

Lactancia materna en el estudio multicéntrico de referencia de crecimiento de la OMS

GRUPO DE ESTUDIO DE REFERENCIA MULTICENTRO DE CRECIMIENTO DE LA OMS^{1,2}

¹ Departamento de Nutrición, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza y

² Miembros del Multicentro de la OMS

Grupo de estudio de referencia sobre crecimiento (enumerado al final del primer artículo de este suplemento)

Resumen

Objetivo: Documentar cómo los niños en el Estudio Multicéntrico de Referencia de Crecimiento (MGRS) de la OMS cumplieron con los criterios de alimentación y describir las prácticas de lactancia materna del grupo que cumplió. **Métodos:** El componente longitudinal de MGRS siguió a 1743 parejas desde el nacimiento hasta los 24 meses en seis países (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos). El estudio incluyó tres criterios para el cumplimiento de las prácticas de alimentación recomendadas que se monitorearon en cada visita de seguimiento mediante informes de frecuencia de alimentos y recordatorios dietéticos de 24 horas. Consejeros capacitados en lactancia visitaron a las madres participantes con frecuencia durante los primeros meses después del parto para ayudarlas con el inicio de la lactancia y prevenir y resolver problemas de lactancia. **Resultados:** De los 1.743 recién nacidos inscritos, 903 (51,8%) completaron el seguimiento y cumplieron con los tres criterios de alimentación. Tres cuartas partes (74,7%) de los lactantes fueron amamantados exclusiva o predominantemente durante al menos 4 meses, el 99,5% comenzaron a recibir alimentos complementarios a los 6 meses de edad y el 68,3% fueron amamantados parcialmente hasta al menos los 12 meses de edad. El cumplimiento varió entre los sitios (el más bajo en Brasil y el más alto en Ghana) según sus niveles iniciales de lactancia materna y sus características socioculturales. La frecuencia media de lactancia materna entre los lactantes que cumplieron fue de 10, 9, 7 y 5 tomas por día a los 3, 6, 9 y 12 meses, respectivamente. Las madres dóciles tenían menos probabilidades de estar empleadas, más probabilidades de haber tenido un parto vaginal y menos de ellas eran primíparas. El uso del chupete fue más frecuente en el grupo que no cumplió.

Conclusión: Los equipos de apoyo a la lactancia del MGRS lograron mejorar las prácticas de lactancia materna y lograr altas tasas de cumplimiento de los criterios de alimentación requeridos para la construcción de los nuevos estándares de crecimiento.

Palabras clave: Lactancia materna, nutrición infantil, curvas de crecimiento, estándares de crecimiento, prácticas de alimentación infantil.

Introducción

Las tablas de crecimiento son instrumentos esenciales en el conjunto de herramientas de pediatría. Su valor reside en ayudar a determinar el grado en que se satisfacen las necesidades fisiológicas de crecimiento y desarrollo durante el importante período de la niñez. Sin embargo, la interpretación de la idoneidad del crecimiento depende en gran medida de los datos de referencia utilizados y puede ser errónea si la referencia utilizada no representa adecuadamente el crecimiento fisiológico.

Se ha demostrado que la referencia de crecimiento recomendada para uso internacional desde finales de la década de 1970*/la referencia del Centro Nacional de Estadísticas de Salud/Organización Mundial de la Salud (NCHS/OMS)*¹ tiene una serie de inconvenientes que la hacen inapropiada para evaluar el crecimiento infantil [1/3]. Una de sus limitaciones más importantes es que se basa en una muestra de lactantes alimentados predominantemente con fórmula cuyo patrón de crecimiento se ha demostrado que se desvía sustancialmente del de los lactantes sanos amamantados [4,5]. La divergencia entre el patrón de crecimiento

También se ha documentado el crecimiento de los lactantes amamantados y otras referencias de crecimiento nacional que también se basan en gran medida en los lactantes alimentados con fórmula [6,7].

Reconociendo las deficiencias de la referencia internacional de crecimiento NCHS/OMS, en 1994 la OMS comenzó a planificar el desarrollo de nuevos estándares que, a diferencia de la referencia actual, se basarían en una muestra internacional de lactantes sanos amamantados y describirían cómo deberían crecer los niños en todas las edades. países en lugar de simplemente describir cómo crecieron en un momento y lugar determinados [8,9]. El Estudio Multicéntrico de Referencia de Crecimiento (MGRS) de la OMS, realizado entre 1997 y 2003, se centró en la recopilación de datos de crecimiento y datos relacionados de 8.440 niños de orígenes étnicos y entornos culturales muy diferentes (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos).) [10]. Como se describe en otra parte [10], las prácticas de lactancia materna fueron uno de los criterios principales utilizados para seleccionar los sitios de estudio. La intención era elegir poblaciones donde se practicaba comúnmente la lactancia materna y donde se brindaba apoyo a la lactancia.

