



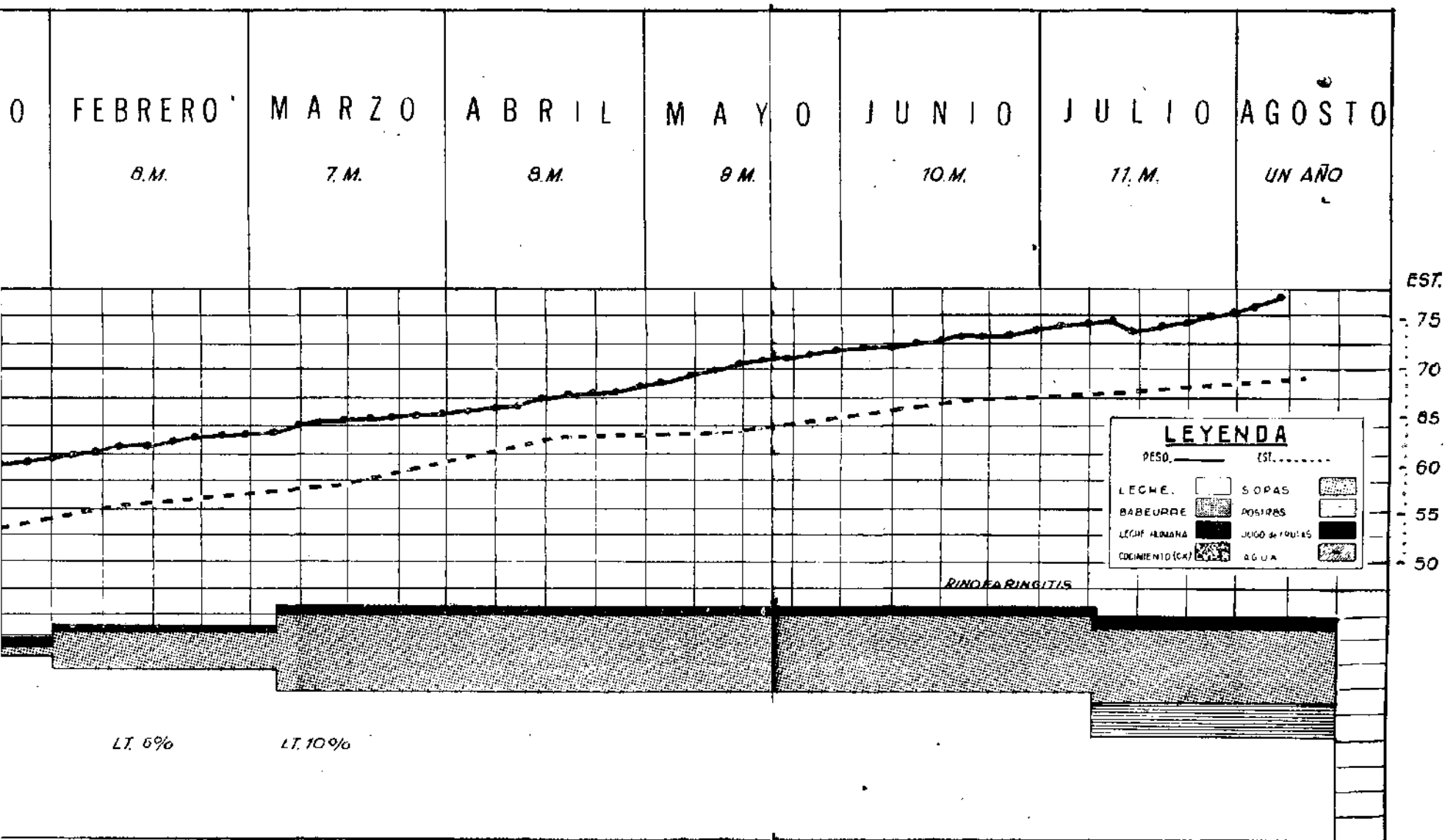
I Tema: Alimentación artificial del lactante sano (*)

ALIMENTACION ARTIFICIAL DEL LACTANTE SANO EN ESTABLECIMIENTOS CERRADOS

Por el Prof. Dr. ANIBAL ARIZTIA y Dr. FEDERICO EGGERS

En esta relación se presentarán las normas dietéticas y tipos de alimentación del lactante que han sido adoptados y están en práctica desde hace años en nuestro establecimiento, después que una larga experiencia nos ha hecho probar y seleccionar entre muchos de ellos. Apoyados en los principios conocidos y ya bien cimentados de la fisiología de la nutrición y digestión del lactante, hemos pasado períodos de ensayo, yendo desde la alimentación predominante con leche humana mercenaria, mediante amas que vivían dentro del establecimiento con sus propios hijos, hasta los regímenes artificiales más variados, complicados y poco conocidos, siempre en busca de la fórmula ideal que permitiera resolver el problema del progreso pondo estatural y psíquico normal del lactante, unida a una inmunidad suficiente. Es preciso advertir que cuando iniciamos nuestras tareas, nos hicimos cargo de un servicio de orfanato al estilo antiguo, con lactantes aislados en salas comunes, a veces "de dos" en una cama, atendidos por un número reducido de mujeres del pueblo sin preparación alguna en puericultura. La mortalidad del lactante aislado sobrepasaba al 60 %. Esta mortalidad iba paralela con una alta morbilidad de los que aun estaban vivos: casi, sin excepción, éstos eran distróficos avanzados, cubiertos de piodermias, eritemas de maceración, escaras de decúbito que

(*) En el presente número publicamos una parte de los trabajos presentados. Los restantes se publicarán próximamente.



