

Conocimientos, actitudes y prácticas de la alimentación del lactante en pediatras del eje metropolitano de Mérida

Knowledge, attitudes and practices about infant feeding of pediatricians from the metropolitan area of Mérida

JURADO, ANDREA¹; LACRUZ-RENGEL, MARÍA²; CAMACHO-CAMARGO, NOLIS²; HERNÁNDEZ, LAURA¹; SINNATO, MARÍA¹

¹Universidad Técnica de Manabí. Manabí, Ecuador

Autores

Autor de correspondencia
lacruz_rengel@hotmail.com

Fecha de recepción

01/08/2023

Fecha de aceptación

09/08/2023

Fecha de publicación

26/10/2023

Pediatra- Puericultor. Universidad de Los Andes. Mérida - Venezuela.
Correo-e: andreabril14@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3110-4334.

Lacruz-Rengel María Angelina
de Puericultura y
Pediatra Puericultor. Profesora Titular. Departamento
Pediatría. Doctora en Ciencias Humanas. Hospital
Universitario de Los Andes. Mérida -Venezuela.
Correo-e: lacruz_rengel@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-3725-0447.

Camacho Camargo Nolis
Pediatra Puericultor. Especialista en Nutrición, Crecimiento y Desarrollo.
Profesora Cátedra de Puericultura. Departamento de Puericultura y Pediatría.
Universidad de Los Andes. Mérida - Venezuela.
Correo-e: nolispediatra@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-2230-2531

Hernández Ardila Laura
Pediatra- Puericultor. Universidad de Los Andes. Mérida - Venezuela.
Correo-e: lauramar11hernandez@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3024-7998

María Alexandra Sinnato
Pediatra- Puericultor. Universidad de Los Andes. Mérida - Venezuela.
Correo-e: marisinnato@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4826-852X

Citación:

Jurado, A.; Lacruz-Rengel, M.; Camacho-Camargo, N.; Hernández, L. y Sinnato, M. (2023). Conocimientos, actitudes y prácticas de la alimentación del lactante en pediatras del eje metropolitano de Mérida. *GICOS*, 8(3), 94-111

DOI: <https://doi.org/10.53766/GICOS/2023.08.03.07>



RESUMEN

La alimentación durante los dos primeros años tiene influencia directa sobre la calidad de vida de las personas, constituyéndose en factor protector o de riesgo para padecer enfermedades prevenibles en la adultez. El pediatra debería influir técnica y positivamente en las decisiones maternas sobre la alimentación de los infantes a fin de garantizar la nutrición y desarrollo adecuado. Objetivo: describir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de alimentación de lactantes recomendadas por los pediatras de la comunidad. Metodología: estudio observacional, transversal, analítico tipo encuesta aplicado a pediatras en ejercicio en el eje metropolitano del estado Mérida-Venezuela, tanto en el sistema público como privado. Resultados: se incluyeron 52 pediatras, 75% femeninas, con edades mayores a 41 años; el 63,5% posee experiencia de crianza; 48,0% tiene más de 21 años de graduados, 70% con ejercicio mixto. 92% con un nivel de conocimiento intermedio, 100% en actitudes y prácticas. Se identificaron como tópicos susceptibles de entrenamiento: edad ideal para destete, edad de inicio de alimentación complementaria, porciones según edad, adición de grasas a los alimentos como estrategia de incremento de aporte calórico, incorporación oportuna de cereal de trigo o avena y huevo. Conclusión: los pediatras del estudio muestran conocimientos intermedios en alimentación del lactante, no incorporan ciertas recomendaciones dispuestas en los consensos, con una actitud y prácticas adecuadas. Se hace necesario promocionar la incorporación de las pautas establecidas como referencia para la práctica clínica diaria, mediante cursos de actualización y difusión por parte de las autoridades sanitarias y académicas.

Palabras clave: pediatras; alimentación complementaria; lactantes; conocimiento; actitudes; prácticas.

ABSTRACT

Diet during the first two years has a direct influence on people's quality of life, constituting a protective or risk factor for suffering from preventable diseases in adulthood. The pediatrician should technically and positively influence maternal decisions about infant feeding in order to guarantee adequate nutrition and development. Objective: to describe the level of knowledge, attitudes, and feeding practices for infants recommended by community pediatricians. Methodology: observational, cross-sectional, analytical survey-type study applied to practicing pediatricians in the metropolitan axis of the Mérida-Venezuela state, both in the public and private systems. Results: 52 pediatricians were included, 75% female, aged over 41 years; 63.5% have parenting experience; 48.0% have more than 21 years of graduation, 70% with mixed exercise. 92% with an intermediate level of knowledge, 100% in attitudes and practices. The following topics were identified as susceptible to training: ideal age for weaning, age at the start of complementary feeding, portions according to age, addition of fats to food as a strategy to increase caloric intake, timely incorporation of wheat or oat cereal, and egg. Conclusion: the pediatricians in the study show intermediate knowledge in infant feeding, do not incorporate certain recommendations set out in the consensus, with an attitude and appropriate practices. It is necessary to promote the incorporation of the guidelines established as a reference for daily clinical practice, through refresher courses and dissemination by health and academic authorities.

Keywords: pediatricians; complementary feeding; infants; knowledge; attitudes; practices.

INTRODUCCIÓN

La nutrición durante las etapas tempranas de vida puede influir en el desarrollo, esta se va a manifestar en todo el ciclo vital como factor protector o de riesgo de padecer enfermedades prevenibles, lo cual tiene importantes implicaciones clínicas y de salud pública (Moreno-Villares et al., 2019).

Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna (LM), especialmente la no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la “carga” de enfermedades entre los niños menores de cinco años (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010). La LM es el pilar fundamental de una vida saludable y de bienestar para el infante y la madre, evitaría 823.000 muertes anuales en niños menores de cinco años y 20.000 muertes anuales por cáncer de mama (Victora et al., 2016).

