Artículo Original / Original Article

Lactancia materna y alimentación complementaria en un grupo de niños y niñas atendidos por un programa de atención integral en Bogotá, Colombia

Breastfeeding and complementary feeding in a group of children participating in a comprehensive service program in Bogotá, Colombia

RESUMEN

La situación nutricional de los niños menores de 2 años de edad está relacionada principalmente con su alimentación, la cual incluye lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y una alimentación complementaria adecuada y segura desde los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años o más, por tal razón se caracterizó la alimentación en un grupo de niños y niñas de 0 a 24 meses de la ciudad de Bogotá. Estudio descriptivo longitudinal, donde se aplicó encuesta alimentaria en 5 momentos a 388 madres de niños participantes, estableciéndose frecuencias simples, con intervalos de confianza al 95% y pruebas de diferencia Chi2. La Lactancia Materna (LM) en la primera hora de vida fue 68,8%, a los 2 meses 96.1% y esta prevalencia disminuyó gradualmente a 43,3% a los 24 meses. La prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses fue 22,9% y la duración media 2,9 meses. El suministro de leche artificial inició a los 0 meses, alcanzó el 60% a los 6 meses. El 50% de los niños y niñas había iniciado alimentación complementaria alrededor de los 2 meses de edad. En la mayoría de los niños, a los 24 meses no cumplían con el consumo establecido de frutas, verduras y carnes, así mismo, con la recomendación mundial de lactancia materna exclusiva debido al suministro temprano de leche artificial y otros alimentos. Palabras clave: Lactancia materna; Alimentación complementaria; Lactante; Leche artificial; Prácticas alimentarias.

ABSTRACT

The nutritional status of children under 2 years of age is mainly related to their diet, which includes exclusive breastfeeding until 6 months of age and adequate and safe supplementary feeding from 6 months of age, maintaining breastfeeding for 2 or more years. For this reason, feeding was characterized in a group of children from 0 to 24 months of the city of Bogotá. We conducted a longitudinal descriptive study, where a food survey was completed on 5 occasions by 388 mothers of participating children, establishing simple frequencies, with 95% confidence intervals and Chi2 difference tests. Breastfeeding (BF) in the first hour of life was 68.8% and 96.1% at 2 months. This prevalence gradually decreased to 43.3% at 24 months. The prevalence of exclusive breastfeeding

Yibby Forero¹, Alexandra Hernández¹, Gina Morales¹

1. Grupo de Nutrición, Dirección de Investigación en Salud Pública, Subdirección de Investigación Científica y Tecnológica, Instituto Nacional de Salud.

Dirigir correspondencia a: Yibby Forero Torres
Grupo de Nutrición, Dirección de Investigación en Salud Pública, Subdirección de Investigación Científica y Tecnológica, Instituto Nacional de Salud.
Avenida Calle 26 N° 51-20, B-250/ B-247.
Bogotá, D.C., Zona 6, Colombia.
Teléfono: 2207700 Ext 1222.
E-mail: aforero@ins.gov.co

Este trabajo fue recibido el 13 de enero de 2018.
Aceptado con modificaciones: 26 de febrero de 2018.
Aceptado para ser publicado: 08 de julio de 2018.

up to 6 months was 22.9% and the average duration was 2.9 months. The supply of artificial milk began at 0 months and was 60% at 6 months. 50% of children had started complementary feeding around 2 months of age. At 24 months, children's diets did not meet the established norms for consumption of fruits, vegetables and meats. Due to the early supply of artificial milk and other foods, the worldwide recommendation to exclusively breastfeed was also not met. Keywords: Breastfeeding; Supplementary feeding; Infant; Artificial milk; Food practices.

INTRODUCCIÓN

El comienzo de la lactancia materna durante la primera hora después del parto, la lactancia materna exclusiva durante

los primeros seis meses de vida del niño y posteriormente hasta los 2 años de edad o más y complementarla con alimentos nutricionalmente adecuados y seguros tiene importantes efectos sobre la supervivencia infantil, con el potencial de evitar aproximadamente el 19% de todas las muertes de los menores de 5 años, más que cualquier otra intervención preventiva conocida^{1,2}. Aun cuando la leche materna es la mejor fuente nutricional natural para niños y niñas de menos de dos años³, la lactancia materna es una práctica humana social y biológica que en las últimas décadas se ha visto afectada por la repercusión de los cambios sociales en la dinámica familiar y en los hábitos de crianza de los niños y por la publicidad, promoción y patrocinio de sucedáneos de la leche materna, biberones y chupos^{4,5}.

