



Datos importantes sobre alimentación

La leche materna: Una fuente esencial de vitamina A para lactantes y niños pequeños

La leche materna es una fuente higiénica de energía, nutrientes esenciales, agua, factores de inmunidad y muchos otros componentes que proveen beneficios para lactantes y niños pequeños. La leche materna proporciona protección contra la deficiencia de vitamina A. Antes de la rápida expansión del programa de distribución de cápsulas de vitamina A de los últimos años, el Organismo Mundial de la Salud (OMS) estimó que más de 250 millones de niños en edad pre escolar estaban en riesgo de tener deficiencia de Vitamina A.

Los requisitos de vitamina A

- ♦ Los lactantes y los niños pequeños necesitan vitamina A para lograr un nivel óptimo de salud, crecimiento y desarrollo.
- ♦ Casi todos los niños nacen con bajas reservas de vitamina A. Durante los seis primeros meses de vida, las madres necesitan amamantar en forma exclusiva a fin de aumentar las reservas de vitamina A de sus bebés.
- ♦ A partir de a los seis meses de edad, la vitamina A debe provenir de la leche materna, alimentos ricos en vitamina A y, de ser necesario, suplementos.

Resumen de los puntos principales

1. La leche materna es rica en vitamina A.
2. La lactancia materna exclusiva reduce las infecciones y las pérdidas de vitamina A.
3. La suplementación postparto con vitamina A para mujeres lactantes aumenta el contenido de vitamina A de la leche materna.
4. La promoción de la lactancia materna exclusiva es una estrategia para prevenir la deficiencia de vitamina A.
5. Las intervenciones que incluyen el suministro de vitamina A aumentan los beneficios de la promoción de la lactancia materna en términos de la salud y supervivencia materna e infantil.

Datos importantes sobre alimentación es una serie de publicaciones sobre prácticas recomendadas en materia de alimentación y dieta para mejorar la situación nutricional en diversas etapas del ciclo vital. Este número fue preparado en colaboración con organismos líderes en el campo de la vitamina A: Helen Keller International (HKI)/Sede, HKI/África y el Proyecto MOST, financiado por la USAID.

El riesgo de la deficiencia de vitamina A

- ♦ Las prácticas subóptimas en materia de alimentación infantil reducen la ingesta de vitamina A, constituyendo una amenaza para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo.
- ♦ El riesgo de deficiencia de vitamina A es mayor en los niños pequeños cuyas madres tienen tal deficiencia. La deficiencia de vitamina A en las madres conduce a reservas fetales disminuidas y a niveles más bajos de vitamina A en la leche materna.
- ♦ Los lactantes y niños pequeños con deficiencia de vitamina A presentan un riesgo superior de pérdida de apetito, problemas oculares, menor resistencia a las infecciones, episodios más frecuentes y severos de diarrea y sarampión, anemia por deficiencia de hierro, y retardo del crecimiento. Las infecciones y la inflamación aceleran tanto la utilización como la pérdida de vitamina A.
- ♦ El aumento del riesgo de enfermedades se traduce en un aumento del riesgo de mortalidad. Diversos estudios demuestran que en las comunidades en las que existe una alta incidencia de deficiencia de vitamina A, la mejora de la nutrición de vitamina A reduce la mortalidad infantil en un promedio de 23 por ciento. La vitamina A ofrece especial protección contra la mortalidad causada por la diarrea y el sarampión, y puede reducir la severidad de los síntomas de malaria.

La contribución de la leche materna a la situación de la vitamina A en lactantes y niños pequeños

Durante los seis primeros meses de vida, la leche materna protege al lactante contra enfermedades infecciosas que pueden agotar sus reservas de vitamina A al interferir con su absorción. La ingesta de vitamina A en un niño amamantado depende de la nutrición de vitamina A en la madre, de la etapa de lactancia y de la cantidad de leche materna consumida. Desde el nacimiento hasta los seis meses de vida aproximadamente, la lactancia materna exclusiva y frecuente puede proporcionar al lactante toda la vitamina A que éste necesita para asegurar un nivel óptimo de salud, crecimiento y desarrollo. Por lo general, la leche materna tiene mayor valor nutritivo que los alimentos y líquidos alternativos con los que se alimenta a los niños en los países en desarrollo. El consumo de otros alimentos disminuye la cantidad de leche materna consumida y puede afectar la absorción por el lactante de las vitaminas y minerales de la leche materna. Por lo tanto, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida ayuda a asegurar una ingesta suficiente de vitamina A.