Por su parte, la alimentación complementaria (AC), es decir, la adecuada introducción de alimentos sólidos o semisólidos entre los 6 y 24 meses de edad, reduce el riesgo de todas las formas de mala nutrición al promover el crecimiento, desarrollo e inmunidad y establece hábitos sanos de alimentación que podrían perdurar a lo largo de la vida (Alas, 2018; González-Castell et al., 2020).

La lactancia materna y la alimentación complementaria son prácticas sociales que involucran saberes populares y médico-sanitarios que son base para construir hábitos alimentarios en menores de dos años, por esta razón, los profesionales de salud deben desempeñar un rol importante para brindar dicho apoyo, influenciando técnica y positivamente las decisiones relacionadas con la alimentación de los niños (Forero et al., 2018).

Las competencias del pediatra como consejero en alimentación han sido evaluadas exhaustivamente en relación a lactancia materna (Melin, 2018; Feldan-Winter et al., 2017; Cascone et al., 2019), poco menos en relación a alimentación complementaria (Martínez-Rubio, Cantarero y Espin, 2018). Por tanto, la investigación se direcciona hacia la descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación del lactante que son recomendadas por el personal especializado en puericultura y pediatría a fin de establecer debilidades susceptibles de corrección a través de entrenamiento dirigido.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, transversal analítico, tipo encuesta aplicado a médicos especialistas en puericultura y pediatría, quienes ejercen su profesión en el eje metropolitano del estado Mérida -Venezuela, para el año 2020 (municipios Libertador, Campo Elías, Santos Marquina y Sucre), tanto en el sistema público como privado. Se realizó muestreo intencional determinado por la aplicación presencial de encuesta, independientemente de edad, sexo y años de ejercicio profesional. La muestra estuvo constituida por el 90% de los pediatras (n=52) en ejercicio en esta área geográfica.

Se contactó a los prospectos e informó sobre los objetivos del estudio, previo consentimiento informado y ofreciendo confidencialidad de la información obtenida, se aplicó un instrumento tipo encuesta, especialmente

elaborada por los autores, con respuestas cerradas siendo validada por tres expertos y mostrando una consistencia interna aceptable (coeficiente alfa Cronbach de 0,70). El instrumento tuvo dos secciones:

-Conocimiento sobre lactancia materna y alimentación complementaria: alimento ideal en menores de seis meses de edad, tiempo recomendado de LM, ventajas de la LM, edad ideal de inicio de AC, raciones, consistencia y frecuencia de alimentación, alimentos recomendados para el inicio, sitio ideal de administración de las comidas, proporción ideal de proteínas, incorporación de alimentos reconocidos como alergizantes (huevo, cítricos, pescado, cereales). Se consideró que el conocimiento en esta área fue alto si respondía acertadamente el 75% de las preguntas, intermedio si respondía acertadamente del 50 al 75% de las preguntas y bajo con respuestas acertadas en menos del 50%.

-Actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación de menores de un año

Se evaluó la frecuencia de recomendación de actitudes y prácticas en la alimentación de los menores de un año considerando aspectos como: acompañamiento y conversación del niño mientras come, que el niño participe activamente en su alimentación, que coma obligado, que se le castigue por no comer o se le premie con golosinas. Dentro de las practicas se insistió en la frecuencia de recomendar la higiene de los alimentos, lavado de manos para preparar y administrar los alimentos, hervido del agua, oferta de alimentos con taza y cuchara, consumo de alimentos crudos. Esta ponderación se realizó con ayuda de la escala de Likert que presenta cinco categorías temporales: siempre, frecuentemente, poco frecuente, ocasionalmente o nunca, que puntúan en un rango de 1 a 5 puntos.

Adicionalmente, se obtuvo información de aspectos demográficos: edad, sexo, experiencia parental (tiene o no hijos), tiempo de ejercicio, universidad donde estudió, tipo de ejercicio (público, privado, mixto); y fuentes de información sobre LM y alimentación complementaria: congresos, cursos, redes sociales, revistas científicas y libros, entre otros.

Análisis estadístico: con la información asentada en el instrumento de recolección, se construyó la base de datos con el programa Statistical Package for the Social Science versión 15.0 (SPSS). Se utilizaron tablas de frecuencia con cifras absolutas y porcentajes para el análisis descriptivo de las variables. Para establecer la asociación entre variables, Chi cuadrado de Pearson con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se invitó a participar en el estudio a 58 pediatras puericultores que ejercen profesionalmente en el área metropolitana de Mérida, aceptando participar 52 de ellos, de los cuales el 75% ($n = 39$) eran femeninos. La distribución por categorías de edad mostró un 75,0% ($n=39$) con edades mayores a los 41 años. El 63,5% ($n=33$) tiene y vive con sus hijos y por tanto, tiene experiencia de crianza. Al indagar sobre aspectos académicos como el tiempo de graduado, el 48,0% ($n=25$) respondió más de 21 años de graduado. La Universidad donde realizaron estudios de especialidad en puericultura y pediatría fue la Universidad de Los Andes (ULA) en un 82,7% ($n=43$). El 55,8% de los encuestados tenía una subespecialidad en el área pediátrica. En relación a la

ubicación de ejercicio profesional, el 69,2% (n= 36) respondió laborar tanto en el sector público como privado.

Tabla 1.

Variables socio-demográficas y académicas de la población encuestada.

