 20. Velásquez A, Larramendy J, Rubio J. Factores de riesgo de desnutrición proteico energética en niños menores de un año de edad. *Rev Cub Aliment Nutr* 1999; 12 (2):82-85.
 21. Sullivan S, Birch L. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* 1994; 93:271-277.
 22. Grupo de apoyo a la lactancia materna (GALACMA-UCV). Avances de nutrición y dietética. Ediciones Cavendes. Caracas 1999; (1):25; 40 p.
 23. Zarzalejo Z, García M, Álvarez M, Millán A. Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbana rural marginal. *An Venez Nutr* 2001; 14 (2):1-19.
 24. Hop LT, Gross R, Glay T, Sastroamidjojo S, Schultink W, Lang N. Premature complementary feeding is associated with poorer growth on vietnamese children. *J Nutr* 2000 (11): 2683-2690.
 25. Organización Panamericana de la Salud. Principios de Orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/UN/guiding_Principles_CF.pdf. [Consultado el 11/11/06].