La vitamina A de la leche materna en lactantes de 0-6 meses

Edad del niño	Fuente de vitamina A
Primeros días	El calostro es la leche esencial del comienzo producida para el neonato. El calostro es tres veces más rico en vitamina A y diez veces más rico en beta-caroteno (la forma precursora activa de la vitamina A que explica el color amarillo del calostro) que la leche madura. Debido a sus altos niveles de vitamina A, anticuerpos y otros factores protectores, el calostro frecuentemente se considera la primera inmunización del bebé.
De los 5 a los 14 días	La leche materna de transición contiene casi el doble de vitamina A que la leche madura. El alto contenido de vitamina A en el calostro y en la leche de transición responde a las necesidades del neonato.
De los los 14 días a los seis meses aproximadamente	La leche materna madura en madres bien nutridas contiene un promedio de 250 unidades internacionales (UI) de vitamina A por 100 ml. El promedio de concentración de vitamina A en la leche materna de mujeres en países en desarrollo es aproximadamente la mitad de esta cifra. En tales casos, el proporcionar a las madres un suplemento de vitamina A de dosis alta inmediatamente después del parto puede asegurar que la cantidad de vitamina A en la leche materna sea adecuada para satisfacer las necesidades diarias de vitamina A del lactante y aumentar sus reservas.

Comenzando a los seis meses de edad, los lactantes alimeos complementarios apropiados, adicionales a la leche materna, para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados.

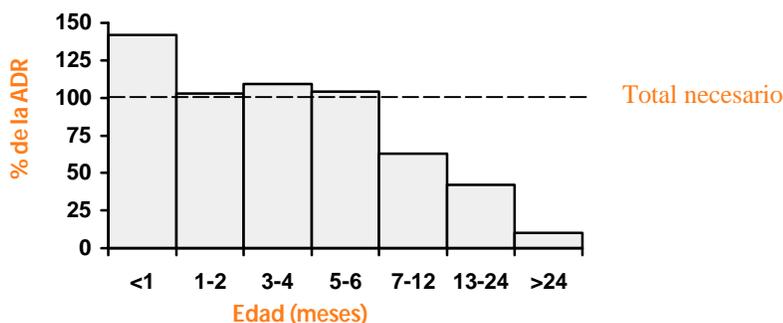
- ♦ Las prácticas óptimas en materia de lactancia materna son esenciales para ayudar a satisfacer las necesidades de vitamina A del niño durante el primer año y más allá. En lugares con carencia de recursos, los niños dependen de la leche materna como fuente de vitamina A y otros nutrientes esenciales. Un estudio realizado en zonas rurales de África Occidental encontró que la leche materna era la fuente más importante de vitamina A para los niños mayores de un año.
- ♦ La leche materna continúa siendo una fuente importante de energía, grasa y otros nutrientes. Para ser aprovechada por el cuerpo, la vitamina A debe consumirse en combinación con cierta cantidad de grasa. La leche materna es más rica en grasa que la mayoría de los alimentos complementarios y puede ser esencial para facilitar la utilización de la vitamina A presente en dichos alimentos.
- ♦ El efecto protector de la leche materna contra la deficiencia de vitamina A se mantiene durante la infancia y la niñez temprana. Un estudio de amplio

alcance realizado en Bangladesh reportó una reducción del 64 por ciento en el riesgo de deficiencia de vitamina A en niños de seis meses a tres años de edad amamantados, en comparación con niños no amamantados. Esta reducción del riesgo disminuyó sólo levemente con la edad. Aun los niños mayores (de 24-35 meses de edad) tenían un 65 por ciento menos de probabilidad de tener deficiencia de vitamina A si eran amamantados.