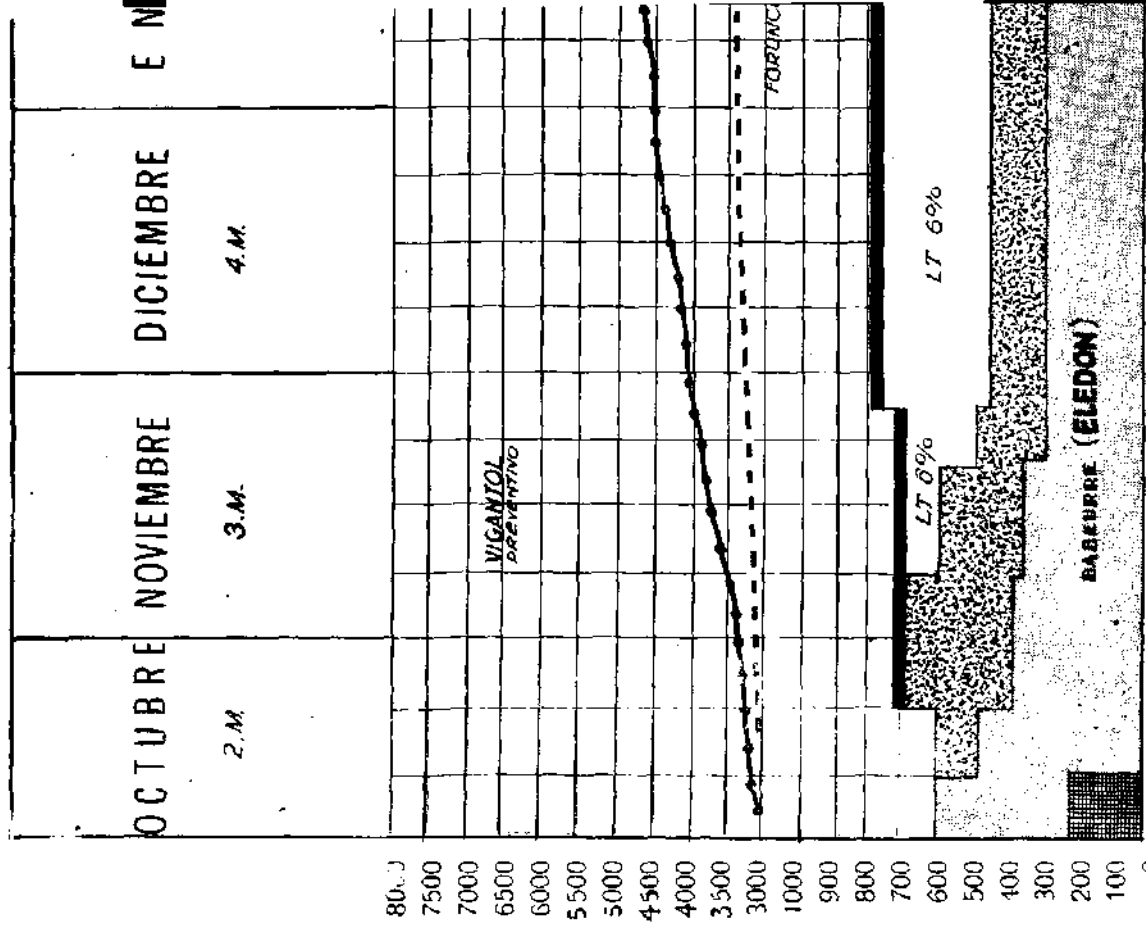
7.6% 4x180 LT.6%
 PAS 1x160 SS.
 M.F. + 5 gr. MANTEQ.

3x200 LT.10% CITRICA
 2x180 SS.
 + 40 P. + 5 gr. MANTEQ.

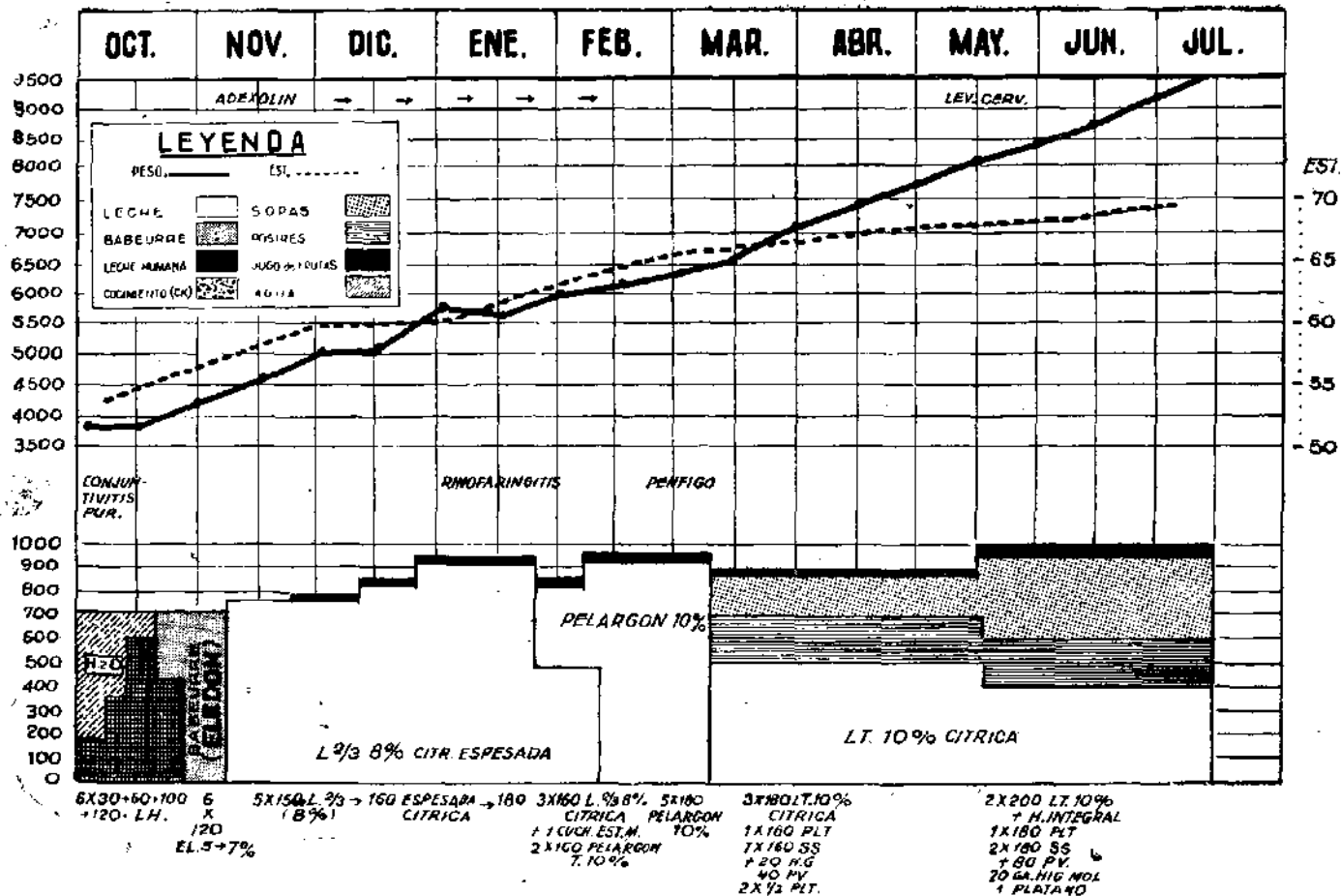
AGREGAR 20 GR.
 NIGADO MOLIDO

2x200 LT.10% CITRICA
 1x150, P.de FRUTAS
 + 20 GR. HAR. de QUEQUE
 2x180 SS.
 + 100 P.V. + 5 gr. MANTEQ.
 2x30 J.F.
 1 PLATANO

CUADRO N.º 2.



Leyenda. — LH: leche humana; paro el resto véase cuadro N.