Correspondencia: Mercedes de Onis, Coordinadora del Estudio, Departamento de Nutrición, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. Tel: /41 22 791 3320. Fax: /41 22 791 4156. Correo electrónico: deonism@who.int

madres inscritas en el estudio para ayudarlas a cumplir con los criterios de alimentación requeridos para construir los nuevos estándares. Este artículo documenta cómo los niños de la muestra de MGRS cumplieron con los criterios de alimentación del estudio en la infancia y describe en detalle las prácticas de lactancia materna del grupo que cumplió con la alimentación.

Métodos

El MGRS fue un estudio poblacional realizado en las ciudades de Davis, California, EE. UU.; Mascate, Omán; Oslo, Noruega; Pelotas, Brasil; y barrios prósperos seleccionados de Accra, Ghana y el sur de Delhi, India. El protocolo MGRS y su implementación en los seis sitios se describen en detalle en otra parte [11]. La MGRS combinó un componente longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad con un componente transversal de niños de 18 a 71 meses. En el componente longitudinal, las madres y los recién nacidos fueron examinados e inscritos al nacer y visitados en sus hogares en las semanas 1, 2, 4 y 6; mensual a partir del 2/12 mes; y bimestral en el segundo año. Este artículo describe las prácticas de alimentación infantil en la muestra longitudinal.

La MGRS incluyó tres criterios de cumplimiento con respecto a la alimentación de los niños a incluir en la muestra de estándares de crecimiento: 1) lactancia materna exclusiva o predominante durante al menos 4 meses (120 días); 2) introducción de alimentos complementarios entre los 4 y 6 meses (120 a 180 días); y 3) lactancia materna parcial que continuará hasta al menos los 12 meses (365 días). En cuanto al primer criterio, es importante señalar que la MGRS se inició antes de que la política de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva cambiara en 2001 de "4 a 6 meses" a "6 meses" [12].

Sin embargo, las políticas nacionales en tres sitios del estudio (Brasil, Ghana e India) ya recomendaban 6 meses, y a las madres participantes en todos los sitios se les recomendó amamantar a sus bebés exclusivamente durante lo más cerca posible de los 6 meses. Para que los niños fueran incluidos en la muestra de estándares de crecimiento, se requería un cuarto criterio: madre no fumadora.

Los sitios de estudio de MGRS se seleccionaron sobre la base de que un mínimo del 20% de las madres en las subpoblaciones del estudio estaban dispuestas a seguir los criterios de cumplimiento de la alimentación [10]. Las madres fueron examinadas en el momento de la inscripción y aquellas que no tenían intención de amamantar se consideraron no elegibles para el estudio. En Omán y EE. UU., la evaluación con respecto a las intenciones de alimentación infantil fue más estricta: solo se inscribieron madres dispuestas a amamantar exclusivamente durante al menos 4 meses y continuar amamantando hasta al menos los 12 meses de edad [13,14].

Para garantizar un alto nivel de cumplimiento de los tres criterios de alimentación entre las madres participantes, el asesoramiento sobre lactancia se convirtió en una parte esencial de la MGRS. El asesoramiento sobre lactancia, que fue proporcionado por asesores de lactancia capacitados en cada sitio, fue diseñado

para ayudar a iniciar la lactancia materna poco después del parto, prevenir y resolver problemas de lactancia y mantener la lactancia materna exclusiva/predominante durante los 4 meses y la lactancia parcial durante al menos los 12 meses. La primera visita de un asesor en lactancia se realizó dentro de las 24 h posteriores al parto, y las visitas posteriores se realizaron a los 7, 14 y 30 días, y posteriormente mensualmente hasta el sexto mes. También se puso a disposición de las madres una línea directa de atención de emergencia las 24 horas del día. Se realizaron visitas adicionales cada vez que ocurrieron problemas de alimentación. El cumplimiento de los criterios de alimentación se controló de forma centralizada y, según fue necesario, se fortaleció el asesoramiento sobre lactancia. La logística local de los sistemas de apoyo a la lactancia materna y los equipos de asesoramiento sobre lactancia en los seis sitios se describen en otra parte [13/18]. Las madres también recibieron asesoramiento sobre alimentación complementaria según directrices adaptadas localmente. Las prácticas de alimentación complementaria de la muestra MGRS se describen en un artículo complementario de este suplemento [19].

La lactancia materna exclusiva se definió como el lactante que recibe únicamente leche materna de su madre o de una nodriza, o leche materna extraída, y ningún otro líquido o sólido, con excepción de gotas o jarabes que contengan vitaminas, suplementos minerales o medicamentos. 10]. La lactancia materna predominante consistía en leche materna como principal fuente de alimentación del lactante, pero el lactante también podía recibir agua y bebidas a base de agua (por ejemplo, agua endulzada y aromatizada, té, infusiones), zumos de frutas, soluciones de rehidratación oral y fluidos rituales (en cantidades limitadas). cantidades) [10].

Se evaluó el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva/predominante desde el nacimiento hasta los 4 meses (visitas 1/6) utilizando la frecuencia acumulada de días de incumplimiento (es decir, el bebé recibió fórmula infantil u otra leche distinta a la materna y/o más de una vez). cucharadita de alimento sólido o semisólido). Tan pronto como el número de días de incumplimiento excedía los 12, el niño era marcado como no conforme para esa visita y las siguientes. La introducción oportuna de alimentos complementarios se evaluó entre los 6 y los 12 meses (visitas 8/14) sobre la base del consumo de alimentos sólidos/semisólidos. Durante el primer año se evaluó la continuidad de la lactancia materna hasta al menos los 12 meses de edad. Los niños clasificados como no cumplidores fueron marcados como tales para el índice y las visitas posteriores.