Categorías para los pediatras estudiados	Frecuencia (n=52)	Porcentaje (%=100,0)
Edad		
< 30 años	1	1,9
31 a 35 años	9	17,3
36 a 40 años	3	5,8
> 41 años	39	75,0
Sexo		
Masculino	13	25,0
Femenino	39	75,0
Tenencia de hijos		
Sí	33	63,5
No	19	36,5
Años de graduado		
5	8	15,4
6-10	8	15,4
11-20	11	21,2
Más de 21	25	48,0
Universidad de graduación		
ULA	43	82,7
UDO	1	1,9
UCV	2	3,8
Otra	6	11,6
Tenencia de otra especialidad		
Sí	29	55,8
No	23	44,2
Ubicaciones del ejercicio profesional		
Público	11	21,2
Privado	5	9,6
Mixto	36	69,2

Las fuentes de información de los pediatras sobre LM y AC, más frecuentes, fueron los Congresos 26,9% (n= 14), seguido por los Cursos en un 25% (n=13) (Gráfico 1)

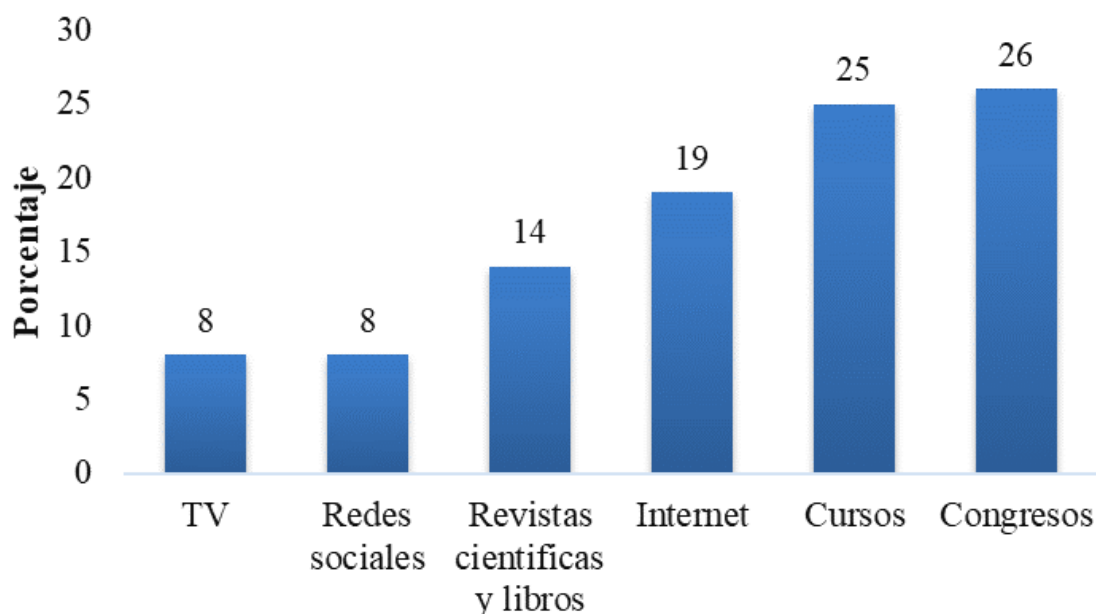


Gráfico 1. Fuentes de información sobre lactancia materna y alimentación complementaria de pediatras encuestados.

En cuanto al nivel de conocimiento, por parte de los encuestados, sobre la alimentación en lactantes el 96,2% (n=50) se catalogó en un nivel intermedio, mientras que sólo un 3,8% (n= 2), se ubicaron en un nivel bajo (Tabla 2).

Tabla 2.

Nivel de conocimiento sobre alimentación, actitudes y prácticas de alimentación en lactantes.

Categorías para los pediatras estudiados	Frecuencia (n=52)	Porcentaje (%=100,0)
Conocimiento		
Intermedio	50	96,2
Bajo	2	3,8
Actitud		
Adecuada	51	98,1
Inadecuada	1	1,9
Prácticas		
Adecuadas	52	100,0
Inadecuadas	-	-

Tabla 3.

Conocimiento de los pediatras estudiados sobre alimentación en el lactante. Relación de respuestas adecuadas e inadecuadas.

Área de conocimiento	Adecuado		Inadecuado	
	n	%	n	%
Ventajas de la buena alimentación en menores de un año de edad	52	100,0	-	-
Alimento ideal menores de seis meses	52	100,0	-	-
Edad ideal para destete	20	38,5	32	61,5
Ventajas de lactancia materna	52	100,0	-	-
Qué es alimentación Complementaria	37	71,2	15	28,8
Inicio alimentación complementaria	20	38,5	32	61,5
Porción ideal de un niño de seis meses	12	23,1	40	76,9
Raciones diarias de niño de seis meses	39	75,0	13	25,0
Alimento ideal para inicio alimentación complementaria	31	59,6	21	40,4
Aporte semanal proteínas a los ocho meses	33	63,5	19	36,5
Menú ideal para un niño de nueve meses	45	86,5	7	13,5
Consistencia de alimentos por edad	41	78,8	11	21,2
Edad de incorporación a olla familiar	43	82,7	9	17,3
Cantidad ideal de comida a los doce meses	28	53,8	22	46,2
Adición de grasas a los alimentos	17	32,7	35	67,3
Incorporación de cítrico a dieta	34	65,4	18	34,6
Incorporación de pescado a dieta	38	73,1	14	26,9
Incorporación cereal de trigo o avena	14	26,9	38	73,1
Edad inicio consumo de huevo	20	38,5	32	62,5

Al valorar la relación de respuestas adecuadas e inadecuadas, sobre el nivel de conocimiento de los pediatras encuestados, sobre la alimentación, de las diecinueve preguntas realizadas, en nueve de ellas, hubo predominio de la respuesta considerada como adecuada, en cuatro, el dar la respuesta adecuada estuvo en sector límite, y en las restantes seis, hubo predominio de las respuestas inadecuadas (Tabla 3).