CUADRO N.º 3.

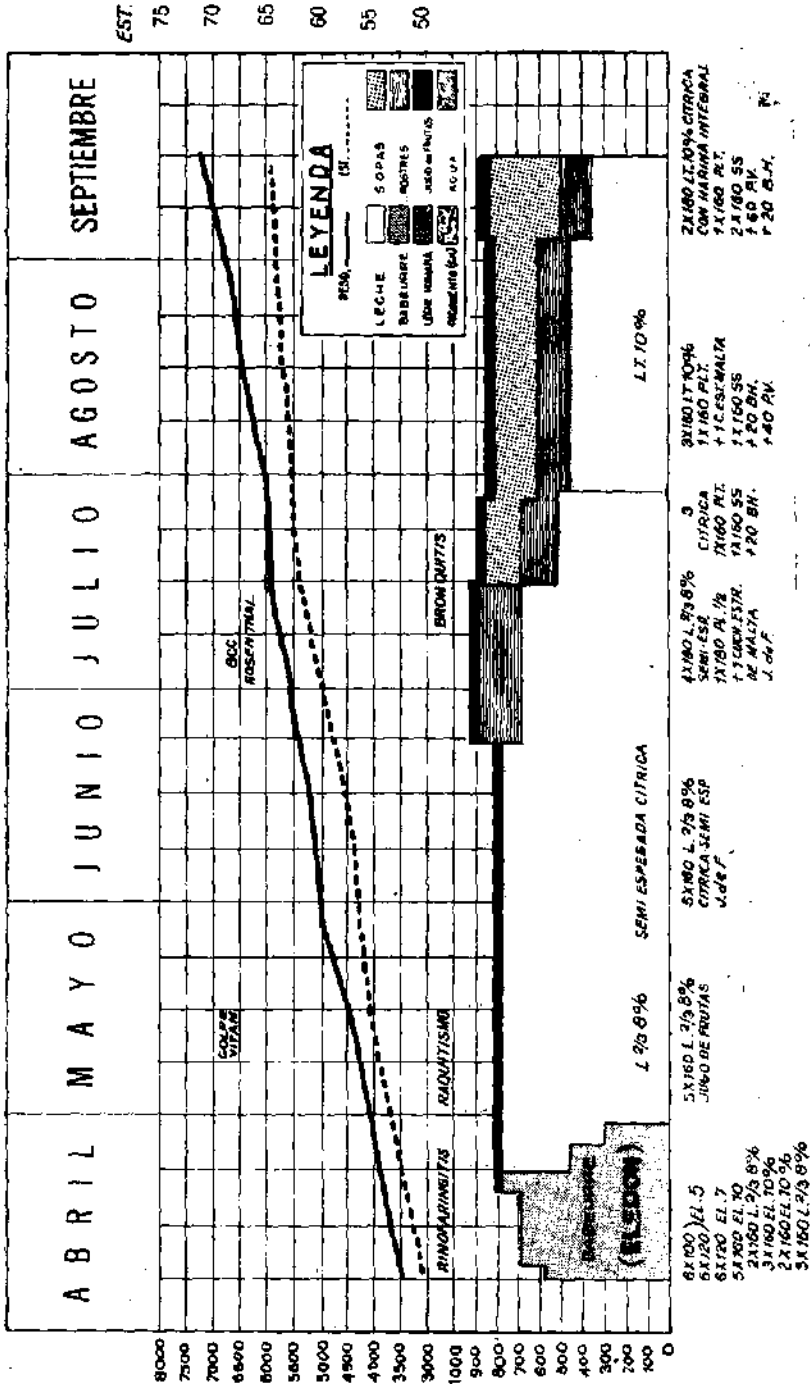
Edad inicial. — Recién nacido.

Leyenda. — Véase en cuadros N.os 1 y 2.

la atención de los asilados y sus hijos convivían con aquéllos, corriendo igual suerte frente a la amenaza del hospitalismo y de las epidemias. La alimentación de ese material pretendía hacerse a base de leche humana mercenaria complementada con leche de burras que se mantenían en establos de la casa o con mezclas de leche de vaca diluida, al $1/3$ o al medio.

Después de 15 años de trabajo y reformas, hoy día atendemos a los 140 lactantes asilados en el mismo vetusto local, no hay amas, no disponemos sino de 4 a 6 litros de leche humana diarios obtenidos en el lactario, en contraposición a los 60 o más obtenidos antes de las amas, y todo el resto de la alimentación es artificial. No obstante esta reducción en la cuota de leche humana, la mortalidad hoy día no llega entre los asilados ni al 10 %, incluyendo prematuros y niños que ingresan ya tuberculosos al ser separados de sus madres enfermas, ni se ve el fantasma del hospitalismo.

Esta somera descripción y comparación de dos épocas, nos sitúa en forma más o menos real frente al problema de la alimentación artificial del lactante. En el primer período, con una dotación de más de 60 litros de leche humana diaria, reina el hospitalismo y la distrofia; en el segundo, con una dotación que no se pasa de 6 litros, tenemos un standard de salud de los asilados seguramente superior al del niño de nuestras clases populares. Nadie de Uds. pensará que queremos deducir la conclusión de la superioridad de la alimentación artificial sobre la de leche humana. Pero esos hechos indican sí, que no basta la alimentación más ideal en un establecimiento cerrado de lactantes para asegurar la salud de ellos. El alimento es uno, si bien de los más importantes, factores ambientales, en sentido biológico. Si no tomamos en cuenta los otros factores, higiene que rodea al niño, prevención de infecciones cruzadas, temperatura ambiente, etc., el mejor régimen dietético dará pobres resultados. Y por el contrario, cualquier régimen concebido de acuerdo con los principios de la fisiología del lactante, dará buenos resultados cuando las demás "Condiciones" o factores ambientales también llenen las necesidades fisiológicas del niño. Sólo quedará, cumplidos estos requisitos, una pequeña fracción que no responde satisfactoriamente, formada por aquellos niños cuya constitución exige para su progreso más que el término medio de lactantes normales. Esa fracción con anomalías constitucionales, morfológicas o funcionales, parciales o totales, llámense hipoplásticos, diatésicos o de cualquier otra manera constituirán



CUADRO N.º 4.

Edad inicial. — 50 días.

Leyenda. — PL 1/2 : puré de leche al medio; PLT : puré de leche total; lo demás véase en cuadro N.º 1.

siempre un problema para el médico del lactante, y formarán un grupo que irá siendo cada vez más reducido, a medida que aumente la experiencia de aquél, en el manejo de la dietética y terapéutica.

De lo anterior podemos concluir que, al perseguir el éxito de una alimentación artificial, debemos tener en cuenta todo el conjunto o trío biológico formado por el niño y sus particularidades constitucionales, el ambiente que lo rodea y sus condiciones más o menos adecuadas para favorecer su desarrollo y buena tolerancia nutritiva (infecciones), y el alimento prescrito más o menos adaptado a esas condiciones de tolerancia derivadas de los dos factores enunciados. (Véase Fig. 1).

