



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



11237
47
24.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

Hospital Infantil del Estado de Sonora

*Prevalencia de la Lactancia Materna en el Hospital Infantil del
Estado de Sonora. Hospital Amigo del Niño y de la Madre*

TESIS

**Que para obtener el Título en Pediatría Médica
Presenta**

Dr. Rosario Figueroa Díaz

Hermosillo, Sonora Febrero 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA. "HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE"

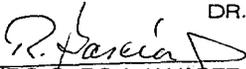
TESIS

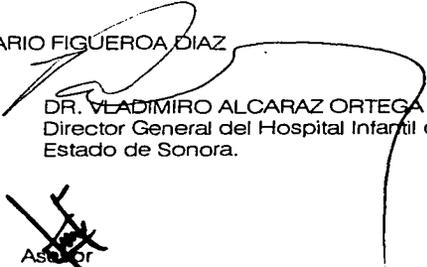


Que presenta para obtener el Título de

PEDIATRIA

DR. ROSARIO FIGUEROA DIAZ


DR. RAMIRO GARCIA ALVAREZ
Director de Enseñanza e Investigación
y, Profesor Titular del Curso


DR. VLADIMIRO ALCARAZ ORTEGA
Director General del Hospital Infantil del
Estado de Sonora.




Asesor

Dr. Jaime Gabriel Hurtado Valenzuela.
Médico Adscrito Servicio de Lactantes

Hermosillo, Sonora. Febrero de 1997.

A Dios ; Gracias por darme la vida y permitirme ver terminadas todas y cada uno de mis propósitos en esta vida ; le pido fuerza, coraje y sabiduría para ejercer esta Profesión que me ha dado y poder conservar en lo que esté a mi alcance la salud y bienestar de la niñez.

A mis Padres ; Emigdio y Concepción, gracias por ser tan maravillosas , por estar conmigo en todo momento con su apoyo incondicional "Que Dios los bendiga siempre".

A mi esposa Yolanda ; por su gran entrega y dedicación, porque sin tu amor y apoyo no hubiera sido fácil lograr esta meta. Que Dios te conserve por siempre a mi lado. Te Amo.

A mis hijos ; Luis Fernando y Daniel Alfredo ; porque son el motor que me impulsa e inspira a seguir adelante. Que Dios me permita verlos crecer y convertirse en hombres de bien.

A mis hermanos : Francisca, Martina, Alfredo, Alvaro, Juana, Reyes. Siempre están en mi pensamiento. Los invito a luchar por salir adelante.

A mi gran amiga y compañera : Fabiola L.R. ; por esa gran amistad que nos une. Que tengas la mejor de las suertes, tanto en tu vida Profesional como en tu próximo debut como mama. Recuerda que siempre podrás contar conmigo.

Al resto de mis compañeros, por todos esos momentos que pasamos juntos. Les deseo suerte y los invito a ponerle muchas ganas.

Al Hospital Infantil del Estado de Sonora ; a todos mis Maestros y demás Personal. Gracias.

Al Dr. Jaime G. Hurtado Valenzuela ; gracias por todas sus enseñanzas, por su dedicación y apoyo en la realización de este Trabajo de Tesis.

A toda la niñez de México y del mundo ; porque son la fuente que enriquece nuestros conocimientos.

INDICE

	No.Pag.
Introducción.....	1
Anatomía de la glándula mamaria.....	3
Fisiología de la lactancia.....	6
Composición de la leche materna.....	8
Transferencia de drogas y otras sustancias químicas, por la leche humana.....	11
Eliminación renal de fármacos.....	12
Enfermedad materna y lactancia.....	13
Leche humana y su relación con la ictericia del neonato..	14
Trastornos en la succión de lactantes con dificult- tades neurológicas.....	15
Importancia y ventajas de la lactancia materna.....	17
Etapas de manejo de la lactancia materna.....	19
Almacenamiento y conservación de la leche materna.....	29
Proyecto "Hospital Amigo del Niño y de la Madre".....	30
Acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.....	30
Objetivo de la tesis.....	32

Material y Métodos.....	33
Variables para evaluar la lactancia materna en niños nacidos en Enero y Abril de 1996 en el H.I.E.S.....	34
Resultados.....	36
Discusión.....	44
Conclusiones.....	47
Bibliografía.....	48