De otra parte, la alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios de manera adicional. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad⁶.

Pese a que en Colombia la práctica de la lactancia materna se ha promovido durante décadas por diversas políticas, programas y estrategias^{2,7,8}, las prevalencias de lactancia materna y alimentación complementaria no cumplen con las recomendaciones internacionales. Teniendo en cuenta lo anterior, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia- Ensín 2015⁹ mostró que la lactancia exclusiva disminuyó de 42.8% a 36.1% y la duración total de la lactancia materna también disminuyó al año de vida (58.1% a 32.5%) al igual que a los 2 años (52% a 31.6%), además entre el año 2005 y 2010 la introducción de alimentos complementarios se inició de manera prematura ya que a los 2.7 meses se les dio líquidos distintos a la leche materna, a los 5.3 meses alimentos blandos o semisólidos y a los 8 meses alimentos sólidos, además la calidad de la dieta es especialmente carente en el grupo de edad de 6 a 8 meses¹⁰. Por otra parte, en Bogotá la duración de la lactancia materna exclusiva fue del 45.6% en el 2015, resultado que es mayor al presentado a nivel Nacional⁹.

Con la limitada información sobre este tema y con el ánimo de profundizar en el conocimiento sobre la alimentación de las niñas y niños hasta los 24 meses de edad surge la necesidad de caracterizar la lactancia materna y la alimentación complementaria en un grupo de niños y niñas de 0 - 24 meses de edad de la ciudad de Bogotá, el cual se podrá utilizar como un insumo fundamental para el fortalecimiento de políticas y estrategias de intervención y atención de esta población en el Distrito Capital acordes a la realidad para la modificación o ajuste de las actuales estrategias de educación nutricional dirigidas a este grupo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte longitudinal descriptivo con abordaje cuantitativo a las madres e hijos beneficiarios de un Programa

de Atención Integral del Distrito Capital, modalidad para el desarrollo integral y el ejercicio efectivo de los derechos de las niñas y los niños desde la gestación hasta los 3 años de edad, a través de orientación familiar, movilización social y el suministro de apoyo alimentario y vigilancia nutricional¹¹. A partir de un universo de 2.000 mujeres y mediante muestreo aleatorio simple se estimó una muestra conformada por 388 binomios madre e hijo ubicados en 16 localidades (sectores) de la ciudad. Se tuvieron como criterios de inclusión la aceptación voluntaria a la investigación y niños nacidos a término, por otra parte, se excluyeron los niños nacidos de parto gemelar y prematuros.

Se aplicó una encuesta modular para determinar aspectos sociodemográficos (edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, entre otras), de salud y alimentarios. Para la caracterización de la alimentación del lactante se aplicó un formulario que contenía preguntas relacionadas con el tipo de alimentación que está recibiendo desde el nacimiento, así como la frecuencia de consumo de la misma, entre otras prácticas alimentarias. Los indicadores para evaluar las prácticas alimentarias en estos niños son los recomendados por la Organización Mundial de la Salud-OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Unicef⁶ que definen los criterios para evaluar las prácticas alimentarias de interés en esta población, adicionalmente se aplicó un formulario de frecuencia de consumo validado a partir del modelo utilizado en la ENSIN 2010¹⁰, el cual fue adaptado para los fines del presente estudio. La lista de alimentos se estimó a partir de los grupos definidos por las Guías Alimentarias para la población Colombiana mayor de 2 años 12 con un período de recordación de 30 días, en 10 categorías de frecuencia: nunca, 1 vez al mes, 2 a 3 veces al mes, 1 vez a la semana, 2 veces por semana, 3 a 4 veces por semana, 5 a 6 veces por semana, 1 vez al día, 2 veces al día, 3 o más veces al día.