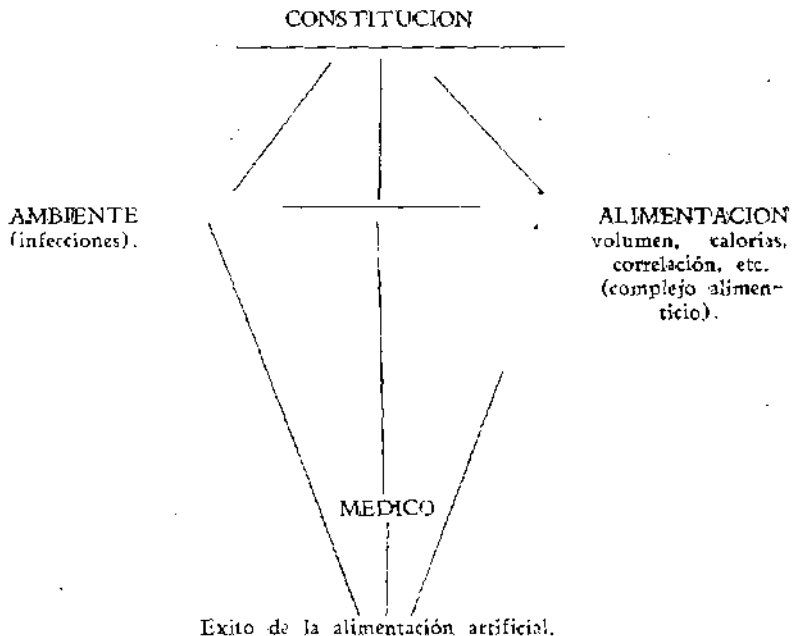


FIG. N.º 1.

Nuestra experiencia dietética a través de años va paralela a las modificaciones y cambios de instalaciones, mejoramiento del personal auxiliar, perfeccionamiento de instalación de cocina de leche, apertura de servicio de cuarentena, aislamiento en boxes de los niños, etc., etc. Pero todo ello manteniéndonos siempre en el mismo local vetusto y anticuado, lo cual da mayor valor y realce a la importancia de una campaña en

pro del lactante a base de higiene y dietética adecuadas dentro de modestos recursos asistenciales.

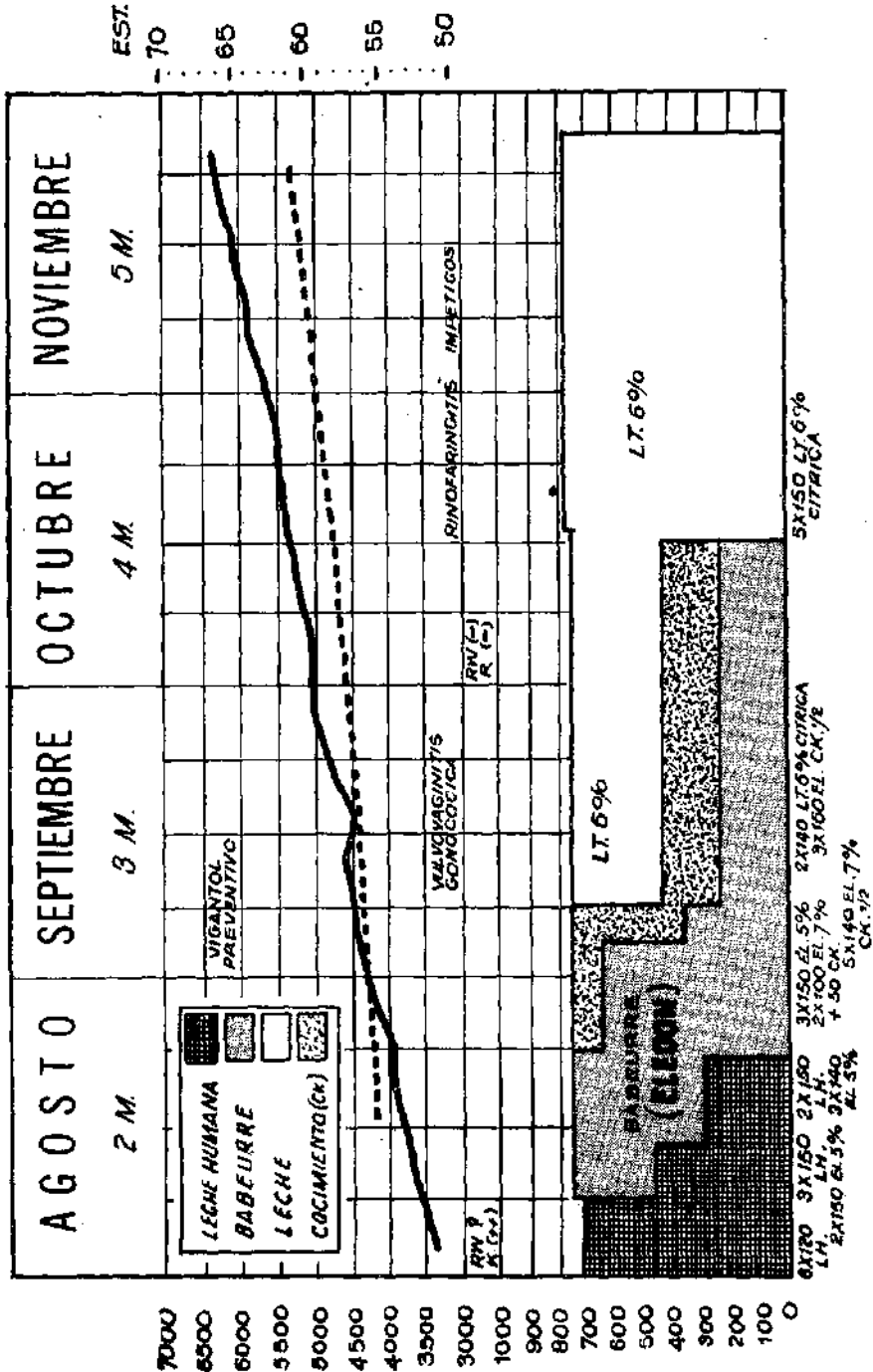
Las premisas anteriores nos evitan entrar en consideraciones y explicaciones para afirmar y hacer comprender que no existe "UN" régimen dietético ideal y que pueda aplicarse sistemáticamente en todo servicio cerrado de lactantes. El éxito dependerá de las condiciones en que sean tenidos esos lactantes y el manejo adecuado de "cualquier" régimen en conformidad a las necesidades fisiológicas de los asilados.