En relación con la actitud, el 98,1% (n=51), presenta una actitud adecuada (Tabla 4). En las prácticas de alimentación el 100% (n= 52), estuvo en un nivel de destrezas adecuadas (Tabla 5). Al realizar el análisis inferencial de la información obtenida, no se precisan asociaciones estadísticamente significativas entre las

variables demográficas y académicas (edad, sexo, tenencia de hijos, años de graduado, especializaciones o lugar de ejercicio profesional o fuente de información) y el nivel de conocimientos y actitudes sobre alimentación en el lactante (Tablas 6 y 7). Con respecto a las prácticas, las cuales se reportan dominadas por la totalidad del grupo, no permite el cálculo de dichas asociaciones.

Tabla 4.

Actitudes de los pediatras estudiados hacia la alimentación en lactantes.

	Siempre		Frecuente		Poco frecuente		Ocasional		Nunca	
Actitudes valoradas	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conversa con el niño mientras come	35	67,3	12	23,1	4	7,7	1	1,9	-	-
Lo deja que participe para alimentarse	33	63,5	17	32,7	-	-	2	3,8	-	-
Lo premia con golosinas	-	-	-	-	1	1,9	7	13,5	44	84,6
Lo obliga a comer	-	-	-	-	5	9,6	5	9,6	42	80,8
Lo castiga si no come	-	-	-	-	1	1,9	2	3,8	49	94,3

Tabla 5.*Prácticas de los pediatras estudiados sobre la alimentación en lactantes.*

Tipo de práctica	Siempre		Frecuente		Poco frecuente		Ocasional		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lava los alimentos	50	96,2	2	3,8	-	-	-	-	-	-
Tapa alimentos luego de prepararlos	48	92,3	3	5,8	1	1,9	-	-	-	-
Se lava las manos antes de dar de comer	50	96,2	2	3,8	-	-	-	-	-	-
Hierve el agua de beber	50	96,2	2	3,8	-	-	-	-	-	-
Lava las manos del niño antes de comer	51	98,1	-	-	1	1,9	-	-	-	-
Ofrece alimentos crudos	8	15,4	11	21,1	8	15,4	7	13,5	18	34,6
Ofrece alimentos con taza y cuchara	39	75,0	11	21,2	1	1,9	1	1,9	-	-

Tabla 6.*Asociación entre variables académicas y nivel de conocimiento sobre la alimentación en el lactante.*

Variables de los pediatras	Nivel de conocimiento - Alimentación en el lactante						p*
	Intermedio		Bajo		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
Menor de 30 años	1	2,0	-	-	1	1,9	0,875
31-35 años	9	18,0	-	-	9	17,3	
36-40 años	3	6,0	-	-	3	5,8	
Mayor de 41 años	37	74,0	2	100,0	39	75,0	
Total	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
Sexo							
Masculino	12	24,0	1	50,0	13	25,0	0,441
Femenino	38	76,0	1	50,0	39	75,0	
Total	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
Tenencia de hijos							
Sí	32	64,0	1	50,0	33	63,5	0,602
No	18	36,0	1	50,0	19	36,5	
Total	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
Años de graduado							
Cinco	8	16,0	-	-	8	15,4	0,523
Cinco a diez	8	16,0	-	-	8	15,4	
Once a veinte	11	22,0	-	-	11	21,2	
Más de veintiuno	23	46,0	2	100,0	25	48,0	
Total	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
Tenencia de sub-especialidad							
Sí	28	56,0	1	50,0	29	55,8	0,694
No	22	44,0	1	50,0	23	44,2	
Total	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
Sitio ejercicio Profesional							
Público	11	22,0	-	-	11	21,2	0,630
Privado	5	10,0	-	-	5	9,6	
Mixto	34	68,0	2	100	36	69,2	
Total	50	100,0			50	100,0	

Nota: *Significancia si: $p < 0,05$ (prueba chi-cuadrado)

Tabla 7.*Asociación entre variables demográficas, académicas y nivel de actitud hacia la alimentación en el lactante.*

Nivel de actitud - Alimentación en el lactante							
Variables de los pediatras	Adecuada		Inadecuada		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
Menor de 30 años	1	2,0	-	-	1	1,9	0,952
31-35 años	9	17,6	-	-	9	17,3	
36-40 años	3	5,9	-	-	3	5,8	
Mayor de 41 años	38	74,5	1	100,0	39	75,0	
Total	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
Sexo							
Masculino	13	25,5	-	-	13	25,0	0,750
Femenino	38	74,5	1	100,0	39	75,0	
Total	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
Tenencia de hijos							
Sí	33	64,7	-	-	33	63,5	0,365
No	18	35,3	1	100,0	19	36,5	
Total	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
Años de graduado							
Cinco	8	15,7	-	-	8	15,4	0,777
Cinco a diez	8	15,7	-	-	8	15,4	
Once a veinte	11	21,6	-	-	11	21,2	
Más de veintiuno	24	47,0	1	100,0	25	48,0	
Total	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
Tenencia de sub-especialidad							
Sí	28	54,9	1	100,0	29	55,8	0,558
No	23	45,1	-	-	23	44,2	
Total	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
Sitio de ejercicio profesional							
Público	11	21,6	-	-	11	21,2	0,797
Privado	5	9,8	-	-	5	9,6	
Mixto	35	68,6	1	100,0	36	69,2	
Total	51	100,0	1	100,0	52	100,0	

Nota: * Significancia si: $p < 0,05$ (prueba chi-cuadrado)

DISCUSIÓN

Fueron enrolados para este estudio 52 pediatras, donde predominó el grupo de 40 años y sexo femenino, con experiencia de crianza de hijos, ejercicio profesional mixto en el área mayor a 21 años y formados en la Universidad de Los Andes como especialistas. No existe en la literatura internacional estudios con características poblacionales similares contrastables.