- ♦ Aunque su efecto protector es mayor durante los seis primeros meses de vida, la leche materna continúa ofreciendo protección contra enfermedades y muerte durante la niñez temprana. Al suministrar factores de inmunidad y una fuente higiénica de nutrición, la lactancia materna protege contra infecciones que pueden reducir las reservas de vitamina A, disminuir la ingesta de alimentos e interferir con la absorción de vitamina A.

La contribución de la leche materna a la situación de la vitamina A durante los dos primeros años de vida y más allá se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Porcentaje del aporte diario recomendado (ADR) de vitamina A cubierto por la leche materna en países en desarrollo de 0 a 24 meses y más allá.



Fuentes: Newman (1993), WHO/NUT/98.1 (1998)

La Figura 1 muestra que:

1. Durante el primer mes, la lactancia permite aumentar las reservas de vitamina A.
2. A partir de los seis meses, se requieren alimentos complementarios para asegurar una ingesta suficiente de vitamina A.
3. La leche materna continúa siendo una fuente importante de vitamina A hasta los 24 meses y más allá.

Prácticas recomendadas para mejorar la nutrición de vitamina A en lactantes y niños pequeños

El riesgo de deficiencias de micronutrientes, si bien está presente durante toda la vida, es mayor en ciertas etapas del ciclo vital, tales como la infancia, la niñez temprana, el embarazo y la lactancia. Las deficiencias en una etapa pueden tener consecuencias negativas inmediatas y a largo plazo para la mujer y su hijo (-a). Las recomendaciones siguientes se centran específicamente en prácticas dietéticas y de alimentación en diferentes etapas del ciclo vital que pueden ayudar a asegurar una situación óptima de la vitamina A al nacer y durante los primeros años de la vida. Estas recomendaciones mejorarán no sólo los resultados de los embarazos sino también la supervivencia y la salud de lactantes, niños pequeños y mujeres.

Recomendaciones para la alimentación de lactantes y niños pequeños

- ♦ Iniciar la lactancia materna **0-6 meses** en la primera hora después del parto. El contacto temprano de piel a piel entre la madre y el neonato previene la pérdida de nutrientes asociada con la pérdida de temperatura. El inicio temprano estimula la producción de leche materna, proporcionando al neonato calostro, especialmente rico en vitamina A.
- ♦ Amamantar en forma exclusiva durante los seis primeros meses. La alimentación con otros alimentos o líquidos reduce el consumo de leche materna, rica en vitamina A. También aumenta el riesgo de enfermedades asociadas con la exposición al agua contaminada, a los sucedáneos de la leche materna y a los biberones.
- ♦ Amamantar frecuentemente. Las tomas frecuentes ayudan a mantener el suministro de leche materna y vitamina A.



- ♦ Continuar con la lactancia materna frecuente y a la libre demanda. Introducir progresivamente alimentos complementarios limpios y ricos en nutrientes, comenzando a los seis meses. Además de la leche materna y otros alimentos nutritivos, dar a los niños diariamente alimentos ricos en vitamina A. Las frutas y verduras rojas y amarillas (tales como los mangos maduros, el camote anaranjado, el chayote y las zanahorias) y las verduras de color verde oscuro son buenas fuentes de vitamina A. Los alimentos fortificados pueden ofrecer una fuente adicional de vitamina A. El hecho de agregar cantidades, aunque sean mínimas, de productos animales ricos en vitamina A (tales como yemas de huevo, queso, hígado y aceite/pasta de pescado) puede aumentar considerablemente la ingesta de vitamina A.
- ♦ Amamantar a un niño enfermo tanto durante como después de su enfermedad. Con frecuencia los niños enfermos rehusan comer pero continúan tomando leche materna. La lactancia materna es especialmente importante cuando un niño tiene sarampión. El sarampión a menudo reduce los niveles sanguíneos de vitamina A. Dar a los niños enfermos mayores de seis meses alimentos adicionales ricos en vitamina A y seguir las políticas nacionales de dosificación terapéutica con cápsulas de vitamina A de dosis alta para los casos de sarampión, xeroftalmia, diarrea crónica y malnutrición severa.
- ♦ En zonas con alta incidencia de deficiencia de vitamina A, dar suplementos semestrales de vitamina A de dosis alta, comenzando a los seis meses. Dar 100,000 UI a los niños de 6-12 meses y 200,000 UI a los niños mayores de 12 meses.