Consideramos como meta ideal que debe perseguirse en los regímenes dietéticos la simplicidad de ellos. Cuanto menos fórmulas y menos cambios requiera el lactante asilado para su progreso, tanto mejor traduce ello las buenas condiciones de los otros factores ambientales, incluidos entre éstos la preparación del personal auxiliar y la experiencia del médico.

En nuestros primeros años de ensayo y de luchas contra el hospitalismo, procurábamos aplicar simplemente los principios desde antiguo preconizados, sobre todo por nuestro común maestro el Profesor Finkelstein: cuidado con la hipocalimentación, calcular siempre las raciones calóricas por encima del peso actual y no temer a las deposiciones alteradas, regurgitaciones o vómitos o alzas febriles para mantener esas raciones elevadas. Desgraciadamente, con todo ello veíamos a menudo las dispepsias crónicas, las infecciones nosocomiales y su resultado la distrofia, que no nos abandonaba. Empezamos entonces ensayando regímenes más rebuscados, a fin de dar mayor concentración y variedad dietética, empleando los budines de arroz o de hígado, las leches concentradas de tipo dubo, los regímenes sin leche enriquecidos con vísceras y ricos en purinas. Estos alimentos y regímenes nos prestaron su ayuda, sirviendo de elementos de variedad en la dietética monótona de los asilados y desempeñaron un importante rol en el destierro del hospitalismo y la distrofia. Esos sistemas alimenticios complicados estuvieron en boga en nuestro establecimiento y gracias a ellos pudimos en numerosos casos rebelde a la reparación, obtener éxitos brillantes que fueron expuestos en el trabajo de uno de nuestros colaboradores, el Dr. Matte. Hoy día esos regímenes constituyen la excepción entre nosotros y son destinados para aquellos casos especiales, víctimas de infecciones repetidas en que se constituye el círculo vicioso de la distrofia, disergia, infección, o para aquellos otros que excepcionalmente encontramos con escasa tolerancia para la leche de vaca o con diátesis exudativa o atopia rebeldes (ver cuadro N.º 1, meses de Mayo a Septiembre).

A medida que progresaba la preparación técnica del personal auxiliar y sus hábitos de asepsia; que se mejoraban las condiciones higiénicas de nuestra cocina de leche, la calidad y control de la leche de vaca suministrada; junto con establecer la estricta cuarentena de los recién ingresados y aislamiento parcial de los asilados en boxes abiertos y por último, lo que no es menos importante, al perfeccionar el personal médico sus hábitos en el manejo o como llamamos en la gimnástica dietética, hemos podido ir simplificando nuestros esquemas para llegar al que hoy día os presentamos, sin pretensión de haber alcanzado la perfección; pero sí con la satisfacción de que con él logramos mantener una morbilidad y mortalidad de nuestros asilados, semejante a la de cualquier asilo moderno de otras partes del mundo, y ello en el mismo vetusto edificio, con instalaciones primitivas. Ello nos hace sacar desde luego la conclusión de que esta lucha que hemos librado contra el hospitalismo y en la cual creemos haber triunfado en un medio pobre y anticuado, permite alentar esperanzas de que en toda campaña de asistencia infantil en favor de nuestro pueblo, podamos encontrar los medios y recursos de éxito sin necesidad de exigir previamente las grandes sumas de dinero, ni las grandes construcciones u organizaciones.

Hemos dicho que cualquier régimen puede servir si él se ajusta a las necesidades fisiológicas del lactante, demasiado conocidas para insistir sobre ellas. Tampoco creemos necesario insistir sobre las condiciones de higiene y asepsia de la obtención, manipulación y conservación de los alimentos del lactante. Nos bastará hacer presente que en nuestros regímenes nos sirven de guía y base el cálculo calórico, procurando siempre proporcionar al niño una ración más bien elevada, partiendo de 120 calorías por kilogramo de peso en el primer semestre y según el progreso, mantenerla o elevarla para llegar a veces hasta 200 ca. por kilo en niños de peso bajo. Con progresos suficientes o rápidos, reducimos todo exceso alimenticio para mantenerlos en la ración mínima que permita el buen desarrollo ponderal. Si con raciones alimenticias de 150 a 200 ca. por kg. no obtenemos éxito, buscamos la causa de la falla en algún déficit cualitativo por requerimiento especial del niño en albúminas, grasa o hidratos de carbono, o sustancias accesorias o vitaminas, o defectos de estímulo externo que suplimos con ejercicios gimnásticos y masaje o cambio de ambiente dentro del mismo establecimiento, habiendo descartado previamente la existencia de todo proceso infeccioso.



CUADRO N.º 7.

Leyenda. — Véase en cuadros N.ºs 1 y 2.

Otro de nuestros puntos de guía es el volumen alimenticio total y cantidad total de leche: en cuanto al volumen global nos atenemos a la norma de no sobrepasar de $1/6$, máximo $1/5$ del peso corporal. Respecto a la cantidad de leche, no creemos de absoluta necesidad sujetarse a las normas de Budin de 100 grs. por kg. de peso. A menudo sobrepasamos ligeramente esa cifra en lactantes menores de 6 meses y de pesos bajos, sobre todo al emplear leches sin diluyentes, pero sin sobrepasar los $3/4$ de litro de leche al día; en cambio, sobre aquella edad tendemos a no subir de los 500 grs. diarios para reemplazar el resto de la dieta por alimentos vegetales y animales en forma de huevo y carne.

Por norma empleamos las 5 comidas al día, cada 4 horas. En caso de excepción, por tratarse de enfermos o prematuros, vamos al régimen de 6 o más comidas que pronto se trata de reducir.

La leche de vaca en el primer trimestre, la suministramos por lo general, diluída a los $2/3$, con cocimientos hidrocarbonados ($2/3$ de leche, $1/3$ diluyente) adicionados de azúcares para hacer un total de 8 % de hidratos de carbono. Del tercer mes para adelante, preferimos el uso de la leche de vaca total sin diluir adicionada del 6 al 10 % de hidratos de carbono. Como H. de C. usamos las mezclas de dos o tres de ellos, sacarosa, dextromaltosa o maltosa y un amiláceo (ver cuadros N.os 3, 4, 5 y 6).

Por sistema empleamos la leche de vaca; sea diluída o pura, acidificada por adición de ácido cítrico al 10 % o preferentemente con jugo de limón fresco.