La información se recolectó entre febrero de 2016 y diciembre de 2017 utilizando dispositivos móviles de captura en 5 mediciones (2, 6, 12, 18 y 24 meses de edad de los niños que hacían parte de la muestra). Los estimadores estadísticos que se obtuvieron fueron fundamentalmente indicadores de proporción (distribución binomial), para cada uno de estos se estimó el error de muestreo y su correspondiente intervalo de confianza al 95%, los cuales permitieron determinar el nivel de precisión que tuvieron las estimaciones a partir de la muestra obtenida. Para estimar comparaciones, se construyeron pruebas de diferencia con el estadístico de prueba, y se determinó con un nivel de significancia de, si las dos proporciones eran o no estadísticamente iguales. El software utilizado en la estimación de los indicadores y en las pruebas de diferencia fue STATA 13.1.

Esta investigación se acogió a la normatividad para estudios de investigación en salud, establecida en la Declaración de Helsinki¹³, así como las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas de la Investigación en Salud establecidas en la resolución No. 008430 de 19939 en Colombia¹⁴, que la definieron como una investigación con

riesgo mínimo, además, cada uno de los participantes firmó el consentimiento y/o asentimiento informado correspondiente. El proyecto fue aprobado por los Comités Técnico y de Ética del Instituto Nacional de Salud.

RESULTADOS

El promedio de edad de las madres fue 24 (+ 6.4 D.E) años, el 25% de las madres eran menores de 18 años. El 65.3% de los hogares de las madres participantes pertenecían al estrato 2 (209.2 USD de ingreso promedio/mes), seguido por un 18.1% en el estrato 1 (196.1USD de ingreso promedio/mes). El nivel educativo del 76.5% de las madres fue secundaria, seguido por un 18,3% con estudios superiores (técnico o profesional) y solo el 4,9% contaba únicamente con la básica primaria. De acuerdo al estudio se estableció que la mayoría de los niños y niñas a partir del nacimiento y a los 2 meses eran cuidados por sus madres (93.6%), 4.6% por sus abuelos u otros familiares, mientras que el 1% de los niños estaba al cuidado de su padre. Para los análisis de alimentación de los niños se tuvo una distribución por sexo de 49% para niñas y el 51% niños.

La primera variable de interés fue lactancia en la primera hora después del nacimiento, para lo cual se obtuvo una prevalencia del 68,8%. De las madres (31,2%) que no realizaron esta práctica, el 8.3% se debió a que no recibieron la indicación o el apoyo médico, el 32.2% se encontraban muy débiles después del parto, el 27.3% de las madres no tuvieron alojamiento conjunto con sus hijos

e hijas y el 43% por otras razones, entre las que sobresalen la no bajada o no producción de leche, enfermedad de la madre o el niño, dificultades con los senos o pezones, al niño o niña le ofrecieron leche artificial en el hospital, dificultades con la succión por parte del recién nacido o porque este se encontraba dormido.

En relación al indicador de lactancia materna exclusiva (LME) se obtuvo una prevalencia de 31,9% a los dos meses de edad, disminuyendo a 22,9% a los 6 meses. Al análisis por sexo se presentó una prevalencia mayor de LME en niñas tanto a los 2 meses (54,8%) como a los 6 meses (25%) en relación a los niños (45.2% y 20.8% respectivamente). Así mismo, la mediana de duración de LME en este estudio fue de 2,9 meses.

De otra parte, el suministro de leche materna se presentó de manera importante desde el primer día de nacimiento alcanzando una prevalencia de 96,1% a los 2 meses, sin embargo, este fue disminuyendo progresivamente hasta el 43,3% a los 24 meses de edad (Figura 1). La leche materna era ofrecida a libre demanda por el 76% de las madres, mientras que el porcentaje restante tenía horarios y tiempos de amamantamiento establecidos.

La lactancia materna se vio drásticamente interrumpida por el suministro de sucedáneos, es así como la mayoría de los niños eran alimentados de manera mixta, encontrándose que al 12,4% les ofrecieron este alimento en el momento del nacimiento, subiendo a 45,9% a la edad de 2 meses, alcanzando un pico de 60,9% a los seis meses, luego de

Figura 1. Duración total de lactancia materna.