6-24 meses

Recomendaciones para la nutrición materna



Durante el embarazo

- ♦ Aumentar la ingesta de alimentos y vitamina A. En zonas donde la deficiencia de vitamina A es común y los alimentos ricos en vitamina A son escasos, pueden recomendarse suplementos de vitamina A de dosis baja (menos de 10,000 UI diarias o 25,000 UI semanales) o suplementos de micronutrientes múltiples con niveles apropiados de vitamina A. La evidencia señala cada vez más la necesidad de que las mujeres embarazadas aumenten su ingesta de vitamina A ya sea a través de alimentos o suplementos. Actualmente están en curso estudios que examinan el impacto de los suplementos de vitamina A de dosis baja y los suplementos diarios de nutrientes múltiples que contienen vitamina A sobre la situación de la vitamina A en las mujeres, la ceguera nocturna materna, la mortalidad materna, los resultados de los embarazos, y la salud y supervivencia neonatal/infantil.

Postparto

- ♦ En zonas donde la deficiencia de vitamina A es común, tomar una sola cápsula de vitamina A de dosis alta (200,000 UI) a la mayor brevedad posible después del parto, pero no más tarde de ocho semanas postparto. Esto ayudará a fortalecer las reservas de vitamina A, mejorar el contenido de vitamina A en la leche materna, y disminuir el riesgo de infección en madres y lactantes. Un suplemento de vitamina A administrado en una sola dosis alta (más de 10,000 UI diarias o 25,000 UI semanales) no debe tomarse durante el embarazo porque puede perjudicar al feto en desarrollo. En vista de que el riesgo de embarazo para las mujeres lactantes es muy bajo durante las primeras ocho semanas del puerperio, éste es el único momento en que deberían tomar la cápsula de dosis alta.

Durante la lactancia

- ♦ Aumentar la ingesta de alimentos y de vitamina A. Los requisitos de vitamina A de las mujeres son mayores durante la lactancia, aproximadamente 1.5 veces superiores que los de las mujeres no embarazadas y no lactantes. Las reservas de vitamina A varían considerablemente entre mujeres, y pueden ser precariamente bajas en aquellas mujeres cuya ingesta habitual de esta vitamina es marginal. Una mayor ingesta de vitamina A es especialmente importante cuando la incidencia de enfermedades e infecciones es alta y/o los alimentos son escasos (por ejemplo, durante el “tiempo de hambre” antes de la cosecha o durante períodos de hambruna, desastres naturales o conflictos armados).
- ♦ Planificar un período de recuperación entre la lactancia y el embarazo siguiente. Utilizar el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) y otros métodos de planificación familiar apropiados para asegurar intervalos de por lo menos tres años entre partos consecutivos y por lo menos seis meses entre la suspensión de la lactancia y el embarazo siguiente. Esto servirá para proteger la lactancia, espaciar los partos y ayudará a aumentar las reservas de vitamina A y otros micronutrientes.

En todo momento

- ♦ Diversificar la dieta para mejorar la ingesta de vitamina A y otros micronutrientes. Consumir productos animales, si resulta factible. Aumentar el consumo diario de frutas y verduras. Utilizar alimentos enriquecidos con vitamina A, si están disponibles. En ausencia de productos animales, alimentos ricos en vitamina A y/o alimentos enriquecidos, pueden ser necesarios suplementos que contengan vitamina A, zinc, hierro y otros nutrientes. Las medidas orientadas a corregir las deficiencias múltiples con anterioridad al embarazo y la lactancia mejorarán la situación de salud actual de la mujer y crearán reservas que pueden ser utilizadas durante el embarazo y la lactancia.