Se recopilaron datos sobre las prácticas de alimentación en cada una de las visitas de seguimiento [10]. Se utilizaron informes de frecuencia de alimentos para describir la ingesta de leche materna, otros líquidos y leches, y alimentos sólidos y semisólidos en los intervalos entre visitas. Se recopilaron datos más detallados sobre la alimentación diaria típica mediante recordatorios dietéticos de 24 horas sobre lo que el niño comió o bebió durante cada uno de los siete períodos de tiempo a lo largo del día. Además de los datos recopilados por los equipos de seguimiento, los asesores en lactancia recopilaron información hospitalaria sobre el inicio de la lactancia materna e información en el hogar sobre el inicio de la lactancia materna.

20 Grupo de estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento de la OMS

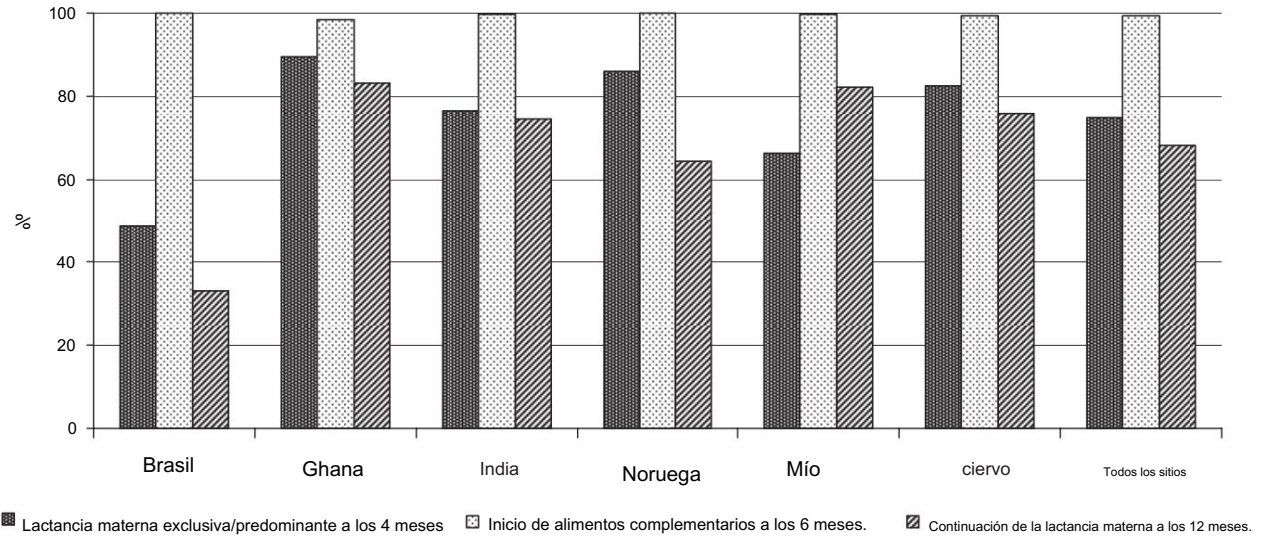


Figura 1. Cumplimiento de los criterios de alimentación de MGRS por sitio y en general.

criterio de alimentación (es decir, continuar con la lactancia materna hasta al menos menos 12 meses de edad) fue más variable entre sitios, Brasil tiene la tasa de cumplimiento más baja (33,2%) y Ghana y Omán los más altos (83,1 y 82,3%, respectivamente). La figura 2 muestra el porcentaje del total cumplimiento de la alimentación por sitio en cada visita de seguimiento a 12 meses.

La Figura 3 muestra la prevalencia de exclusiva, Lactancia materna predominante y parcial (con y sin sólidos), y el porcentaje de la muestra total no amamantados, desde la semana 2 hasta los 12 meses de edad. Este La figura muestra que los niños clasificados en la categoría exclusiva/ categoría predominante eran principalmente exclusivamente amamantado. Además, la proporción de lactantes amamantados exclusivamente está algo subestimada, ya que Los datos mostraron que algunos niños se movían de un lado a otro.

entre las categorías exclusiva y predominante entre visitas. Sin embargo, a los efectos de construir la figura, la clasificación se realizó sólo en una dirección; eso es decir, una vez que un niño ha sido clasificado como predominantemente amamantado no fue clasificado nuevamente al categoría de lactancia materna exclusiva incluso si, en la próxima visita, el niño estaba siendo amamantado exclusivamente. La figura también muestra que la muestra general de MGRS disfrutó altas tasas de lactancia materna, con un 68,3% todavía amamantado a los 12 meses.