El eje X muestra las mediciones realizadas durante la recolección de información y el eje Y el porcentaje de duración de la lactancia materna.

este periodo el suministro fue disminuyendo a 49,1% hacia los 12 meses, 16,3% a los 18 y 7,6% a los 24 meses. La edad promedio de inicio de sucedáneos de la leche materna fue de 24.2 días luego del nacimiento. De acuerdo a lo anterior, se encontró que la recomendación de consumo de sucedáneos provenía principalmente de profesionales de la salud (48,3%), seguido de la decisión personal de la madre (28,3%) quien consideraba que la cantidad que podía ofrecer de leche materna no era suficiente para cubrir las necesidades de su hijo o hija; los familiares más cercanos como las abuelas de los niños y niñas y los padres también influenciaron el uso de este alimento (15,2%), así como los técnicos de farmacia (4,5%).

De otra parte, la introducción de alimentos diferentes a la leche materna o artificial es una práctica común que incluyó rutinas de alimentación con alimentos variados. En este sentido, se identificaron los tiempos de comida del niño o niña que incluyen el desayuno, medias nueves, almuerzo, onces y comida. En el caso de las madres que aún lactaban a sus hijos e hijas, estos tiempos de alimentación están acompañados por leche materna, sin embargo, la mayoría de las madres les preparaba sus alimentos separados de las preparaciones de los otros miembros del hogar.

Teniendo en cuenta lo anterior, el 49.7% de los niños y niñas a los 2 meses de edad ya habían consumido alimentos diferentes a la leche materna que incluía sucedáneos de líquidos como agua (69,3%), zumos de fruta natural (24,5%), agua de frutas o verduras (20,8%), jugos de fruta natural (9,9%), agua de hierbas (9,4%), caldo de leguminosas (3,1%), caldo de carne, pollo o pescado (2,6%), coladas de plátano o fécula de maíz (2,1%), mientras que el 1.5% había recibido alimentos sólidos antes de los 2 meses. Las razones de inicio de estos alimentos en estos niños fue la percepción de sed, hambre y estreñimiento en el bebé por parte de las madres.

Al cumplir los 6 meses la alimentación complementaria se caracterizó principalmente por el inicio temprano de alimentos como frutas (97,3%), cereales (94,9%) y carnes (88,7%) como los tres de más importancia para los cuidadores, además, en el 80,9% de los casos ya se habían introducido verduras, 77,6% leche entera y derivados lácteos, 68,7% ya consumían dulces y un menor porcentaje (66%) había iniciado el consumo de las leguminosas como el frijol o lentejas y solo el 41,8% el consumo de huevo y en el 60% y 53.4% de los casos ya se adicionaba sal y azúcar respectivamente a las preparaciones de los niños y niñas.

En la tabla 1 se relaciona la frecuencia de consumo por grupos de alimentos a lo largo del tiempo. Se destaca principalmente el consumo de cereales, raíces, tubérculos y plátanos como base de la alimentación de los niños y niñas hasta los 24 meses de edad. Se observa también un bajo consumo de alimentos como carnes, frutas y verduras durante el estudio, sin embargo, es importante resaltar que el 49.7% de los niños desde antes de los 6 meses recibían alimentos considerados poco saludables como los dulces (68,8%), gaseosas y bebidas azucaradas (11.9%),

así como embutidos (7.5%) y otros alimentos procesados o de paquetes (4.1%).

En los niños y niñas de 2 años de edad se encontró que solo el 10% y 29% de los niños ya consumían verduras y frutas 2 veces al día respectivamente, únicamente el 30,7% consumía alguna fuente de proteína de origen animal 2 veces al día, mientras que el huevo solo es consumido 1 vez al día por el 51,8% y la leche o derivados se consumen 2 o más veces al día por el 64,3% de los niños y niñas.