Al evaluar las respuestas obtenidas de los pediatras con respecto al conocimiento sobre alimentación durante los dos primeros años de vida del niño, se observó que casi la totalidad de la población tiene un conocimiento que califica como intermedio, siendo pertinente señalar que se identifican debilidades en apartados como: Edad ideal para destete, edad de inicio de alimentación complementaria, porciones según edad, adición de grasas a los alimentos como estrategia de incremento de aporte calórico, incorporación oportuna de cereal de trigo o avena y huevo.

La población estudiada reconoce la leche humana como el alimento ideal ya que aporta al niño los nutrientes que le garantizan un crecimiento y desarrollo óptimos. Su suministro en los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y a libre demanda es de suma importancia por sus características inmunológicas, microbiológicas y para la consolidación del vínculo afectivo entre la madre y el niño que se había establecido en el momento de la concepción (OMS, 2021; Vaivada, Gaffey y Bhuta, 2017). Tal y como lo señala la recomendación de la Organización Mundial de Salud (OMS y OPS, 2010) y la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP, 2020). Asimismo, la leche materna puede considerarse un órgano inmunológico de transición del recién nacido al transferir anticuerpos, especialmente IgA secretora y células vivas (macrófagos) con capacidad anti-infecciosa, por lo que disminuye el número y gravedad de las enfermedades infecciosas, estimula los sistemas enzimáticos y metabólicos específicos, consigue mayor rendimiento nutritivo con menor sobrecarga metabólica (Izaguirre, et al., 2020; Brahma y Valdés, 2017).

En relación con la edad de destete, en dos tercios de los encuestados se detecta confusión. Siendo que organizaciones como la OMS (OMS y OPS, 2010), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF (OMS y UNICEF, 2003), Academia Americana de Pediatría (AAP, 2012) y Consensos como el de la Asociación Mexicana de Pediatría (Romero-Velarde et al., 2016), Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP, 2020), Alimentación Complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLGHNP): COCO 2023 (Vázquez-Frías et al., 2023), son categóricas al insistir en la necesidad de mantener la LM exclusiva hasta los seis meses de vida y continuada después de introducir la alimentación complementaria (la cual debe ser oportuna, adecuada, inocua y perceptiva) durante los primeros dos años o hasta que la madre y el niño así lo deseen.

Si bien, tres cuartas partes de la población estudiada conocen de qué se trata la AC, solo dos tercios puntualizan de acuerdo a la norma técnica la edad de inicio; en los lactantes sanos de la región iberoamericana que son alimentados de forma exclusiva con leche materna, se recomienda a los seis meses de edad con un acuerdo del ciento por ciento, según el consenso de la SLGHNP a cuya recomendación se suman la OMS, AAP, AMP y

Actualmente, el único parámetro para decidir el inicio de la AC en un lactante que no tiene problema de seguridad en la deglución es la edad. Existe una ventana de tiempo para el inicio de esta, entre los cuatro y seis meses de edad (AAP, 2012; Fewtrell et al., 2017). Contrario a lo que previamente se refería, la supuesta inmadurez gastrointestinal, renal, dental, etc., adicional al hito del desarrollo de sentarse sin ayuda, no son una limitante para decidir el inicio de la AC, ya que existe ausencia de evidencia que pruebe esto, lo cual ha sido reafirmado de forma reciente por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA, 2019). Los riesgos de la introducción precoz, antes de los cuatro meses, de los alimentos complementarios podrían incluir: posibilidad de atragantamiento, aumento de gastroenteritis aguda e infecciones del tracto respiratorio superior, interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna, y sustitución de tomas de leche por otros alimentos menos nutritivos (sustitutos inadecuados de la leche materna).

Dos tercios de la población estudiada hace recomendación adecuada del tipo de alimento a introducir al iniciar esta etapa, en concordancia con la SLAGHNP y SVPP quienes recomiendan iniciar con purés/papillas y progresar a texturas grumosas y sólidos blandos antes de los diez meses de edad para disminuir el riesgo de aversión a texturas. En relación a esto, la literatura señala que la AC debe ser variada, incluyendo desde el inicio alimentos de todos los grupos y asegurándose que los cinco sabores básicos estén presentes - dulce, salado, ácido, amargo y umami - (Schwartz y Nicklaus, 2009). Estos sabores deben ser alcanzados durante las primeras dos semanas de iniciada la AC.

Existe una nueva tendencia “*baby led weaning*” también conocida como “alimentación guiada o autorregulada por el bebé”, se ha convertido en los últimos años en un método alternativo de AC, que omite por completo el enfoque tradicional para promover la introducción de alimentos sólidos (trozos grandes y alargados), desde los seis meses y la autoalimentación con las manos sin utensilios -plato, taza, cuchara- (Campoy et al., 2018) a libre demanda y bajo vigilancia del cuidador, con una oferta senso-perceptual aparentemente más rica. (Suárez y Serra, 2020; Morison et al., 2016).

Según las recomendaciones actuales, deben ofrecerse de 2 - 3 comidas al día entre los 6 - 8 meses y 3 - 4 comidas al día entre los 9 - 24 meses de edad, considerando la densidad calórica de las comidas, al principio deben ser pequeñas cantidades (2 - 3 cucharadas por comida), y luego ir aumentando gradualmente mes a mes hasta alcanzar una taza de 250 ml. Dependiendo del apetito del niño se le puede ofrecer 1 – 2 meriendas nutritivas (Mariño et al., 2020). En la práctica, el pediatra debe alertar a las personas que alimentan a los niños, que estén atentos a las señales de hambre y saciedad - alimentación perceptiva - (McNally et al., 2016; Warren, 2018). Esta recomendación solo es dominada por la cuarta parte de los participantes.

En la AC deberá cuidarse el aporte proteico, siendo la recomendación técnica la introducción de proteína animal (pollo, pavo, ternera, vaca, cordero y cerdo) desde el inicio garantizando suplir las deficiencias de hierro residuales de la LM exclusiva, aminoácidos esenciales, zinc y vitaminas principalmente B12. (Perdomo y De Miguel, 2015). El valor nutritivo de la carne blanca es similar al de la carne roja. (Cuadros-Mendoza et

al., 2017).