La Tabla III resume la frecuencia y el volumen de Ingesta de líquidos durante 24 h a los 6, 9 y 12 meses para cumplir niños. A los 3 meses hubo muy poco consumo de cualquiera de estos fluidos. Es de destacar que la India las madres tendían a suplementar con leche animal, mientras que la suplementación con fórmula parece tener

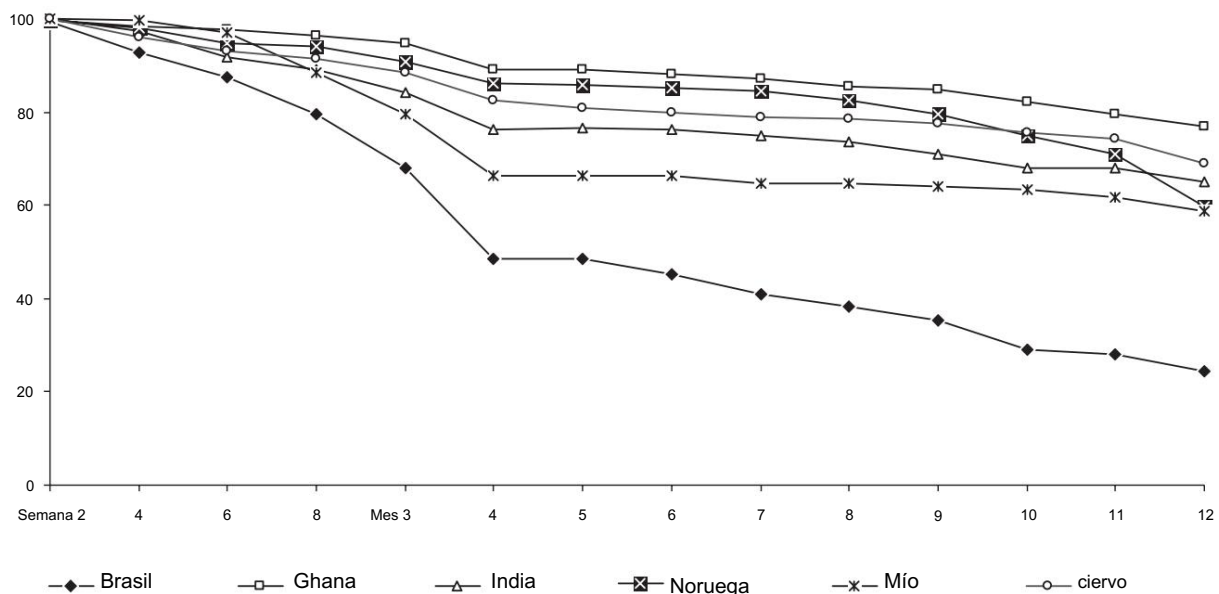


Figura 2. Cumplimiento de los criterios de alimentación de la MGRS en la infancia.

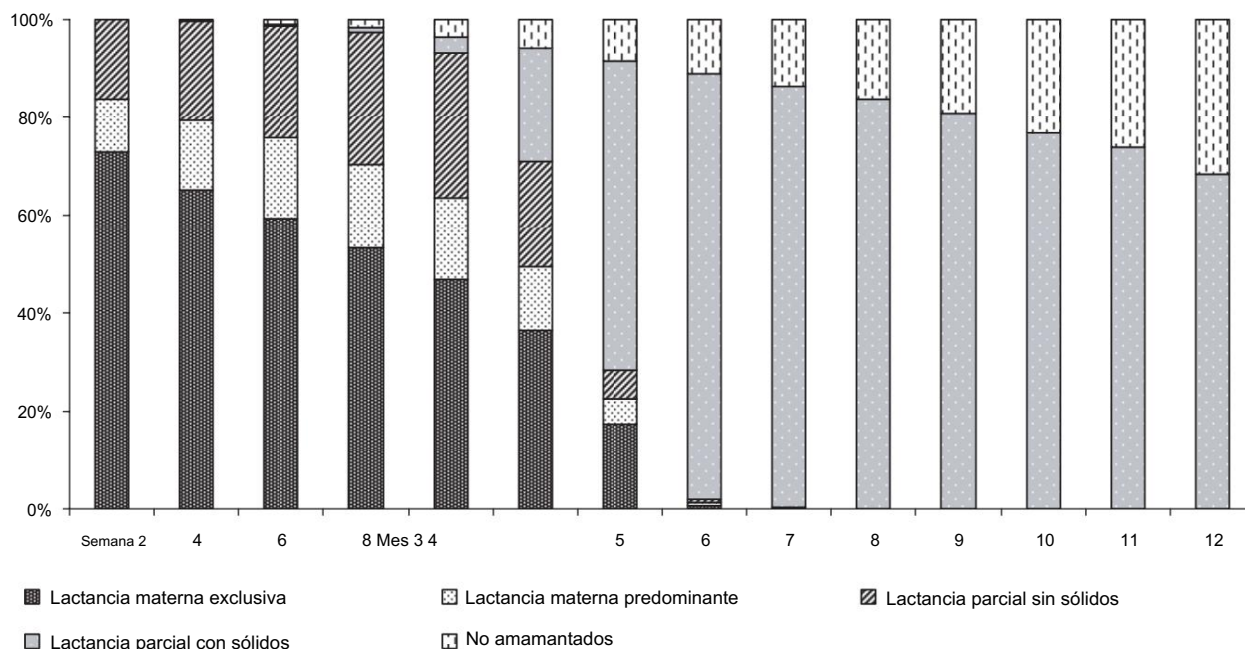


Figura 3. Prevalencia de lactancia materna exclusiva, predominante y parcial, y prevalencia de lactantes no amamantados para la muestra general por edad.