DISCUSIÓN

El inicio temprano de la lactancia materna (LM) trae beneficios para la supervivencia y desarrollo del recién nacido, ya que esta estrategia así como la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida previenen la mortalidad del neonato, en gran medida porque reducen el riesgo de contraer enfermedades infecciosas^{15,16,17}. Sin embargo, a nivel mundial, menos de la mitad (45%) de todos los recién nacidos reciben el pecho dentro de la primera hora posterior al parto¹⁸. Específicamente, en Colombia, la prevalencia según la Ensin 20159 fue del 72% y en nuestro estudio las madres informaron un porcentaje mayor al mundial, pero muy cercano al descrito a nivel nacional.

La nutrición juega un papel importante en el embarazo y la infancia, ya que estos son los periodos críticos de formación del cerebro que servirán como base para el desarrollo de habilidades cognitivas, motoras y socioemocionales a lo largo de la vida^{17,19}. Desde el punto de vista nutricional, a partir de los 6 meses la leche materna exclusiva resulta insuficiente para cubrir una serie de requerimientos en el lactante sano²⁰, siendo necesario aportar dichos nutrientes a través de otros alimentos distintos de la LM^{21,22,23}, estas necesidades constituyen la razón fundamental para el inicio de la alimentación complementaria.

Los datos de LME son concordantes con los resultados de otros estudios^{9,24,25,26,27} donde la prevalencia es baja, no alcanzando el 50% en el cumplimiento de la recomendación de la OMS¹ y las diferentes políticas nacionales de promoción, protección y apoyo a la lactancia^{8,28}. Sin embargo, la duración media de LME en esta investigación es 1 mes más (2.9 meses) comparado con el último dato reportado por Colombia (1.8 meses)¹⁰.

De otra parte, es importante incluir los nuevos alimentos de manera adecuada en tiempo, cantidad y calidad, que permita una correcta progresión de la alimentación complementaria, tal como lo establece la recomendación de la OMS en tanto que la introducción de nuevos alimentos, sean líquidos diferentes a la leche materna o sólidos, se deben incluir a partir de los 6 meses de edad¹, contrariamente a lo anterior, en este estudio se incluyeron de forma temprana alimentos como sucedáneos de la leche materna, líquidos principalmente (agua, zumos de fruta natural, agua de frutas o verduras, jugos de fruta natural), al igual que en esta investigación, el estudio de Londoño y Mejía (2010)²⁶ observó que el inicio del consumo de otros alimentos ocurrió en el

Tabla 1. Frecuencia de consumo por grupos de alimentos de acuerdo a las mediciones de recolección de la información.