INTRODUCCION

La evolución del hombre a través de miles de años no hubiera sido posible sin la presencia o la práctica de la alimentación al seno materno; como se refiere en la literatura la experiencia cotidiana de los pueblos asentados a las orillas del Mar Mediterráneo por varios milenios indicaba que cuando los niños no eran alimentados por su madre o por una nodriza, tenían pocas probabilidades de cumplir un año de vida. Sin embargo, a través de la historia, se han documentado intentos por suplir esta práctica mediante la industrialización de leches de animales mamíferos principalmente de la vaca, tratando de crear una fórmula semejante a la leche humana, no siendo tecnológicamente posible reproducir los elementos que confieren la protección inmunológica de la leche materna, ni la seguridad afectiva y emocional que el niño y la madre reciben con la práctica de la alimentación al pecho. (1).

Desde 1974, el Dr. William Moss en Liverpool comenta: "Se ha observado repetidamente que la lactancia seca (artificial) causa cólicos y suelta el intestino y es muy difícil dar un sustituto adecuado al pecho y por tanto hay niños que no pueden mantenerse o existir sin él" (2)

La lactancia artificial predominó durante el Siglo XVIII y en especial el amamantamiento por nodrizas, persistiendo esta influencia entre las mujeres francesas durante el Siglo XIX y parte del Siglo XX; mejorando en la actualidad (3). Existiendo la preocupación por el rescate de la lactancia materna, teniendo como objetivo principal, el tratamiento de dos seres: Madre e hijo y afecta a toda la familia. Durante 1978, se desarrolló en E.E.U.U. el National Health Plan, el cual tiene como una de sus metas principales que en 1990 el

75% de las mujeres abandonen el hospital amamantando y que el 35% siga haciéndolo durante por lo menos seis meses (4). En 1989 se reúnen en Ginebra la OMS/UNICEF y hacen declaración de los diez pasos para mantener una lactancia exitosa y, en 1991 la UNICEF/SS, inician un Programa Nacional del Hospital Amigo del Niño y de la Madre. En nuestro País, han aparecido varios estudios sobre Lactancia Materna, desde los años 70's-80's, como son : Puga T.F., Espinoza NA, Ysunza AO, Cerqueira MA, Arrieta R, Cravioto K, Vega Franco (5, 6, 8, 9, 10, 11, 12); en los cuales se hacen consideraciones sobre la necesidad de la práctica de Alojamiento conjunto o habitación compartida, como un medio básico para la promoción y consolidación de la lactancia materna en nuestro medio. (5, 6, 8, 9, 10, 11, 12).

ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA

Esta en la mujer adulta, está constituida por un epitelio glandular y un sistema ramificado de conductos que unen los alvéolos secretores a un conducto de mayor calibre (lactífero), formando un sistema anatómico llamado lóbulo, de éstos existen aproximadamente entre 15 a 20 en una glándula mamaria; los conductos lactíferos antes de desembocar en el pezón, amplían su diámetro, forman un seno para después estrecharse hasta llegar al pezón que constituye el centro de la areola que es un área circular pigmentada, la cual contiene fibras musculares lisas que permiten la erección del pezón cuando éste recibe estímulos tanto de succión como de tacto (4) (Fig.No.1).

La mama embrionaria empieza su preparación en la pubertad, cuando se establece el ciclo hipófisis-ovario-útero y culmina durante el embarazo (mamogénesis). La iniciación de la secreción de leche empieza durante el embarazo y aumenta con el parto (lactogénesis). Las hormonas lactógeno placentario, prolactina y gonadotropina, contribuyen tanto al crecimiento de la mama como a la estimulación de los alvéolos para la producción de un líquido parecido al calostro durante el segundo trimestre del embarazo, posterior al parto y alumbramiento la conservación de la lactancia ya establecida (galactopoyesis) continúa mientras persista el estímulo de la succión. (4, 11).