Acciones para apoyar la lactancia materna y mejorar la situación de la vitamina A

Nivel nacional

- ♦ Armonizar las políticas y protocolos nacionales en lo que a nutrición se refiere
- ♦ Formular políticas y programas para promover la vitamina A/micronutrientes y la lactancia materna como elementos integrales del mejoramiento global de la salud y la nutrición, no como actividades aisladas
- ♦ Promover políticas económicas y alimentarias que mejoren la disponibilidad, el acceso y la demanda de alimentos ricos en vitamina A
- ♦ Promover y apoyar el enriquecimiento de alimentos, asignando prioridad a alimentos locales que puedan ser enriquecidos fácilmente. En aquellos lugares donde existen programas de asistencia alimentaria, seleccionar alimentos enriquecidos con vitamina A y darlos a las mujeres durante el embarazo y la lactancia, como también a los niños mayores de seis meses.
- ♦ Asegurar la disponibilidad de cantidades adecuadas de cápsulas de vitamina A.

Nivel de comunidad

- ♦ Trabajar con ONGs, programas de acercamiento comunitario y agentes extensionistas en todos los sectores a fin de incorporar en sus actividades información y apoyo a niveles óptimos de alimentación infantil y nutrición materna
- ♦ Establecer y/o proporcionar capacitación a grupos de apoyo materno y realizar visitas domiciliarias con el propósito de compartir información y experiencias en materia de lactancia materna y alimentación complementaria
- ♦ Utilizar canales de comunicación locales (medios masivos, escuelas, eventos comunitarios, mercados, sistemas de distribución comunitaria, etc.) para diseminar información sobre prácticas óptimas de alimentación de lactantes, nutrición materna y vitamina A
- ♦ Aumentar la disponibilidad de alimentos ricos en vitamina A a través de huertos escolares y comunitarios, pesquerías, árboles frutales y cría de ganado menor (gallinas, pollos, conejos y otros animales pequeños).

Nivel de familia

- ♦ Secar las frutas y vegetales estacionales utilizando métodos de secado solar o, en su defecto, secarlos al aire donde no los alcance la luz directa del sol para asegurar una fuente de vitamina A durante todo el año
- ♦ Servir alimentos ricos en vitamina A con un poco de grasa (aceite, mantequilla, cacahuete) a fin de aumentar su utilización por el organismo
- ♦ Sembrar huertos familiares con variedad de verduras ricas en vitamina A

En las zonas con alta incidencia de deficiencia de vitamina A, las acciones orientadas a mejorar la situación de la vitamina A reducen la mortalidad infantil en un promedio del 23 por ciento.

Nivel de estructuras de salud

Contacto prenatal

- ♦ Asesorar a las mujeres sobre la conveniencia del inicio temprano de la lactancia materna, la alimentación con calostro y la lactancia materna exclusiva y frecuente
- ♦ Evaluar la situación nutricional y estimular el aumento de la ingesta de energía, una dieta variada que incluya alimentos ricos en vitamina A, y la disminución de la carga de trabajo durante el embarazo
- ♦ Discutir opciones de planificación familiar que protejan la lactancia, incluyendo el MELA
- ♦ Proporcionar instrucción sobre la prevención de parásitos, tratar las infecciones parasitarias y observar las pautas nacionales para la prevención y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro

Contacto durante el parto y en el puerperio inmediato

- ♦ Facilitar el inicio temprano de la lactancia materna, dar consejos sobre la conveniencia de la lactancia materna exclusiva y frecuente, ayudar a establecer buenas destrezas de lactancia materna (posición y apego adecuados) y referir a recursos para la lactancia materna disponibles en la comunidad
- ♦ Administrar a la madre un suplemento de vitamina A en una sola dosis alta (no entregar para consumo en el hogar) inmediatamente después del parto
- ♦ Evaluar la situación nutricional y asesorar a la madre sobre la conveniencia de aumentar su ingesta de energía, de consumir una dieta variada y rica en vitamina A y de disminuir su carga de trabajo durante la etapa de lactancia
- ♦ Discutir las opciones de planificación familiar que protejan la lactancia, incluido el MELA.