Edad	6 meses			12 meses			18 meses			24 meses		
Frecuencia	D	S	M	D	S	M	D	S	M	D	S	M
Alimento												
Arroz o pasta	33	49,9	17,1	76,8	21,6	1,5	75,8	25,6	1,5	85,4	14,7	0
Avena o maicena	21,3	55	23,6	43,5	47,4	9,1	44,6	85	4,8	42,5	52,7	4,8
Productos Panadería	32,1	52,8	15,1	58,7	38,5	2,7	66,1	30,7	3,1	61,6	37,3	1,2
Tubérculos y plátanos	19,6	61,7	18,7	58,7	40,9	0,4	55	58,4	0,5	54,4	44,4	1,2
Cereales infantiles	36,4	47,5	16,2	29	66,3	6,7	25,6	55	19,4	18,3	68,2	13,3
Leguminosas	1,1	53	48,4	12,2	76,1	11,8	8	84,5	7,5	10,2	87,3	2,4
Bienestarina	19,4	48,4	32,3	26,9	34,2	15,9	21,5	58,3	20,2	27,8	65,3	7
Carnes, pollo, cerdo	6,1	68,9	25,1	64,3	35,4	0	54,3	45,4	0,5	62	35,5	2,4
Embutidos	0	42,9	57,1	4,6	57,7	23,9	1,6	68,9	29,5	7	65,2	27,8
Vísceras	2	50	48	1,8	55,8	26,1	4,2	49,1	46,7	3	49,5	47,5
Pescado atún	-	-	-	0,7	50,7	27,7	0	49,6	50,3	0,8	55,1	44,1
Queso, Yogurt, Kumis	11,0	52,8	36,2	40,5	55,7	3,9	42,3	55,1	2,7	41,1	55,2	3,6
Leche Entera en bolsa o en polvo	40,5	33,6	25,9	67,1	24,9	8,1	71,3	19	9,7	87	12,9	0
Leche deslactosada o descremada	-	-	-	35,2	23,5	26,5	48,2	30,9	20,6	36,9	63,2	0
Verduras	13,3	68,4	10,2	35,4	56,2	8,4	34,4	60,9	4,7	30,1	67,5	2,6
Frutas	4,2	60,9	34,9	49,6	54,1	5,1	65,2	31,9	3	72,8	26,1	1,2
Fruta en jugo	-	-	-	-	-	-	79,5	17,4	3	77	21,8	1,2
Compota de frutas industrializada	14,3	51,2	34,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alimentos fritos	-	-	-	7,8	73,7	18,6	8,4	75,7	15,7	14	79,1	7
Mantequilla, margarina	-	-	-	20,5	43,2	15,8	7,3	56	36,7	10,6	74,4	14,9
Dulces	2,3	22,6	75,1	6,1	50,6	43,3	13	69,1	18	19,7	65,6	14,9
Azúcar, panela	*	*	*	86,7	12,0	1,2	81,7	17,7	0,6	87,4	11,4	1,2
Agua	45,1	34,1	20,7	66,6	25,2	8,2	68,1	25,6	6,4	81,1	18,2	0,7
Agua de panela	18,8	56,3	25,1	20	64,6	15,5	-	-	-	-	-	-
Café o tinto	13,3	66,7	20,1	12	72,4	15,4	12,5	62,6	25	17,6	70,3	12,2
Chocolate	4,5	56	39,4	18,9	73	8,1	11,7	63,3	25	14,1	75,3	10,4
Bebidas azucaradas (Gaseosa, jugos industrializados)	2,6	35,8	61,6	11,6	58	30,4	6,3	69,6	24,3	10,2	73,7	16,1
Comida rápida	-	-	-	0	21,8	78,2	0	23,3	76,7	0	32,2	67,8
Alimentos de paquete	0	14,3	85,7	3,1	42,5	54,3	2,7	55,4	42	4,6	65,8	29,7
Salsas	-	-	-	0	58,6	41,3	4,6	53,5	41,8	0	56,7	43,4
Uso de cubos concentrados de gallina o res	-	-	-	48,7	43,2	8,2	28,9	56,5	14,4	41,5	50,7	7,7
Categorías de frecuencia: D= diario, S= Semanal y M= mensual.												

primer mes de vida en un 4,7%, al finalizar el primer mes un 17% de los niños ya recibían alimentos diferentes a la leche, y al segundo mes el 27%. Sáenz-Lozada y Camacho-Lindo (2007)²⁹ 28 % de los participantes inició la AC a los 4 meses de edad, Gamboa et al (2008)²⁵ el 28,0% de las mujeres le inició el consumo de alimentos (caldos (88,0%), jugos (86,7%), compotas (84,0%), sopas (70,7%), crema de verduras (62,7%), huevo (53,3%), purés (49,3%), cereales (49,3%) y carnes (45,3%)) antes de los seis meses. Alzate et al (2009)³⁰ en su estudio el promedio de inicio de la AC fue a los 4,76 meses (IC 85%: 4,42-5,1). Olaya y Borrero (2009)³¹ la edad de inicio de la AC fue tres meses, sin embargo, es de resaltar que quienes la comenzaron antes de los seis meses recibieron agua en infusión, fórmulas de inicio, leche de vaca y jugos de frutas.

Por lo anterior, hay que tener cuidado de éstas prácticas en la población menor de 2 años, ya que el inicio precoz de alimentos antes de los 6 meses puede producir en el niño o niña disminución del aporte de LM por ingesta de alimentos menos nutritivos, incapacidad del niño para digerir algunos alimentos, exposición precoz a patógenos potencialmente contaminantes de los alimentos, exposición temprana a alimentos alergénicos para algunos niños, riesgo de embarazo en la madre por reducción del período de supresión de la ovulación al disminuir la succión, así mismo, el inicio tardío, puede ocasionar fallo de crecimiento y desnutrición por insuficiente aporte de la LM en cuanto a energía y nutrientes, anemias carenciales por deficiencias de hierro y cinc, capacidad de aceptar nuevos sabores y texturas y el retraso en el desarrollo de habilidades orales como la masticación²⁰.