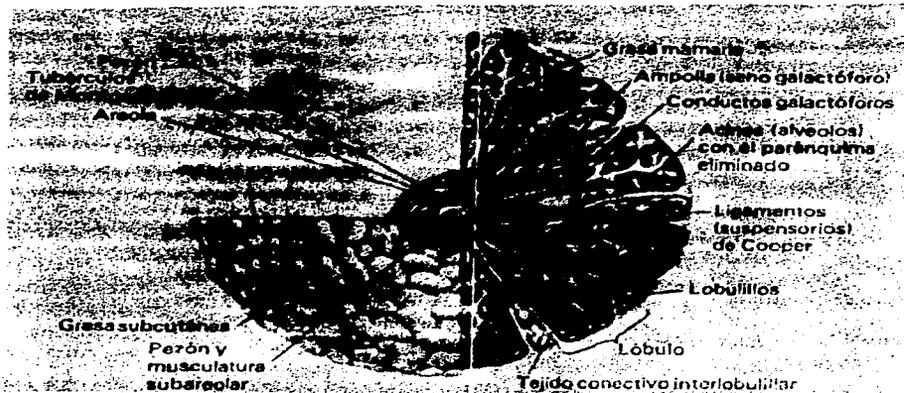


Fig. 1.- Morfología de la mama madura, disecada para mostrar la grasa mamaria y el sistema de conductos. (Según Lawrence R; Breastfeeding ; A Guide for the Medical Profession, St.Louis, CV Mosby, 1985 ; con autorización).

Medicamentos excretados en la leche humana y su efecto sobre el niño

Marcóicos	Anticonvulsivos	Hormonas
Cedexina.....b	Carbamacepina.....d	Corticosteroides.....d
Metadona.....c	Fenitoína/fenobarbital...e	Estrógenos/progestógenos...d
Morfina.....b		Tiroideas.....a
Propoxifeno.....c	Agentes antineoplásicosg	Drogas anti tiroideas.....f
Analgésicos y Antiinflamatorios	Broncodilatadores	Agentes Psicotróficos
Acetaminofen.....c	Aminofilina.....c	Litio.....g
Aspirina.....a	Yodatos.....g	Fenotiazinas.....c
Salus de oro.....c	Simpaticomiméticos.....d	Antidepresivos tricíclicos...d
Indometacina.....c		
Fenilbutazona.....c		
Agentes antiinfecciosos	Agentes cardiovasculares	Radioisótopos y radioterapia ...g
Aminoglicósidos.....d	Digoxina.....b	
Cloranfenicol.....c	Propranolol.....b	Hipnóticos-sedativos
Penicilina.....c	Reserpina.....e	Barbitúricos.....f
Sulfonamidas.....c		Benzodiacepina.....d
Tetraciclinas.....e	Diuréticos	Diazepam.....g
Isoniazida.....c	Clortalidona.....c	Bromuro.....g
	Tiazidas.....d	Hidrato de cloral.....c
	Spironolactona.....d	
Cósmicos urinarios	Alcaloides del cornezuelo	Drogas recreacionales y socias
Ac. salicílico.....g	Bromocriptina.....g	Alcohol.....f
Nitrofurantoina.....c	Ergotamina.....c	Cafeína.....f
Anticoagulantes	Ergonovina.....d	Nicotina.....d
Heparina.....a		
Warfarina.....b	Laxantes	
Oxos cumarínicos.....c	Antroquinonas.....g	

a. Esmaltado de problemas. b. Esmaltado de problemas a las dosis usuales. c. Al parecer no causa problemas. d. Aún no estudiado/o cuidadosamente.
 e. Posible efecto adverso. f. Efecto adverso a grandes dosis. g. Alimentación al seno controlada.
 Modificado de: Anderson, P. O.: Drugs and Breast Feeding. Seminars in Pediatrics, 8: 571 1979.

FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA.

En la producción de la leche se pueden distinguir tres etapas : de Síntesis, de Secreción, y de Expulsión. Las grasas son producidas por las células del tejido glandular y tienen su origen en los ácidos grasos libres y el glicerol. Las proteínas se sintetizan en el retículo endoplásmico y son producidos a partir de ácidos aminados libres. La síntesis de la lactosa ocurre en el aparato de Golgi. Posteriormente estas sustancias son transportadas al lumen alveolar, donde a través del masaje o succión del pezón nace un estímulo que viaja por vía hipotalámica a la hipófisis donde en respuesta se liberan dos hormonas (prolactina y oxitocina). La Prolactina actúa tanto en la lactogénesis como en la lactopeyesis. La Oxitocina, actúa sobre la expulsión de leche de los alvéolos y los conductillos, los lactíferos y senos de estos conductos, pero también estimula el útero para que se contraiga, favoreciendo la rápida involución fisiológica y el aumento del tono. (Fig.No.2). (4. 11)