Todo asilado recibe vitamina D (ergosterina irradiada) en dosis profilácticas durante su estada en el servicio, suministrándosela, ya sea en forma continuada a dosis de 6 a 10 mil unidades diarias por largo tiempo o en forma de golpe masivo profiláctico de 600 mil unidades de una vez o esta misma dosis en períodos cortos de un mes. Actualmente estamos en un período de ensayos para obtener conclusiones sobre ventajas o inconvenientes de uno u otro sistema profiláctico. El tratamiento profiláctico se inicia, por lo común, alrededor del tercer mes con los niños normales y antes con los prematuros. Estos ensayos están a cargo preferentemente del Dr. Julio Schwarzenberg, jefe de nuestro servicio de recepción y cuarentena y ya han sido motivo de algunas publicaciones preliminares. La vitamina C se suministra a todo lactante sometido a régimen artificial cualquiera que sea su edad. Esta se da, además del jugo de limón en la mamadera.

con 60 a 100 grs. diarios de jugo de naranja o tomate en el verano y de zanahoria en el invierno.

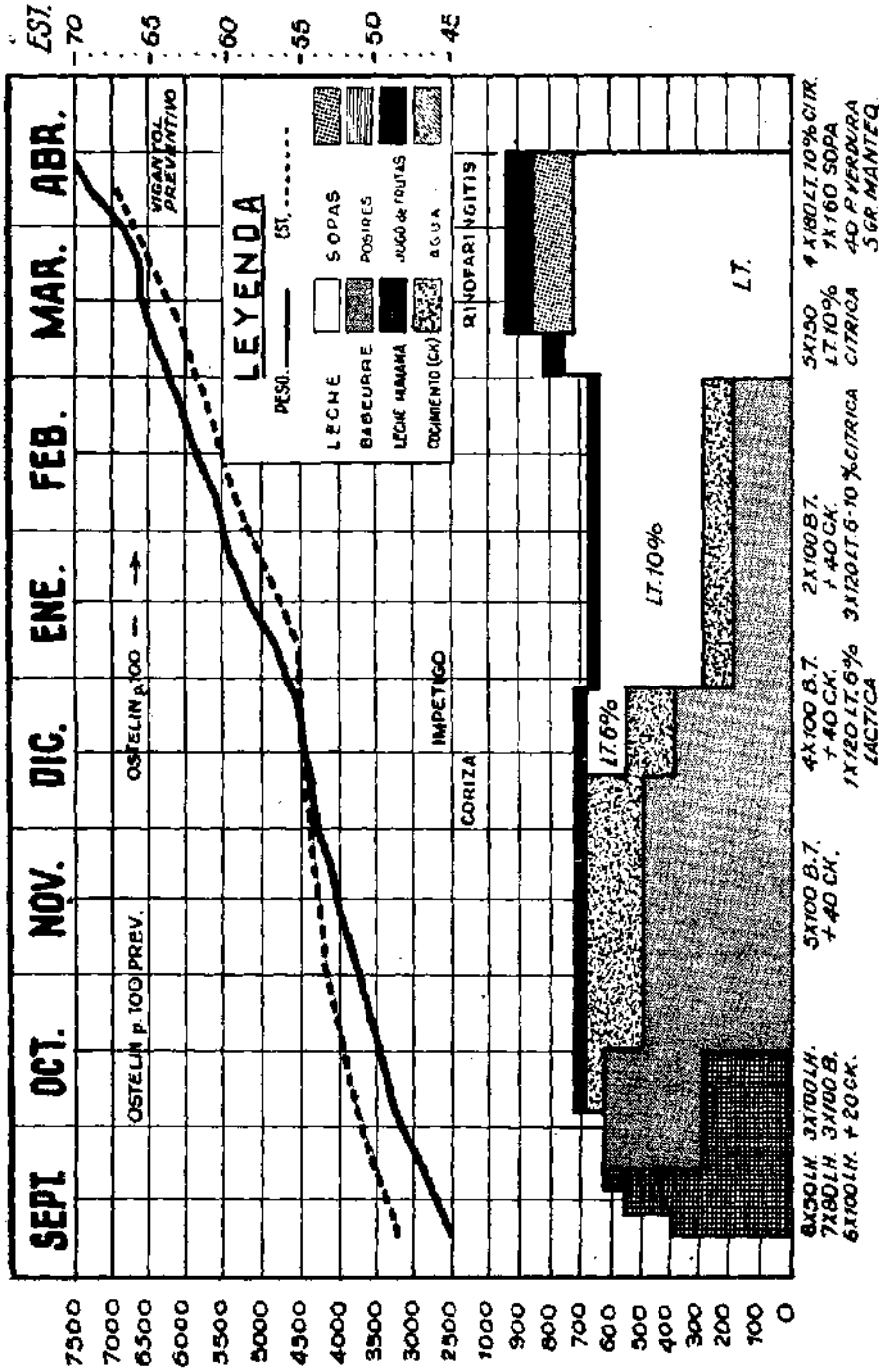
Desde el 4.º mes consideramos indispensable enriquecer la dieta, hasta entonces a base de leche con H. de C., disacáridos y 3 a 5 % de amiláceos, con papillas de sémola en leche, o mamaderas semi espesadas, a fin de aumentar el valor calórico de la dieta sin subir el volumen de ésa.

Después del 5.º mes se empieza la reducción de leche y el suministro de alimentos vegetales en forma de sopas y purés de verduras, purés de frutas crudas. El agregado de huevo y carne se inicia, por lo general, en nuestros regímenes, a los 9 ó 10 meses de edad, época en que se reducen las comidas de leche a no más de 2 ó 3 al día (véanse cuadros).

Durante el primer mes de la vida empleamos de preferencia el babeurre (Eledón), el cual, antes de ser substituído en el 2.º mes por mezclas de leche, es adicionado de grasa en forma de fritura de mantequilla y harina en agua al 5 % de cada uno, agregado que se hace paulatinamente en una cantidad de 100 grs. de fritura el primer día para llegar a una mezcla de babeurre y fritura de mantequilla al medio en el curso de pocos días (cuadros N.os 1, 2, 7).

Fuera de las líneas generales esbozadas que nos han guiado en la selección de nuestros regímenes, hemos tenido en cuenta que el alimento buscado responda siempre desde el punto de vista cualitativo a las necesidades del lactante. Por ello, desde un principio, hemos desechado las diluciones de leche más allá de 1/3 de diluyente y 2/3 de leche, por el empobrecimiento en lactalbúmina y grasa que ello significa. Dado que la albúmina de más alto valor biológico en la leche está representada por la lactalbúmina, proporcionalmente más alta en la leche de mujer que en la de vaca, donde la caseína es la albúmina predominante, es explicable que el lactante con alimentación artificial requiera para su progreso una cuota mayor de albúmina en su régimen que la del niño al seno.

Especial importancia damos al contenido de grasa del régimen artificial, no tan solo por el rico valor calórico de ese elemento, su efecto a veces moderador del peristaltismo por la acción de los jabones dentro del intestino, su rol estabilizador en la fijación del agua en los tejidos, sino sobre todo por ser las grasas los vectores de la vitamina A y uno de los elementos que más contribuye a mantener la inmunidad y resistencia del mismo. Se sabe que el acúmulo de vitamina A en el hígado del recién nacido tiene los niveles más bajos que en cualquiera otra época de la vida y que su reserva aumenta,



CUADRO N.º 9.