El té era mucho más común en Brasil, y la suplementación con agua era muy común en Ghana, India y Omán. En general, a los 6 meses, la suplementación con fórmula fue más común que con la leche animal, mientras que a los 12 meses lo contrario era cierto. Se les dio agua con más frecuencia a los niños que el jugo o el té.

La Figura 4 muestra la frecuencia media de lactancia materna para cada país y todos los sitios a los 3, 6, 9 y 12 meses (barras de error que representan el rango). A cualquiera de los momentos dados, Ghana y Omán tuvieron los niveles más altos de frecuencia de lactancia. La mediana general de frecuencia de lactancia materna entre los lactantes que cumplieron fue de 10, 9, 7 y 5 tomas por día a los 3, 6, 9 y 12 meses, respectivamente.

La Tabla IV presenta la duración media de la lactancia materna por grupo de cumplimiento y el porcentaje de niños que siguen amamantando a los 24 meses. El general de la duración media en el grupo que cumplió fue de 17,8 meses versus 9,3 meses en el grupo que no cumplió. Debería señalarse que la duración media en el país conforme al grupo está subestimado ya que el 16,2% de los niños todavía estaban amamantando cuando se completó el seguimiento. Brasil, India y Estados Unidos tuvieron los mayores porcentajes de niños obedientes que siguen amamantando a los 24 meses. En todos los sitios, tanto la duración de la lactancia materna como el porcentaje de niños que seguían amamantando al momento de los 24 meses fueron significativamente más bajos estadísticamente en el grupo que no cumplió, con la excepción de Ghana y Omán para el porcentaje de niños que siguen amamantando.

El Cuadro V presenta, por grupo de cumplimiento, el porcentaje de recién nacidos amamantados dentro de la primera hora de nacer; mediana de horas después del nacimiento, un bebé fue amamantado por primera vez; tiempo; y uso de chupete a las 2 semanas, y a los 3 y 6 meses. Para

En la muestra general, el uso de chupetes fue significativamente mayor a los 3 y 6 meses, y Noruega y EE. UU. tuvo la mayor prevalencia de uso. Estos datos no fueron disponibles para el sitio brasileño.

Los problemas de lactancia más importantes reportados entre las madres complidoras en la visita de la semana 1 (datos no mostrados) fueron pezones doloridos (27,9%), congestión (19%), demasiada leche (6,3%), mastitis (2,0%) y retraso en el inicio de la producción de leche (2,7%). En la visita de la semana 2, la prevalencia de estos problemas había disminuido sustancialmente: 14,6% pezones doloridos, 9,9% ingurgitación, 3,8% exceso de leche y 2,3% mastitis. Las madres de Noruega y Estados Unidos informaron con mayor frecuencia tener problemas. Sin embargo, es importante señalar que estos datos fueron autoinformados y su recolección fue no estandarizado ni entre sitios ni entre lactancias. Los problemas de lactancia informados por las madres que no cumplieron no difirieron significativamente de los de las madres complidoras.

Discusión

Los resultados presentados aquí documentan el éxito de los equipos de apoyo a la lactancia de MGRS para mejorar prácticas de lactancia materna y lograr altas tasas de cumplimiento de los criterios de alimentación del estudio. En general, el 54% de la muestra cumplió con las tres prácticas de alimentación, superando la tasa de cumplimiento esperada de 30%. Este resultado, sumado a una tasa de deserción muy baja (96% de los niños que cumplieron completaron el seguimiento de 24 meses) arrojó una muestra para la construcción de las normas más del doble del tamaño requerido para garantizar la estabilidad de los percentiles externos (es decir, 882 frente a 400) [10].

22 Grupo de estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento de la OMS

País	Sexo	Edad	Estatura (cm)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Clasificación
Francia	Mujeres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
	Hombres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
Alemania	Mujeres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
	Hombres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
Italia	Mujeres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
	Hombres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
Países Bajos	Mujeres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
	Hombres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
Reino Unido	Mujeres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
	Hombres	12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal
		12	150	35	15.6	Normal

El cumplimiento de las recomendaciones de alimentación varió entre los sitios dependiendo de la línea de base inicial. niveles de lactancia materna y las características socioculturales de cada una de las subpoblaciones de estudio.

El cumplimiento fue mayor en Ghana y menor en Brasil. Muchos pediatras brasileños recomendaron uso de agua y té en los primeros meses, prescrito fórmula cuando no era necesaria, y recomendó alimentos complementarios antes de que los niños nacieran. 4 meses de edad [21]. Sin embargo, los esfuerzos de la El equipo brasileño de lactancia hizo una diferencia sustancial en las tasas de lactancia materna exclusiva/predominante y en la duración de la lactancia materna, lo que resultó en una mejora notable en comparación con el nivel nacional y tarifas locales [21]. En Ghana, la lactancia materna es la norma, aunque las tasas de lactancia materna exclusiva en el la población general es baja. Sin embargo, la disposición El apoyo a la lactancia para las madres de MGRS aumentó la lactancia materna exclusiva mucho más allá de niveles nacionales [22].