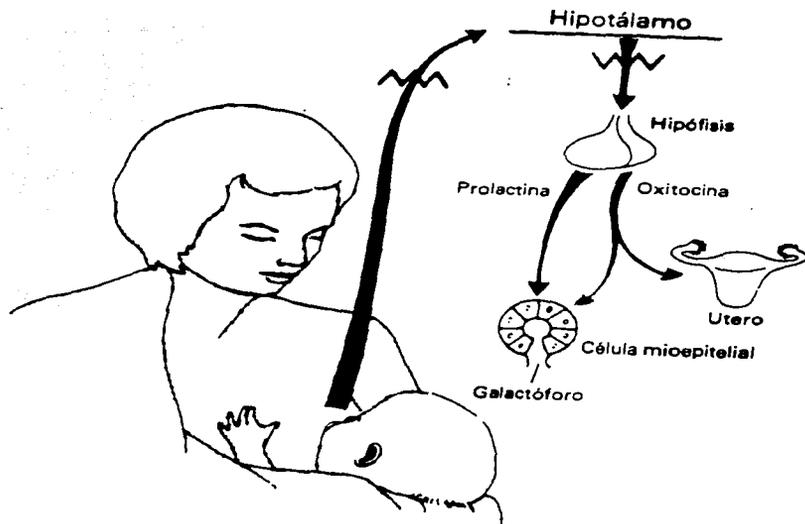


Fig.2.- Representación esquemática del reflejo de vaciamiento. Cuando el niño succiona la mama, estimula un mecanoreceptor en el pezón y la areola, que manda el estímulo siguiendo vías nerviosas hacia el hipotálamo; éste estimula la hipófisis posterior para que libere oxitocina. La oxitocina es transportada por vía sanguínea a la mama y al útero; así mismo, estimula la célula mioepitelial de la mama, para que se contraiga y vacíe la leche de los alvéolos. A la prolactina le corresponde la producción de leche en el alvéolo, y es secretada por la hipófisis anterior en respuesta a la succión. Situaciones de alarma, como el dolor y la ansiedad, pueden inhibir el reflejo de vaciamiento; ver un niño u oír su llanto, puede estimular el reflejo.

COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA.

La leche humana, se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa, y una de células vivas. Durante los primeros siete días de posparto, la leche es de color amarillo espeso con alto contenido en carótenos y se denomina "calostro" y se caracteriza por tener gran cantidad en proteínas y menor cantidad en grasas y lactosa que la leche madura. Después de la primera semana y la segunda semana de nacido el niño, la leche adquiere características bioquímicas que median entre el calostro y la leche madura por la que se le denomina de "transición. Después de la segunda a tercera semana posparto, se denomina "leche madura" y se caracteriza por su menor cantidad en proteínas, pero mayor cantidad en grasas y lactosa, lo que le confiere un aporte más alto de energía /80 a 75 Kcal./dl). La leche prematura tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, condiciones necesarias para lograr una velocidad de crecimiento, semejante a la intrauterina. Proteínas de la leche humana : Se clasifican en caseína/beta y kappa caseína) y proteínas del suero. De éstas, la principal por su calidad nutricia es la alfa-lactoalbúmina y otras como lactoferrina, albúmina sérica, lisezima, inmunoglobulinas (A.G.M.) © ; otras muy importantes para el desarrollo del SNC y corazón : Taurina y carnitina. Lípidos de la leche humana ; éstos constituyen la principal fuente de energía (50% de las calorías totales) y están compuestos principalmente por triglicéridos, seguidos por diglicéridos, monoglicéridos y ácidos grasos libres, fosfolípidos, glicolípidos, esteroides y vitaminas liposolubles. De estos ácidos grasos, el 54% son no saturados de cadena larga. Hidratos de carbono de la leche humana ; de éstos el principal es la lactosa, su