Edad inicial. — Tres dias.

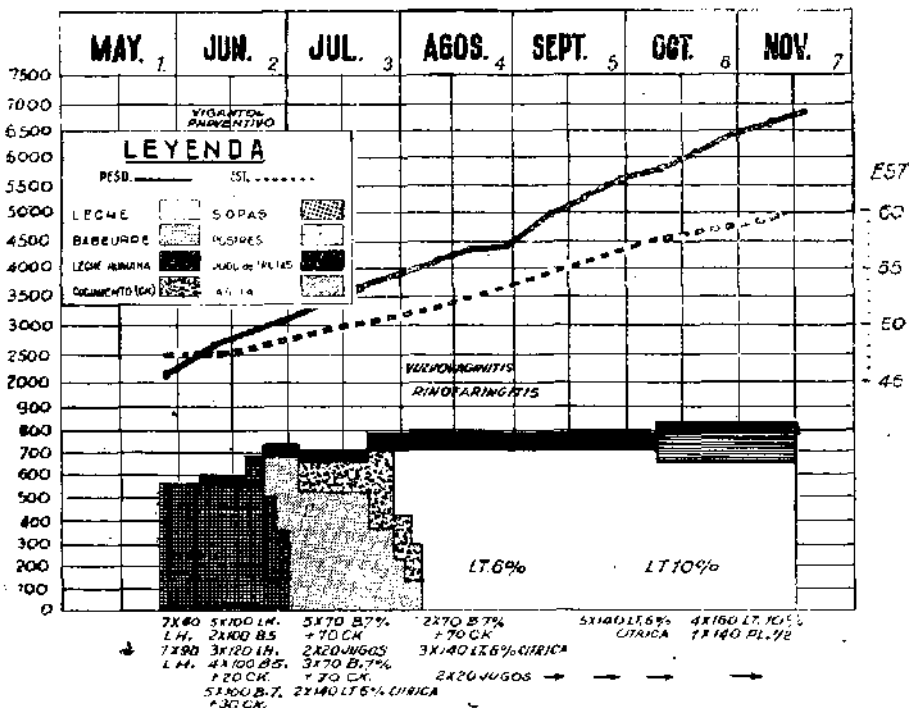
Legenda. — Véase en cuadros Nos 1 y 2.

de acuerdo con la dieta suministrada, durante el período del primer trimestre en que todavía perdura la inmunidad natural. Por ello atribuimos especial importancia a que el niño alcance la edad de 3 meses con un régimen que contenga, por lo menos, la proporción de grasa de una buena leche humana. Sólo durante el primer mes encontramos justificado el empleo de babeurre o leche semi-descremada, y, como se ha dicho, debe precozmente iniciarse el agregado de grasa a ese alimento si se le mantiene más allá de esa fecha. Consideramos una ventaja especial que el agregado se haga en forma de fritura de mantequilla y harina, por la mejor tolerancia digestiva que tiene esa preparación por la eliminación de los ácidos grasos volátiles, al mismo tiempo que permite una dosificación e incremento paulatinos. La mezcla de babeurre y fritura de mantequilla tiene, además, la ventaja, desde el punto de vista digestivo, de suministrar la leche en forma ácida y con su caseína finamente coagulada. Ello representa, como se sabe, una descarga para el trabajo secretor y digestivo en el estómago, tanto por la disminución del poder tampón de la leche ácida frente al ácido clorhídrico, como, por la dispersión fina de los coágulos de caseína.

Esas mismas razones son las que nos han hecho adoptar para el empleo de toda mezcla de leche, las leches acidificadas. En esta acidificación damos la preferencia al ácido cítrico, ya sea natural del jugo de limón o el sintético, por el hecho también comprobado de la acción favorable de este ácido en el metabolismo intermediario del fósforo y del calcio, actuando por el mecanismo de dar una reacción ácida a la dieta y producir en último término un residuo de cenizas alcalinas, según lo han demostrado Hamilton, Schwartz y Schöhl.

Como H. de C., que se emplean de modo habitual, sea en las mezclas de leche de vaca o en los alimentos curativos, babeurre o leche albuminosa, utilizamos siempre mezclas, por lo menos, de dos: un amiláceo en forma de mucílago o de harina de maíz o de sémola y sacarosa. Durante largos períodos hemos empleado la asociación de los tres H. de C., adicionando las mezclas con maltosa-dextrina (Maltosa Dextrina Nestlé, en los últimos años). No hemos notado grandes diferencias con el empleo de 2 ó 3 H. de C.; pero sí es un recurso útil la maltosa-dextrina cuando se trata de concentrar el contenido de H. de C. de las mezclas en niños pequeños, esto es, menores de 4 meses, o cuando se quieren suministrar líquidos hidratantes con alto contenido de H. de C. en el curso de trastornos nutritivos agudos. La maltosa-dextrina se presta para esos usos

dado su bajo poder edulcorante y fermentecible. Las asociaciones de esos hidrocarbomos las hacemos en las mezclas habituales al 6, 8 ó 10 %, dejando un 3-5 % para el amiláceo y el resto repartido en partes iguales entre sacarosa y dextrimaltosa. En ciertos casos de progreso insuficiente por mayor requerimiento de H. de C. y siguiendo las experiencias



CUADRO N.º 10.

Edad inicial. — Veinte días.

Leyenda. — Véase en cuadros N.os 1 y 2.

del Prof. Finkelstein, empleamos como amiláceo en concentraciones más altas, hasta la consistencia de papillas, la sémola tostada. El amiláceo en esta forma de harina integral desempeñaría no solamente el rol calórico del H. de C., sino que según el Profesor mencionado, tendría ciertas propiedades equivalentes a fermentos frente a los procesos de oxidación interna y sería, además, un vector del complejo vitamínico B. La maltosa en forma de sopa de Keller la empleamos con gran frecuencia como medio de variar la monotonía dietética del lactante a régimen lácteo en el primer semestre, aunque no

presente los síntomas de la distrofia láctea. Damos importancia especial para el lactante que pasa largos períodos en establecimientos cerrados, el variar periódicamente su dieta como recurso para interrumpir la monotonía de su régimen y provocar con ello estímulos en sus procesos metabólicos.