En relación a este aspecto, solo dos terceras partes de la población estudiada contesto acertadamente, siendo importante recordar que la incorporación de alimentos de origen animal son una adecuada fuente de hierro (hierro hemínico), y en combinación con alimentos fortificados pueden garantizar el aporte y mantener el buen estado nutricional de este mineral o prevenir su déficit en el primer año de vida. (SVPP, 2020).

Se reporta que solo un tercio de la población estudiada reconoce la posibilidad de hacer incrementos del contenido calórico de los alimentos incorporándoles grasas, a razón de una cucharadita de mantequilla o aceite vegetal. En tal sentido, la grasa no solo proporcionaría energía, sino que también contribuye a la formación de nuevos tejidos del organismo. Es de considerar que el consumo deficitario puede comprometer la ingesta de ácidos grasos esenciales, colesterol y la absorción de vitaminas de tipo liposoluble (Jiménez Acosta, 2018).

Es de recalcar que los lípidos son la principal fuente de energía en la dieta de los lactantes, existen pruebas convincentes de que durante los primeros seis meses de vida la grasa alimentaria total debería contribuir al 40-60 %, en cubrir la energía necesaria para el crecimiento y la grasa necesaria para el depósito en los tejidos. Entre los 6 hasta los 24 meses la ingesta de grasa debería reducirse gradualmente, dependiendo de la actividad física del niño, a aproximadamente el 35 % de energía, además retrasan el vaciado gástrico y la motilidad intestinal y prolongan la saciedad, lo cual es especialmente importante en esta edad debido al tamaño reducido de su estómago (Ford et al., 2016).

Otro aspecto de gran importancia es el de la introducción de alimentos “alergizantes”, en tal sentido, se reporta que un poco más de dos tercios de los encuestados conoce pautas de introducción a la dieta de cítricos, huevo y pescado. Así, en el caso del pescado y los cítricos se pueden incorporar a partir de los seis meses de edad; no existe evidencia científica que fundamente el retraso (EFSA, 2019; Ierodiakonou et al., 2016). En relación con el huevo es una proteína de alto valor biológico que juega un papel importante en el crecimiento y desarrollo. La norma vigente determina que puede ofrecerse cocido y en diferentes presentaciones, sin separar la yema de la clara, también a partir del sexto mes de vida (Mariño et al., 2020). El retraso en su introducción se asocia con mayor riesgo a desarrollar alergia (Koplin et al., 2010).

En lactantes con alergia o con historia de atopia familiar no se debe retrasar la introducción de alimentos considerados potencialmente alergénicos (Vázquez-Frías et al., 2023; Scarpone et al.,

2023). La recomendación es que debe realizarse no solo de forma oportuna sino frecuente, al menos dos veces a la semana, la inducción de tolerancia oral temprana se encuentra asociada a factores de colonización, predisposición genética, exposición a lactancia materna y factores inmunomoduladores como proteínas, lípidos, fibra y algunas vitaminas (AAP, 2012; Julia et al., 2015).

Solo un tercio de los pediatras reconoce la incorporación de cereales como el trigo y la avena, según la pauta actual que sería no antes de los cuatro meses, ni después de los siete meses de vida; independientemente de que el niño tome leche materna o fórmula láctea infantil (Romero-Velarde et al., 2016). Esto no protege ni

incrementa el riesgo de padecer enfermedad celiaca, lo que si señalan diversos autores es no hacerlo antes ni después de este intervalo de tiempo (Szajewska et al., 2015; Lionetti et al., 2014).

Finalmente, con la introducción de un alimento a la vez y la integración de los diferentes grupos de alimentos, un lactante estará consumiendo los grupos básicos de alimentos recomendados (carne, cereales, verduras, frutas y leguminosas); de esta forma, a los siete meses contará ya con tres alimentos de cada grupo que proporcionarán nutrimentos suficientes en combinación con la leche humana (Gómez, 2018).

En relación con las actitudes y prácticas de los encuestados sobre la alimentación del lactante se reporta que la totalidad es adecuada, recomendando estrategias que hacen del acto de alimentar una experiencia socio-cultural agradable. Teniendo presente que el primer año de vida del niño está descrito como un periodo sensible o crítico en el cual se desarrollan preferencias que una vez formadas permanecen relativamente fijas. Es importante que los alimentos no se usen para gratificar logros o reemplazar la atención de otras necesidades. El tono emocional positivo mantiene una interacción favorable niño - cuidador y permite progresar satisfactoriamente en el establecimiento de las conductas alimentarias adecuadas, sumándose a esto las prácticas seguras de higiene de los alimentos para el inicio y continuación óptima de la AC (Mariño et al., 2020; Zamanillo-Campos et al., 2021; Basulto et al., 2014).

Por la homogeneidad de la población participante que se desenvuelve en un área geográfica circunscrita bajo la influencia directa del departamento de pediatría de la ULA, influye en que no se establecen asociaciones entre el nivel de conocimiento intermedio, actitudes y prácticas adecuadas y las variables demográficas y académicas estudiadas.

CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados en esta investigación, se pudo comprobar que los pediatras tienen un conocimiento intermedio, no incorporan ciertas recomendaciones dispuestas en los consensos. Siendo estos aspectos pilares fundamentales en la alimentación del niño, por lo que es de suma importancia que los profesionales se adhieran a las pautas establecidas. En relación a las actitudes y prácticas estas fueron adecuadas.

RECOMENDACIONES

Como limitación del estudio por tratarse de una muestra pequeña, los resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones. Al no existir precedentes de esta temática en el país, este estudio puede ser utilizado como base para el inicio de futuras investigaciones, con más participantes, que permitan obtener resultados con mayor sustento estadístico.