Contacto postnatal

- ♦ Evaluar las prácticas de lactancia materna y estimular y apoyar la lactancia materna exclusiva durante seis meses
- ♦ Proporcionar asesoramiento materno sobre aspectos de nutrición, destacando la necesidad de un aumento de la ingesta de energía, una dieta variada y rica en vitamina A, y una reducción de la carga de trabajo
- ♦ Administrar un suplemento de vitamina A en una sola dosis alta a toda que amamanta durante las ocho semanas del puerperio si aún no lo ha recibido
- ♦ Discutir las opciones de planificación familiar que protejan la lactancia, incluyendo el MELA
- ♦ Proporcionar instrucción sobre la prevención de parásitos, tratar las infecciones parasitarias, y observar las pautas nacionales para la prevención y el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro.

Contacto con niños sanos (monitoreo del crecimiento e inmunizaciones)

- ♦ Proporcionar servicios de evaluación y asesoramiento en materia de nutrición, destacando la necesidad materna de un aumento de la ingesta de energía, una dieta variada y rica en vitamina A, y la reducción de la carga de trabajo
- ♦ Proporcionar asesoramiento sobre la conveniencia de la lactancia materna exclusiva, el momento adecuado para introducir alimentos complementarios apropiados, la importancia de incluir alimentos ricos en vitamina A en la dieta del niño y formas prácticas de enriquecer la dieta del niño utilizando alimentos disponibles a nivel local
- ♦ Verificar y completar los protocolos de suplementación con vitamina A para lactantes mayores y niños pequeños
- ♦ Verificar y completar la suplementación de la madre con vitamina A (si ésta está dentro de las primeras ocho semanas del puerperio)
- ♦ Discutir las opciones de planificación familiar que protegen la lactancia, incluyendo el MELA
- ♦ Administrar un suplemento de 50,000 UI de vitamina A a los niños no amamantados menores de seis meses en el primer contacto

Contacto con niños enfermos

- ♦ Evaluar y aconsejar sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada y apropiada tanto durante como después de las enfermedades
- ♦ Verificar y completar los protocolos de suplementación con vitamina A; observar las políticas nacionales de dosificación terapéutica con cápsulas de vitamina A de dosis alta para los casos de sarampión, xeroftalmia, diarrea crónica y malnutrición severa