Teniendo en cuenta, tanto los resultados obtenidos en esta investigación como la evidencia científica, es probable que las prácticas de alimentación durante los primeros 24 meses de vida sean un factor determinante sobre la salud y el desarrollo de algunas enfermedades a corto, mediano y largo plazo³².

Por otro lado, es importante resaltar que este estudio se llevó a cabo a través de 5 seguimientos donde se indagó sobre la alimentación de la población de niños y niñas de 0 a 24 meses de edad, además, es la única investigación que muestra esta evolución en el país, ya que se cuenta con la información de la Ensin-2010¹⁰ donde se describieron algunas prácticas de alimentación en población menor de 3 años de edad en una sola medición.

Además, cabe mencionar que una de las dificultades presentadas en ésta investigación teniendo en cuenta el uso del instrumento de frecuencia de consumo de alimentos para caracterizar la alimentación de la población estudio, requiere que la madre recuerde la alimentación suministrada a su hijo o hija, presentándose así un posible sesgo de información. Para disminuir el sesgo se hicieron preguntas de control y los profesionales en nutrición que realizaron las encuestas estaban capacitados y estandarizados con este fin.

CONCLUSIONES

Se mostró que la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento no se practica en la totalidad de la población, ya que se ve influenciada por diferentes situaciones relacionadas no solo con la madre y su hijo sino también por las prácticas hospitalarias. La duración media de la LME es baja, sin embargo, es un mes mayor en comparación a la reportada a nivel nacional, posiblemente asociada a las políticas relacionadas con la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna establecidas en el distrito capital.

Por otra parte, se presentó un bajo consumo de frutas y verduras y carnes teniendo en cuenta los aportes de vitaminas y minerales establecidos para la población a los 24 meses de edad.

Por lo anterior, es importante tener en cuenta que la alimentación de los niños y niñas hasta los 2 años de edad es importante y crucial para su adecuado crecimiento y desarrollo, donde no solamente intervienen la madre y los profesionales de la salud sino también la influencia de su entorno social, incluyendo las estrategias y políticas públicas enmarcadas en este grupo poblacional, por lo tanto, es necesario implementar estrategias que promuevan, protejan y apoyen la lactancia materna e incluyan temas relacionados con una adecuada práctica de alimentación complementaria para dar acompañamiento continuo a las madres, cuidadores y profesionales del área de la salud.

Agradecimientos. A todo el equipo de trabajo técnico, administrativo y de apoyo involucrado en la investigación, a las madres, niños y niñas que participaron en el estudio.

Declaración de conflicto de intereses. Para esta investigación los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. El presente estudio fue financiado por el Instituto Nacional de Salud, Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación Colciencias, Secretaría Distrital de Integración Social y Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks aimed at medical students and other health sciences. World Health Organization, Geneva, 2009.
2. Ministry of Health and Social Protection. Ten-years plan of public health 2012-2021. You build the health of Colombia. Ministry of Health and Social Protection, Bogotá, 2013.
3. Burbano C, Gómez P. More than 30 reasons in favor of breastfeeding. *Rev Home Health* 2002; 4: 13.
4. Conde A, Díaz J, Balizar JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4.
5. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Profile of breastfeeding in four neonatal referral services. *Rev Chil Pediatr* 2005; 76 (5): 530-535.
6. World Health Organization, United Nations International