Se hace necesario promocionar con mayor énfasis la existencia y relevancia de incorporar las pautas establecidas como referencia para la práctica clínica diaria, esto se puede llevar a cabo mediante cursos de actualización y aumento de la difusión por parte de las autoridades sanitarias y académicas.

A los pediatras en su rol puericultor, les corresponde estar capacitados, sensibilizados y entrenados para orientar asertivamente a la madre cuidadora en la tarea de alimentar a su hijo. Cada contacto del pediatra con el binomio madre e hijo, aun en situación de enfermedad, deberá aprovecharse para ofrecer recomendaciones en el área nutricional.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Academia Americana de Pediatría - Section on Breastfeeding (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. /doi.org/10.1542/peds.2011-3552
- Alas, K. M. (2018). Caracterización del patrón alimenticio en niños menores de un año de edad. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 2(1), 7-16.
- Basulto, J., Moñino, M., Farran, A., Baladia, E., Manera, M., Cervera, P. y Martínez, N. (2014). Recomendaciones de manipulación doméstica de frutas y hortalizas para preservar su valor nutritivo. *Revista española de Nutrición Humana y Dietética*, 18(2), 100-115. Doi: 10.14306/renhyd.18.2.85.
- Brahma, P. y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*, 88(1), 7-14. Doi: 10.4067/S0370
- Campoy, C., Campos, D., Cerdó, T., Diéguez, E. y García-Santos, J. A. (2018). Complementary feeding in developed countries: the 3 Ws (when, what, and why?). *Ann Nutr Metab*, 73(Suppl1), 27-36. Doi: 10.1159/000490086.
- Cascone, D., Tomassoni, D., Napolitano, F. y Di Giuseppe, G. (2019). Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practices about Exclusive Breastfeeding among Women in Italy. *Int J Environ Res Public Health*, 16(12), 2118. Doi.org/10.3390/ijerph16122118
- Cuadros-Mendoza, C. A., Vichido-Luna, M. Á., Montijo-Barrios, E., Zárate-Mondragón, F., Cadena-León, J. F., Cervantes-Bustamante, R. y Ramírez-Mayans, J. A. (2017). News in supplementary feeding. *Acta Pediatr Mex*, 38(3), 182-201. Doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390
- Cuellar K, Retana R, Mazariegos E. (2018). Caracterización del patrón alimenticio en niños menores de un año de edad. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 2(1), 7-16. Doi.org/10.36314/cunori.v2i1.46.
- EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens (NDA), Castenmiller, J., de Henauw, S., Hirsch Ernst, K. I., Kearney, J., Knutsen, H. K., Maciuk, A., Mangelsdorf, I., Naska, A., McArdle, H., Pelaez, C., Pentieva, K., Siani, A., Thies, F., Tsabouri, S., Vinceti, M., Bresson J., Fewtrell, M... Turck, D. (2019). Appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. *EFSA Journal*, 17(9), e05780, 241pp. Doi: 10.2903/j.efsa.2019.5780
- Feldman-Winter L, Szucs, K., Milano, A., Gottschlich, E., Sisk, B. y Schanler, R.J. (2017) National Trends in Pediatricians' Practices and Attitudes about Breastfeeding: 1995 to 2014. *Pediatrics*, 140(4), e20171229. Doi: 10.1542/peds.2017-1229.
- Fewtrell, M., Brosky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N. F., Hojsak, I., Hulst J., Indrio, F., Lapillonne, A. y Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 64(1), 119-132. Doi: 10.1097/MPG.0000000000001454
- Ford, R., Faber, M., Kunneke, E. y Smuts, CM (2016). Ingesta de grasas en la dieta y composición de ácidos grasos de los glóbulos rojos de niños y mujeres de tres áreas geográficas diferentes en Sudáfrica. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 109, 13-21. Doi: 10.1016/j.plefa.2016.04.003.
- Forero, T., Acevedo, M., Hernández, M., Morales, S. y Gina, E. (2018). La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Rev Chil Pediatr*, 89(5), 612-620. Doi.org/10.4067/S0370-41062018005000707.
- Gómez, M. (2018). Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria. *España: Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación*