Referencias y recursos

- ACC/SCN. Fourth Report on the World Nutrition Situation. Ginebra: ACC/SCN en colaboración con IFPRI, 2000.
- Beaton GH et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries. ACC/SCN State-of-the-Art Series: Nutrition Policy Discussion Paper No. 13. Ginebra: Naciones Unidas, 1993.
- Christian P et al. Vitamin A or beta-carotene supplementation reduces but does not eliminate maternal night blindness in Nepal. *J Nutr* 1998 Sep; 128(9):1458-63.
- Haskell MJ, Brown KH. Maternal vitamin A nutriture and the vitamin A content of human milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1999; 4(3): 243-257.
- International Vitamin A Consultative Group. IVACG Statement on maternal night blindness: Extent and associated risk factors. Washington, DC: ILSI Research Foundation, 1997.
- LINKAGES Project. The case for promoting multiple vitamin/mineral supplements for women of reproductive age in developing countries. Washington, DC: AED, 1998.
- LINKAGES Project. Recommended feeding and dietary practices to improve infant and maternal nutrition. Washington, DC: AED, 1999.
- Mahalanabis D. Breast feeding and vitamin A deficiency among children attending a diarrhoea centre in Bangladesh: A case-control study. *BMJ* 1991; 303:493-496.
- Newman V. Vitamin A and breastfeeding: A comparison of data from developed and developing countries. San Diego: Wellstart, 1993.
- Prentice A, Paul AA. Contribution of breastmilk to nutrition during prolonged breastfeeding. En: Atkinson SA, Hanson LA, Chandra RK (eds). *Breastfeeding, nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries*. St. John's, Newfoundland, Canadá: ARTS Biomedical Publishers, 1990:87-101.
- Rice AL et al. Maternal vitamin A or beta-carotene and supplementation in lactating Bangladeshi women benefits mothers and infants but does not prevent subclinical deficiency. *J Nutr* 1999; 129(2): 356-365.
- Shankar AH et al. Effect of vitamin A supplementation on morbidity due to *Plasmodium falciparum* in young children in Papua New Guinea: A randomised trial. *The Lancet* 1999; 354:203-209.
- Sommer A, West KP. Vitamin A deficiency: Health, survival, and vision. Nueva York: Oxford University Press, 1996.
- Stoltzfus RJ, Underwood BA. Breast-milk vitamin A as an indicator of the vitamin A status of women and infants. *Bull WHO* 1995; 73(5): 703-711.
- Stoltzfus RJ. High-dose vitamin A supplementation of breast-feeding Indonesian mothers: Effects on the vitamin A status of mother and infant. *J Nutr* 1993; 123(4): 666-675.
- Underwood BA. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early childhood. *Am J Clin Nutr* 1994; 59(Supplement 2): 517S-522S.
- West KP et al. Double blind, cluster randomised trial of low dose supplementation with vitamin A or beta carotene on mortality related to pregnancy in Nepal. The NNIPS-2 Study Group. *BMJ* 1999 Feb 27; 318(7183): 570-5.
- Organización Mundial de la Salud. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge (WHO/NUT/98.1). Ginebra: OMS, 1998.
- Organización Mundial de la Salud. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation: Recommendations and report of a consultation. WHO/NUT/98.4. Ginebra: OMS, 1998.

1 Algunos alimentos, particularmente los de origen vegetal (frutas, verduras y aceites), son ricos en carotenoides y otras sustancias que el cuerpo convierte en vitamina A.

2 Xeroftalmia es un término utilizado para describir una variedad de problemas oculares derivados de la deficiencia de vitamina A.

3 Los niños no amamantados en zonas con deficiencia de vitamina A deberían recibir 50,000 UI de vitamina A a la mayor brevedad posible. Algunos países y algunos nutricionistas recomiendan que, en zonas con deficiencia de vitamina A, todos los niños menores de seis meses reciban una dosificación periódica de 50,000 UI de vitamina A al nacer y en cada uno de los contactos posteriores para propósitos de inmunización. Estas recomendaciones se encuentran bajo estudio en organismos internacionales.

4 Un estudio realizado recientemente en Nepal reveló que el hecho de suplementar a mujeres con dosis bajas de vitamina A (menos de 25,000 UI) semanalmente antes, durante y después del embarazo reducía la ceguera nocturna y disminuía en un 40 por ciento la mortalidad materna.

5 Esta recomendación se encuentra bajo estudio y podría aumentarse, de acuerdo a los resultados de trabajos de investigación actualmente en curso.

6 Las madres que no amamantan en zonas con deficiencia de vitamina A deberían recibir un suplemento de vitamina A de dosis alta en las seis primeras semanas del postparto.

Para mayores informaciones, visite nuestro sitio web en www.linkagesproject.org
o bien comuníquese con nosotros como sigue: correo electrónico: linkages@aed.org
teléfono: (202) 884-8221
fax: (202) 884-8977



Datos importantes sobre alimentación es una publicación de LINKAGES: Breastfeeding, LAM and Related Complementary Feeding and Maternal Nutrition Program. LINKAGES es financiado por GH/HIDN, una oficina de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del acuerdo de cooperación No. HRN-A-00-97-00007-00. LINKAGES es administrado por la Academia para el Desarrollo Educativo (AED). Las opiniones expresadas en este documento son las de los autores y no reflejan necesariamente los criterios de la USAID. Actualizado en Diciembre 2002