Madres que cumplieron con la alimentación del MGRS. Era menos probable que los criterios se emplearan fuera del en casa y más probabilidades de haber tenido un parto vaginal, y menos eran primíparas. Del mismo modo, el uso del chupete fue más frecuente en el grupo que no cumplía. El uso del chupete se ha asociado con el destete temprano [23] y podría explicar en parte la aparición relativamente temprana interrupción de la lactancia materna en el sitio noruego a pesar de una larga baja por maternidad (10 meses con 100% salario o 12 meses con 80% de salario). Materno la educación difirió significativamente entre el cumplimiento grupos cuando todos los sitios se consideraron simultáneamente, es decir, las madres con mayor educación fueron más probabilidades de cumplir con los criterios de alimentación. Sin embargo, la relación tomó direcciones opuestas en los sitios individuales (Noruega y Omán) donde la escolaridad fue estadísticamente diferente según el cumplimiento grupo. Esto podría sugerir diferencias culturales en la Influencia de la educación en las prácticas de lactancia materna.

Bajas tasas de lactancia materna exclusiva en todo el mundo han planteado preocupaciones sobre la practicidad de recomendar una dieta para niños que se produzca de manera con poca frecuencia [24]. Sin embargo, evidencia reciente demuestra que la lactancia materna basada en la comunidad El asesoramiento es una forma rentable de aumentar tasas de lactancia materna exclusiva [25/28]. Experiencia del MGRS confirma esta observación en seis escenarios muy diferentes. El apoyo a la lactancia El equipo de cada sitio cumplió un papel fundamental, especialmente en brindar apoyo a la lactancia durante la primera semana o dos después del alta hospitalaria. Las madres eran Se les proporciona información sobre cómo evitar las llagas. pezones mediante una correcta técnica de lactancia, Manejo temprano del traumatismo del pezón cuando ocurrió, prevención y tratamiento temprano del seno. ingurgitación, las desventajas de la introducción temprana de cualquier alimento además de la leche humana y, en general,

Site	Country	Age	Sample Size	Exclusive Breastfeeding (%)	Duration (Months)
1	18	80	100	35.3	1.8
2	15	100	100	40.0	1.8
3	10	100	100	35.3	1.8
4	20	100	100	40.0	1.8
5	20	100	100	35.3	1.8
6	20	100	100	40.0	1.8
7	20	100	100	35.3	1.8
8	20	100	100	40.0	1.8
9	20	100	100	35.3	1.8
10	20	100	100	40.0	1.8

24 Grupo de estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento de la OMS

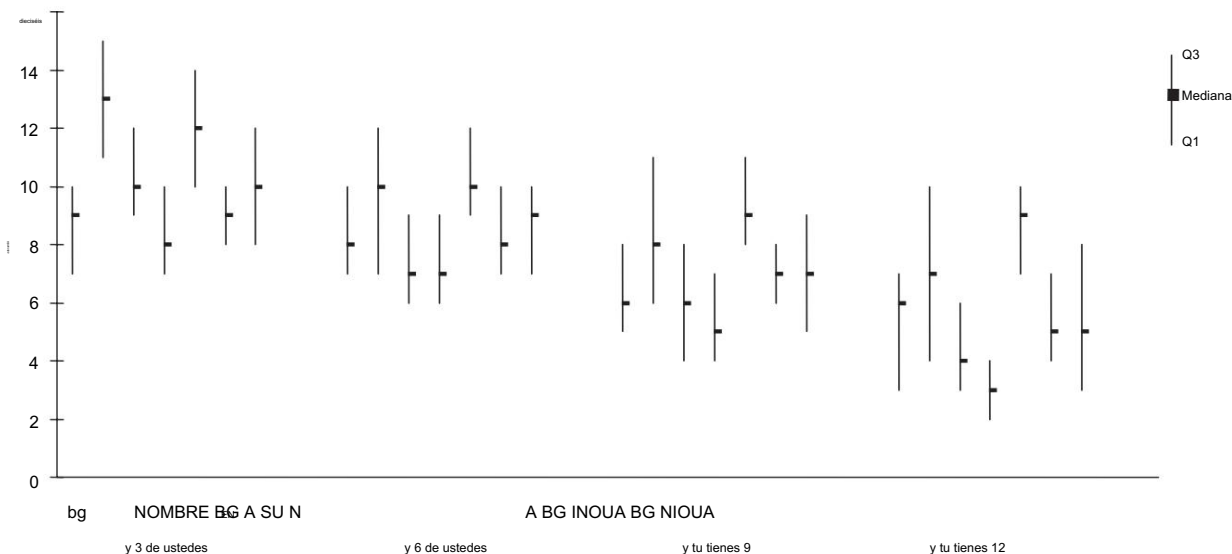


Figura 4. Frecuencia media de lactancia materna entre los lactantes que cumplen por sitio y en general. B: Brasil; G: Ghana; Yo: India; Norte: Noruega; Oh: Omán; U: EE.UU.; R: todos los sitios.