Creemos que teniendo presente las normas generales arriba expuestas, pueden variarse las fórmulas dietéticas, según la práctica del médico y las condiciones del servicio, sin necesidad de recurrir a esquemas alimenticios fijos. Ya sea que se empleen leches diluidas o concentradas con H. de C. o con grasas, leches frescas o en conserva, es preciso tener siempre presente no trasgredir las normas que dicta la fisiología de la digestión y de la nutrición del lactante. No caer en la hipoalimentación por el temor de ligeras perturbaciones dispépticas o alzas febriles de causas muchas veces indeterminadas. Sobre todo, no cometer un error muy frecuente bajo la influencia de esos temores o supuestas intolerancias: la de mantener por largos períodos al lactante bajo regímenes pobres en grasas, sea porque toman leches descremadas como el babeurre, leches desecadas semi-descremadas, o mezclas cuyas diluciones reducen el tenor de la grasa bajo los requerimientos fisiológicos para mantener un buen equilibrio nutritivo e inmunidad.

Después de las consideraciones anteriores no necesitamos entrar a la descripción de cada uno de los alimentos empleados en nuestro servicio y a la explicación de sus componentes. Bastará la simple enumeración de ellos, para después exponer someramente su distribución según las edades.

Alimentos empleados.

Leche de vaca fresca.	<p>Diluida 2/3 de leche, 1/3 de cocimiento amiláceo, 8 % de H. de C.: 2 % de harina, 6 % de sacarosa.</p> <p>Sopa de malta de Keller: 1/3 ó 1/2 leche, 5 % harina, 10 % extr. de malta.</p> <p>Total (sin dilución): con 6 % de H. de C., 6 % sacarosa, con 10 % de H. de C.: 4 % harina, 6 % sacarosa.</p>
Leches desecadas completas	<p>Leche marina en diluciones correspondientes para restablecer composición de la leche de vaca fresca, pura o diluida.</p> <p>Con 6, 8 ó 10 % de H. de C.</p>

Leches ácidas	<p>Las anteriores acidificadas al 5 % con sol. al 10 % de ácido cítrico (antes láctico) o jugo de limón.</p> <p>Pelargón Nestlé: en diluciones como las leches desecadas y con adiciones correspondientes de H. de C.</p>
Leches ácidas modificadas	<p>Babeurre (*) al 5 ó 7 % de H. de C.: 2 % harina, 5 % sacarosa, excepcionalmente al 10 % de H. de C.</p> <p>Leche albuminosa (uso excepcional y sólo en casos patológicos) con 5, 7 ó 10 % de H. de C. (20 % en la forma concentrada).</p>
Leches diluidas con grasas	<p>Babeurre con fritura de mantequilla y harina en cantidades crecientes hasta el 1/2 (mantequilla, 5 grs.; harina, 5 grs.; azúcar, 5 grs.; agua, 100 grs.).</p> <p>Excepcionalmente mezclas de leche de vaca y fritura de mantequilla tipo Czerny-Kleinschmidt. o Moro, etc.).</p>
Papillas de leche y harina	<p>Mezclas anteriores espesadas con sémola.</p> <p>Puré de leche al 1/2: 1/2 leche, 1/2 agua, 6 % sémola, 6 % azúcar.</p> <p>Puré leche total: 10 % sémola, 10 % azúcar.</p>
Alimentos sin leche	<p>Vegetales</p> <p>Sopas y purés de verduras.</p> <p>Purés de frutas.</p> <p>Jugos de frutas.</p> <p>Frutas crudas.</p>
	<p>Con agregados de albúminas animales</p> <p>Budín de arroz.</p> <p>Budín de hígado de Epslein.</p> <p>Cocimientos de aceite y harina en agua al 5 % c/u., con agregados de hígado.</p>
	<p>H. de C. y grasas</p> <p>Puré de agua.</p>
	<p>Alimentos puros del reino animal</p> <p>Huevos.</p> <p>Carne en forma de hígado y vísceras.</p>

(*) Desde comienzos de 1941, el Eledón se usa en forma exclusiva en nuestro Establecimiento.

Regímenes según las edades.

Período del recién nacido y 1.er mes:

Babeurre (Eledón) con 5 % de H. de C. (cuadro N.º 1, mes de Septiembre).

2.º al 5.º mes:

Agregados de cocimiento de mantequilla y harina al babeurre hasta al 1/2. Pasajes a leches ácidas al 2/3 con 8 % H. de C. o directamente a LT con 6 % H. de C. Jugos de frutas, vitamina D (cuadros N.ºs 1, 2, 3, 4, 9 y 10).

4.º mes:

Agregados de sopa de Keller o puré leche al 1/2 (cuadros 4, 6 y 10).

Del 5.º al 6.º mes:

Comienzo de sopas de verduras y mantequilla. Frutas molidas. Reducción de la leche a 4 comidas (cuadros 2, 3, 6, 8 y 10).

6.º al 9.º mes:

Substitución de otra comida de leche por puré de leche total. Suministro de galletas, queques o pan. En el 8.º mes agregados de huevo (cuadros 2, 3, 6 y 8).

10.º al 12.º mes:

2 comidas de leche. Reemplazo de las otras por verduras, frutas. Agregado de carne una vez al día. Reducción a cuatro comidas (cuadro N.º 8).

2.º año:

Reducción de la leche a un máximo de 500 grs. diarios. El resto de la ración en forma de verduras, frutas, harinas, masas, huevo, carne, leguminosas. La ración de albúmina se completa con los tres últimos elementos sin pasar la cantidad de 3 grs. de alb. por kg. de peso. Repartición del régimen en 4 comidas, 2 de leche, 2 sin leche. Vitamina D en forma

extra (argosterina irradiada) durante todo el invierno. Las demás vitaminas en el contenido normal de ellas en los alimentos suministrados: frutas y verduras.

Conclusiones.

1. El éxito de una alimentación artificial de los lactantes en los establecimientos cerrados, depende no sólo del tipo dietético empleado, sino también de las condiciones de ambiente en que son mantenidos los niños.

2. Mientras mejores y más adecuadas sean las condiciones del lactante, menor el peligro de infecciones, tanto más fácilmente podrá instaurarse con éxito la alimentación artificial.

3. El ideal que debe perseguir el régimen dietético artificial del lactante en establecimientos cerrados, es cubrir con la mayor sencillez y simplicidad las necesidades fisiológicas de la digestión y nutrición de esa edad, considerando entre ellas la ración calórica de acuerdo con la edad y desarrollo, volumen alimenticio, requerimientos parciales y correlación, especialmente en lo que se refiere a las raciones equilibradas de los diferentes elementos: Alb. grasas e H. de C. Empleo de alimentos ácidos, suministro precoz de vitamina C y D a partir del primer trimestre. A partir del quinto mes, sustitución parcial de la leche de vaca por alimentos vegetales y animales, teniendo muy en cuenta de cubrir los requerimientos alimenticios.

4. Se atribuye especial importancia a que en el empleo de dietas a base de leches diluidas o parcialmente descremadas se cubran precozmente los requerimientos de grasa en proporción, por lo menos, iguales a la de una buena leche de mujer, por considerar ese elemento uno de los factores más importantes para mantener la inmunidad contra las infecciones nosocomiales.