concentración es alrededor de 70gr/dl. Y ejerce hasta 70% de la presión osmótica, además facilita la absorción de calcio y hierro, junto con el factor de crecimiento de *L.bifidus*. Otros azúcares son : Fructosa y galactosa. La concentración de minerales (nutrimentos inorgánicos) como el calcio, fósforo y magnesio, tienen una transferencia estrictamente regulada de la sangre a la leche no tiene relación con la ingesta de éstos por la madre. El hierro se encuentra en baja cantidad en la leche humana con una variación desde 0.1 a 1.6 mg/l. ; pero, este mineral proveniente de la leche humana se absorbe con gran facilidad en el intestino de los niños lactados, aproximadamente el 49% ; otros elementos como : cobre y zinc tienen concentraciones altas en el calostro y declinan con las reservas de la madre. Los electrolitos séricos como : Na, K y Cloro participan en conjunto con la lactosa en la osmolaridad de la leche materna (285 m Osm) y su concentración es de Na-7, K-15 y Cl-12 mEq/l. Otros componentes de la leche humana son vitaminas, tanto hidrosolubles como liposolubles y se transfieren directamente de la dieta y las reservas de la madre y se sabe que cubren satisfactoriamente las demandas del organismo en crecimiento durante los primeros cuatro meses de vida, siempre y cuando las madres estén bien alimentadas ; hay concentración elevada de Vit. A. (retinol), ácido ascórbico y Vit. E. En menor concentración se encuentran las Vitaminas del Complejo B (B1, B2, B6 y B12). Otros son la Vit. D y la Niacina y Vit.K, tanto esta última como la Vit. D son compensadas por la síntesis de la primera por la flora intestinal del lactante y la segunda es sintetizada bajo el efecto de la luz solar en la piel del lactante a partir de su precursor el 7-Dihidrocolesterol. Existen otros componentes de la leche humana que confieren al lactante otras funciones diferentes a las nutricias ; como ya mencionamos la lactosa producida en la glándula

mamaria por acción de la lactoalbúmina, que aparte de su importante participación en la osmolaridad de la leche, actúa como factor de crecimiento de lactobacilos bifidus, los cuales son causantes de la acidez en las evacuaciones e impide la colonización de bacterias como E.coli, inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM), Lactoferrina, Oligosacáridos con funciones antiparasitarias, aminoazúcares con funciones antibacterianas, lípidos con funciones antivirales y antiparasitarias así como propiedades antiinflamatorias, factores inmunológicos como el complemento (factores C4 y C3) ; se han identificado además un promedio de 2100 elementos celulares que constituyen un mecanismo de defensa ; de éstos principalmente leucocitos (Linfocitos B y T, macrófagos y polimorfonucleares) que participan en la producción de enzimas, fagocitosis y regulación del sistema inmune contra procesos infecciosos, tanto de la estructura mamaria como del tracto digestivo del niño. (3, 11, 12)

TRANSFERENCIA DE DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS POR LA LECHE HUMANA.

En general, la eliminación de quimioterápicos por la leche, es tan poca que incluso con una absorción del 100% la dosis recibida al día será una fracción muy pequeña de la dosis terapéutica del lactante y el recién nacido y éste tiene relación con el tiempo de vaciamiento gástrico que está netamente retardado hasta los seis a ocho meses. Otra característica de las drogas que pasan a través de la leche humana, es la biodisponibilidad bucal ; hay drogas que se utilizan únicamente por vía parenteral, porque no son absorbidas por vía bucal pasan fácilmente a la leche materna, pero no afectan al bebé en forma sistémica ; aunque a dosis terapéuticas pueden alterar la flora bacteriana normal del intestino (antimicrobianos). Las drogas con alta biodisponibilidad bucal, tienen riesgos potenciales de toxicidad medicamentosa para el lactante que mama y la mayor parte son neuropsicotrópicos. A continuación se presentan Medicamentos excretados por la leche humana y su efecto sobre el niño (11, 13)

ELIMINACION RENAL DE FARMACOS.

Las funciones glomerular y tubular del riñón del recién nacido no están plenamente desarrollados. La eliminación de fármacos que tiene lugar principalmente por el riñón es mucho más baja en neonatos de tres a nueve días, pero., aumenta rápidamente en un plazo de dos meses y se conserva elevada hasta la edad de 11 meses. La eliminación renal de medicamentos como : penicilina, digoxina, tetraciclina y gentamicina, está muy disminuída en el neonato y por tanto producirá acumulación y toxicidad. Son muy pocos los medicamentos absolutamente contraindicados para la madre que amamanta ; entre éstos se incluyen anticancerosos, sustancias radioactivas, litio, cloramfenicol, fenilbutazona, atropina y alcaloides del cornezuelo. Medicamentos que se obtienen sin receta en general, no tienen peligro para las madres que amamantan cuando se toman por corto tiempo y a dosis escritas en las instrucciones correspondientes (13).

ENFERMEDAD MATERNA Y LACTANCIA.

Hay ocasiones que tienen que tomar la decisión ante una madre que cursa con alguna enfermedad al momento de estar amamantando y desea continuar con la lactancia, el clínico debe realizar un interrogatorio y exploración físicos adecuados para evaluar : Cual es la proporción entre peligro y beneficio para la lactancia en cada caso preciso ?.