Cuadro IV. Duración mediana de la lactancia materna y continuación de la lactancia materna a los 24 meses por categoría de cumplimiento.

	Brasil	Ghana	India	Noruega	Mío	ciervo	Todo
compatible sustantivo, masculino—	69	228	173	159	153	121	903
No conforme no	218	64	96	103	107	51	639
Duración de la lactancia materna, mediana de meses (mín., máx.)							
Cumple 19,5*		16,1*	17,8*	15,2*	23,2*	18,3*	17,8*
	(12,24)	(12,1,24)	(12,24)	(12,24)	(12,3,24)	(12,24)	(12,24)
No conforme	6,3*	10,3*	9,4*	10,3*	17,4*	10,5*	9,3*
	(0,5,24)	(2,24)	(2,24)	(1,24)	(1,5,24)	(1,4,24)	(0,5,24)
Porcentaje que sigue amamantando a los 24 meses							
Obediente	33,3*	5,7	23,1*	8,2*	11,8	32,2*	16,2*
No conforme	4,1*	1,6	4,2*	1,0*	9,3	5,9*	4,4*

*Diferencia estadísticamente significativa (valor pB/0,05) entre los grupos cumplidores y no cumplidores.

Tabla V. Inicio de la lactancia materna y uso de chupete por categoría de cumplimiento y sitio.

	Brasil	Ghana	India	Noruega	Mío	ciervo	Todo
compatible sustantivo, masculino—	69	228	173	159	153	121	903
No conforme no	218	64	96	103	107	51	639
Bebé amamantado dentro de la primera hora de nacer, %							
Cumple 57,1* No cumple 40,7*			23,1	84,9	96,7	77,7	65,7
			16,7	76,7	95,3	64,7	61,0
Mediana de horas después del nacimiento del bebé amamantado por primera vez, h (mín., máx.)							
Obediente	5 (1,25) 6		4 (2,37) 5	2 (1,21) 3	2 (2,3)	2 (2,8)	4 (1,37)
No conforme	(2,28)		(2,50)	(1,20)	2 (1,5)	2 (2,25)	4 (1,50)
Uso de chupete a las 2 semanas, %							
Obediente	3,3		0,6	18,2	0,0	12,4	6,4
No conforme	1,8		1,0	18,6	0,9	3,9	5,8
Uso de chupete a los 3 meses, %							
Obediente	3,2		0,6	44,3*	2,0	41,7	16,0*
No conforme	8,5		1,0	61,0*	2,9	45,1	23,0*
Uso de chupete a los 6 meses, %							
Obediente	2,4		0,6	47,5	1,3*	41,3	16,3*
No conforme	1,9		0,0	60,2	5,8*	42,0	22,1*

*Diferencia estadísticamente significativa (valor pB/0,05) entre los grupos cumplidores y no cumplidores.

Se generó conciencia sobre la importancia de la lactancia materna para las madres y los bebés. El desafío es ampliar este apoyo, incluyendo orientación sobre técnicas de lactancia materna y formas de resolver problemas, idealmente como parte de los servicios de salud de rutina para toda la población.

La MGRS fue diseñada para construir estándares de crecimiento basados en lactantes sanos amamantados y así establecer coherencia con las directrices nacionales [29] e internacionales [12] de alimentación infantil que recomiendan la lactancia materna como la fuente óptima de nutrición durante la infancia. Reconociendo la idoneidad de la leche humana para apoyar no sólo el crecimiento saludable [24,29,30] sino también el desarrollo cognitivo [31] y la salud a largo plazo [32,33], se recomienda la aplicación de los estándares de crecimiento resultantes [20] a todos los niños independientemente del tipo de alimentación.

Agradecimientos

Este documento fue preparado por Mercedes de Onis, Laurie A. Nommsen-Rivers, Anne Baerug, Anna Lartey, Adelheid Onyango, Elaine Albermaz, Nita Bhandari, Jose Martinez, Nitya S. Prakash e Isabella Sagoe Moses en nombre de la Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. Grupo de estudio. El análisis estadístico fue realizado por Amani Siyam y Alain Pinol.