- Española de Pediatría*. <https://www.aeped.es/comitenutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>.
- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Quezada-Sánchez, A. D., Bonvecchio-Arenas, A. y Rivera-Dommarco, J. (2020). Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *Salud Pública Mex*, 62(6), 704-713. Doi.org/10.21149/11567
- Ierodiakonou, D., Garcia-Larsen, V., Logan, A., Groome, A., Cunha, S., Chivinge, J., Robinson, Z., Geoghegan, N., Jarrold, K., Reeves, T., Tagiyeva-Milne, N., Nurmatov, U., Trivella, M., Leonardi-Bee, Jo. y Boyle, R. J. (2016). Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(11), 1181-1192. Doi: 10.1001/jama.2016.
- Izaguirre de Espinoza, I., Niño, E., Aznar, F. (2020) Lactancia humana. *Arch Venez Puer Pediatr*, 83(Suppl 4), s78 - s85.
- Jiménez Acosta, SM, González, M., Rodríguez Suárez, A., Silvera Téllez, D., Núñez Torres, E. y Fagué, A. (2018). Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Rev Cubana Pediatr*, 90(1), 79-93.
- Julia, V., Macia, L. & Dombrowicz, D. (2015). The impact of diet on asthma and allergic diseases. *Nat Rev Immunol*, 15(5), 308-322. Doi: 10.1038/nri3830.
- Koplin, JJ, Osborne, Nueva Jersey, Wake, M., Martin, PE, Gurrin, LC, Robinson, MN, y Allen, KJ. (2010) ¿Puede la introducción temprana del huevo prevenir la alergia al huevo en los bebés? Un estudio de base poblacional. *Allergy Clin Immunol*, 126(4), 807-813. Doi: 10.1016/j.jaci.2010.07.028.
- Lionetti, E., Castellaneta, S., Francavilla, R., Pulvirenti, A., Tonutti, E., Amarri, S., Barbato, M. Barbera, C., Barera, G., Bellantoni, A., Castellano, E., Guariso, G., Limongelli, M., Pellegrino, S., Polloni, C., Ughi, C., Zuin, G., Fasano, A., Catassi, C., SIGENP (Italian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition) y Working Group on Weaning and CD Risk (2014). Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *N Engl J Med*, 371(14), 1295-1303. Doi: 10.1056/NEJMoa1400697}
- Mariño, M., Useche, D., Herrera, M., Soto I., Medina, D., Aliaga, C. (2020). Alimentación complementaria: aspectos fundamentales. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 83(supl 4), 86-97.
- Martínez Rubio, A., Cantarero Vallejo, Mª. y Espín, B. (2018). ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria? *Rev Pediatr Aten Primaria*, 20(77), 35-44. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000100006&lng=es&tln=es.
- McNally, J., Hugh-Jones, S., Caton, S., Vereijken, C., Weenen, H. & Hetherington, M. (2016). Communicating hunger and satiation in the first 2 years of life: a systematic review. *Matern Child Nutr*, 12(2), 205-228. Doi: 10.1111/mcn.12230.
- Melin A., Björklund, P. y Zwedberg, S. (2018) Pediatricians' experiences of working with breastfeeding: An interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 218-223. Doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.008
- Moreno-Villares, J., Collado, M., Larqué, E., Leis-Trabazo, M., Sáenz-de-Pipaon, M. y Moreno-Aznar, L. (2019). Los primeros 1000 días: una oportunidad para reducir la carga de enfermedades no transmisibles. *Nutr Hosp*, 36(1), 218-232. Doi.org/10.20960/nh.02453
- Morison, B. J., Taylor, R. W., Haszard, J. J., Schramm, C. J., Erickson, L. W., Fangupo, L. J. y Heath, A. L. M. (2016). How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open*, 6(5), 1-11. Doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS, 2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). Lactancia materna. WHO. 2021; [citado 12 agosto 2023] <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Perdomo, M. y De Miguel, F. (2015). Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatría Integral*, XIX(4), 260-267.
- Romero-Velarde, E., Villalpando-Carrión, S., Pérez-Lizaur, A. B., Iracheta-Gerez, M., Alonso-Rivera, C. G., López-Navarrete, G. E. García-Contreras, A., Ochoa-Ortizg, E., Zarate-Mondragónh, F., López-Pérez, G., Chávez-Palencia, C., Guajardo-Jáquez, M., Vázquez-Ortizk, S., Pinzón-Navarroh, B. Torres-Duartel, K., Vidal-Guzmán, J., Michel-Gómez, P., López Contreras, I., Arroyo-Cruz, L... Pinacho-Velázquez, J. L. (2016). Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Méd Hosp Infant Mex*, 73(5), 338-356. Doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.06.007

- Scarpone, R., Kimkool, P., Ierodiakonou, D., Leonardi-Bee, J., García-Larsen, V., Perkin, MR y Boyle, RJ (2023). Momento de la introducción de alimentos alergénicos y riesgo de alergia alimentaria mediada por inmunoglobulina E: una revisión sistemática y un metanálisis. *Pediatría JAMA*, 177(5), 489-497. Doi: 0.1001/jamapediatrics.2023.0142
- Schwartz, C., Issanchou, S. y Nicklaus, S. (2009). Developmental changes in the acceptance of the five basic tastes in the first year of life. *Br J Nutr*, 102(9), 1375-1385. Doi.org/10.1017/s0007114509990286
- Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (2020). Consenso sobre nutrición en los Primeros mil días de vida. *Arch Venez Puer Pediatr*, 83(supl 4)108-115.
- Suárez, V. M., & Serra, J. D. (2020). Alimentación complementaria. *Pediatría Integral*, XXIV(2), 90 – 97.
- Szajewska, H., Shamir, R., Chmielewska, A., Pieścik-Lech, M., Auricchio, R., Ivarsson, A. & PREVENTCD Study Group. (2015). Systematic review with meta-analysis: early infant feeding and coeliac disease—update 2015. *Aliment Pharmacol Ther*, 41(11), 1038-1054. Doi: 10.1111/apt.13163.
- Vaivada, T., Gaffey, M. F. y Bhutta, Z. A. (2017). Promoting Early Child Development with Interventions in Health and Nutrition: A Systematic Review. *Pediatrics*, 140(2), 1-18. Doi.org/10.1542/peds.2016-4308.
- Vázquez-Frías, R., Ladino, L., Bagés-Mesa, M. C., Hernández-Rosiles, V., Ochoa-Ortiz, E., Alomía, M., Bejarano, R., Boggio-Marzert, C. Bojórquez-Ramos, M., Colindres-Campos, E., Fernández, G., García-Bacallao, E., González-Cerda, I., Guisande, A., Guzmán, C., Moraga-Mardones, M., Palacios-Rosales, J., Ramírez-Rodríguez, N., Roda, J... Koletzko, B. (2023). Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. *Rev Gastroenterol Mex*, 88(1), 57-70. Doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.11.001
- Victoria, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J. y Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. Doi 10.1016/S0140-6736(15)010224-7
- Warren, J. (2018). An update on complementary feeding. *Nurs Children Young People*, 30(6) 38-47, Doi.org/10.7748/ncyp.2018.e1032
- World Health Organization and United Nations Children's Fund (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42695>
- Zamanillo-Campos, R., Rovira-Boixadera, L. y Rendo-Urteaga, T. (2021). Prácticas y creencias habituales en la preparación de la alimentación complementaria infantil en una muestra española: estudio transversal. *Nutr Hosp*, 38(5), 919-934. Doi.org 10.20960/nh.03527