- Children's Emergency Fund. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington, DC, USA, 2007.
7. Presidency of the Republic. Comprehensive care strategy for early childhood - From Zero to Always. Political, technical and management fundamentals. Bogotá, Colombia, 2013.
8. Ministry of social protection. Decennial Plan Breastfeeding 2010-2020. Bogotá, 2010. p. 65.
9. Profamilia, National Institute of Health, Colombian Institute of Family Welfare, Ministry of Health and Social Protection. National Survey of the Nutritional Situation in Colombia, ENSIN 2015. Bogotá D.C.; 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion-lanzamiento-ensin-2015.pdf>.
10. Profamilia, National Institute of Health, Colombian Institute of Family Welfare, Ministry of Health and Social Protection. National Survey of the Nutritional Situation in Colombia, ENSIN 2010. First edition. Bogotá D.C.; 2010.
11. District Department of Social Integration. Comprehensive development of early childhood in Bogotá. <http://www.integracionsocial.gov.co/index.php/atencion-ciudadana/encuestas/35-entidad/proyectos/870-proyecto-735>.
12. Colombian Institute of Family Welfare. Dietary Guidelines for the Colombian population over 2 years - GABA. Bogotá, 2014. p. 314.
13. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended by the: 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975, 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983 41st WMA General Assembly, Hong Kong, September 1989, 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996, 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000, 53rd WMA General Assembly, Washington DC, USA, October 2002 (Note of Clarification added), 55th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 2004 (Note of Clarification added), 59th WMA General Assembly, Seoul, Republic of Korea, October 2008, 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013.
14. Ministry of health. Resolution 008430 of 1993: Establishing scientific, technical and administrative rules for research in health. Bogotá, 1993. p. 19.
15. Horta BL et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis. Geneva, World Health Organization, 2007. p. 57.
16. Mullany LC. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. *J Nutr* 2008; 138: 599-603.
17. Nurliyana AR, Shariff ZM, Mohd Taib MN, Gan WY, Tan KA. Early nutrition, growth and cognitive development of infants from birth to 2 years in Malaysia: a study protocol. *BMC Pediatrics* 2016; 16: 160.
18. United Nations International Children's Emergency Fund From the first hour of life: Main findings 2016. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/Spanish-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf>.
19. Spanish society of community nutrition. Pregnancy and lactation. Special needs. In: *Healthy Eating Guide*. Madrid: Editorial Everest 2007. p. 78-85.
20. Perdomo M, Giraldo, F. De Miguel Durán. Complementary feeding in the infant. *Pediatr Integral* 2011; 15(4): 344-350.
21. World Health Organization. Complementary Feeding: Report of the Global Consultation and Summary of Guiding Principles. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
22. World Health Assembly, Infant and young child nutrition. Fifty-fourth World Health Assembly. 18 May 2001. Agenda item 13.1, WA, Geneva, 2001.
23. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129(3): e827-41.
24. Cabrera GA, Mateus JC, Girón SL. Duration of exclusive breastfeeding in Cali, Colombia, 2003. *Colombia Médica*. 2004; 35(3): 132-138.
25. Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Knowledge, attitudes and practices related to breastfeeding in women of childbearing age in a vulnerable population. *Rev Chil Nutr* 2008; 35(1): 43-52. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100006>.
26. Londoño Franco AL, Mejía López MS. Rev. Factors related to exclusive breastfeeding and early introduction of whole milk in communities of low socioeconomic status. *Calarcá, Colombia. Gerenc. Polit. Salud* 2010; 9(19): 124-137.
27. Forero Y, Isaacs MA, Rodríguez SM, Hernández JA. Breastfeeding from the perspective of adolescent mothers in the city of Bogotá. *Biomédica* 2013; 33(4): 554-563.
28. Ministry of Social Protection, Colombian Institute of Family Welfare, Colombian Foundation for Child Nutrition (NUTRIR), Pan American Health Organization. Dietary guidelines for Colombian children under two years of age. Bogotá; 2004. p 43.
29. Sáenz-Lozada ML, Camacho-Lindo AE. Breastfeeding Practices and Complementary Feeding in a kindergarden of Bogotá. *Rev. salud pública* 2007; 9 (4): 587-594.
30. Alzate Meza MC et al. Breastfeeding as a protective factor for prevalent diseases in children up to 5 years of age in some educational institutions of Colombia, 2009. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2011; 62(1): 57-63. Muestreo por conveniencia.
31. Olaya Vega G, Borrero Yoshida ML. Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses. *Perspectivas en Nutrición Humana* 2009; 11(2): 139-151.
32. Cuadros-Mendoza CA. et al. News on complementary feeding. *Acta Ped México*. 2017; 38(3): 182-201.