Referencias

- [1] QUIÉN. Estado físico: el uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 854. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
- [2] de Onis M, Habicht JP. Datos de referencia antropométricos para uso internacional: recomendaciones de un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud. *Am J Clin Nutr* 1996;64:
- [3] de Onis M, Yip R. La tabla de crecimiento de la OMS: consideraciones históricas y cuestiones científicas actuales. *Dieta Biblica Nutr* 1996;53:74/89.
- [4] Grupo de Trabajo de la OMS sobre Crecimiento Infantil. Una evaluación del crecimiento infantil. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.
- [5] Grupo de Trabajo de la OMS sobre Crecimiento Infantil. Una evaluación del crecimiento infantil: el uso e interpretación de la antropometría en los bebés. *Bull Órgano Mundial de la Salud* 1995;73:165/74.
- [6] Cole TJ, Paul AA, Whitehead RG. Tablas de referencia de peso para lactantes británicos amamantados a largo plazo. *Acta Paediatr* 2002;91:
- [7] de Onis M, Onyango AW. Las tablas de crecimiento de 2000 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el crecimiento de los bebés amamantados. *Acta Paediatr* 2003;92:413/9. [8] de Onis M, Garza C, Habicht JP. Es hora de un nuevo crecimiento referencia. *Pediatría* 1997;100:E8.
- [9] Garza C, de Onis M, para el Grupo de Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. Justificación del desarrollo de una nueva referencia de crecimiento internacional. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl
- [10] de Onis M, Garza C, Victora CG, Onyango AW, Frongillo EA, Martinez J, para el Grupo de Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. La referencia de crecimiento multicéntrico de la OMS Estudio: planificación, diseño del estudio y metodología. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl 1:S15/26.
- [11] de Onis M, Garza C, Victora CG, Bhan MK, Norum KR, editores. Estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento (MGRS) de la OMS: justificación, planificación e implementación. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl
- [12] 54.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA54.2, Nutrición del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- [13] Prakash NS, Mabry RM, Mohamed AJ, Alasfoor D, para el Grupo de Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. Ejecución del estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento de la OMS en Omán. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl 1:S78/83.
- [14] Dewey KG, Cohen RJ, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, para el Grupo de Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. Implementación del Estudio Multicéntrico de Referencia de Crecimiento de la OMS en EE.UU. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl 1:S84/9.
- [15] Araujo CL, Albermaz E, Tomasi E, Victora CG, para el Grupo de Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. Implementación del Estudio Multicéntrico de Referencia de Crecimiento de la OMS en Brasil. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl 1:S53/9.
- [16] Lartey A, Owusu WB, Sagoe-Moses I, Gomez V, Sagoe Moses C, para el Grupo de Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. Implementación del Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS en Ghana. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl 1:S60/5.
- [17] Bhandari N, Taneja S, Rongsen T, Chetia J, Sharma P, Bahl R, et al., para el Grupo de Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. Implementación del Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS en la India. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl 1:S66/71.
- [18] Baerug A, Bjoerneboe GE Aa, Tufte E, Norum KR, para el Grupo de Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico de la OMS. Implementación del estudio multicéntrico de referencia del crecimiento de la OMS en Noruega. *Food Nutr Bull* 2004;25 Suppl 1:S72/7.
- [19] Grupo de estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento de la OMS. Alimentación complementaria en el estudio multicéntrico de referencia del crecimiento de la OMS. *Acta Paediatr Suppl* 2006;450:27/37.
- [20] Grupo de estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento de la OMS. Estándares de crecimiento infantil de la OMS basados en longitud/altura, peso y edad. *Acta Paediatr Suppl* 2006;450:76/85.
- [21] Albermaz E, Giugliani ER, Victora CG. Apoyando la lactancia materna: una experiencia exitosa. *J Hum Lact* 1998;14:283/5.
- [22] Servicio de Estadística de Ghana, Instituto Conmemorativo Noguchi de Investigación Médica y ORC Macro. Encuesta demográfica y de salud de Ghana 2003. Calverton, Maryland: GSS, NMIMR y ORC Macro; 2004.
- [23] Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. El uso de chupetes se asocia con una disminución de la duración de la lactancia materna. *Pediatría* 1995;95:497/9.
- [24] QUIÉN. La duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Informe de una consulta de expertos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- [25] Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Eficacia del asesoramiento entre pares en el hogar para promover la lactancia materna exclusiva: un ensayo controlado aleatorio. *Lanceta* 1999;353:1226/31.
- [26] Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Efecto de las consejeras comunitarias sobre las prácticas de lactancia materna exclusiva en Dhaka, Bangladesh: un ensayo controlado aleatorio. *Lanceta* 2000;356:1643/7.
- [27] Albermaz E, Victora CG. Impacto del asesoramiento cara a cara sobre la duración de la lactancia materna exclusiva: un estudio de revisión. *Pan Am J Salud Pública* 2003;14:17/24.
- [28] Aidam BA, Perez-Escamilla R, Lartey A. El asesoramiento sobre lactancia aumenta las tasas de lactancia materna exclusiva en Ghana. *J Nutr* 2005; 135:1691/5.

26 Grupo de estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento de la OMS

- [29] Declaración de política de la Academia Estadounidense de Pediatría. La lactancia materna y el uso de la leche humana. *Pediatría* 2005;115:496/506.
- [30] Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duración de la lactancia materna y riesgo de sobrepeso: un metanálisis. *Am J Epidemiol* 2005;162:397/403.
- [31] Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Lactancia materna y desarrollo cognitivo: un metanálisis. *Soy J Clin Nutr* 1999; 70:525/35.
- [32] Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Alimentación infantil y colesterol en sangre: un estudio en adolescentes y una revisión sistemática. *Pediatría* 2002;110:597/608.
- [33] Singhal A, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Alimentación con leche materna y perfil de lipoproteínas en adolescentes nacidos prematuros: seguimiento de un estudio prospectivo aleatorizado. *Lanceta* 2004;363:1571/8.