Enfermedades agudas que curan espontáneamente (Ejem. Gripe o influenza) ; no necesitan alternar la lactancia y no añaden peligro para el neonato. Otras enfermedades maternas como la diabetes mellitus no afectan la mamogénesis ni la lactogénesis si ésta es tratada y estable metabólicamente ; la lactancia es un factor antidiabetógeno ya que la glucosa es desviada preferencialmente para ser empleada como energía para producir leche y como sustrato para la síntesis de lactosa. Por otras parte se ha observado que la insulina pasa en poca cantidad a la leche materna, pero no afecta al lactante, ya que ésta es inactiva por enzimas digestivas antes de poder ser absorbida. Dosis normales de hipoglucemiantes orales no se descubren en la leche materna en cantidades suficientes para perjudicar al lactante (24).

LECHE HUMANA Y SU RELACION CON LA ICTERICIA DEL NEONATO

Desde 1963, Arias y Colaboradores y Newman y Gross independientemente, señalaron una asociación entre la lactancia y la ictericia del neonato; señalando dos tipos de Síndromes de Ictericia acompañando a la lactancia, uno de ictericia de comienzo temprano y uno de ictericia de comienzo tardío.

Síndrome de Ictericia de la lactancia: La ictericia fisiológica del neonato, resulta de un aumento en la producción, captación y conjugación inadecuada de la bilirrubina por el hígado, y un aumento de la resorción intestinal de la misma, el aumento en la concentración de bilirrubina no conjugada es ulterior al nacimiento, con 6.0 mg./dl. Al 3er.día, disminución a 2 ó 3 mg./dl al 6to. Día y disminución lenta hasta 1 mg./dl al 11avo y 14avo día; se observa en todo recién nacido normal de término independientemente del tipo de alimentación. Factores etiológicos asociados: raza, frecuencia de mamadas, volúmen en cada una de ellas y ritmos de eliminación fecal.

Sndrome de Ictericia por leche materna; raramente se observa antes del final de la primera semana de vida, se caracteriza por una elevación de bilirrubina no conjugada después del 3er. día con una concentración máxima del 5to. al 15avo. día de vida en la gran mayoría, la bilirrubina se normaliza al final de la tercera semana de vida y una breve interrupción 24 a 48 hrs. De la lactancia y la alimentación con leche humana de otra mujer o fórmula logra una caída más rápida de la bilirrubina sérica.

Etiología. Se ha identificado un factor inhibidor de la glucuroniltransferasa en la leche icterógena, estos Autores identificaron después un metabolito esteroide de la progesterona (prenano-3 (alfa).20 (beta)-diol), en la leche icterógena (25).

TRASTORNOS EN LA SUCCION DE LACTANTES CON DIFICULTADES NEUROLOGICAS.

El lactante normal a término, succiona y deglute en forma coordinada, protegiendo las vías respiratorias y cubriendo sus necesidades nutricionales. La succión y deglución dependen de la disponibilidad de vías intactas del tallo encefálico y de la transmisión del impulso a través de los nervios craneales a una musculatura sana de la boca, lengua y faringe. Entre los principales problemas tenemos :

a) Disminución del reflejo de succión ; principalmente en casos de inmadurez del encéfalo o lesiones difusas del SNC como en asfisia neonatal o hipoglucemia. Se estimula al lactante a tomar el pecho colocándolo contra éste, presionando el mentón hacia abajo e insertando el pezón y la areola en su boca, la expresión de una pequeña cantidad de leche materna que probará antes de succionar, le servirá de estímulo, una vez que puede succionar y deglutir aún en periodos cortos iniciar la alimentación con leche materna proporcionada mediante un suplementador, incrementando el tiempo de succión en forma progresiva.

b) Debilidad de succión ; hay reflejo de succión y de las vías del SNC están intactas, pero la musculatura bucal y lingual están demasiado débiles para mantener la succión ; ésta se presenta en : Anormalidades del SNC asociados con hipotonía (Trisomía 21, Prader Willi), lesiones bulbares, anormalidades de la unión neuromuscular, anormalidades de los músculos. Se coloca al niño en posición de pelota de fútbol, sobre almohadas al lado de la madre, su cabeza se sostiene en la mano de la madre con la espalda descansando en su antebrazo, la posición de "mano de bailarina" es útil

para proporcionar apoyo en la mandíbula del lactante hipotónico y para aplicar una mayor presión al interior de las mejillas, mientras se sostiene la mamá con los tres últimos dedos, el índice y el pulgar rodean la mandíbula del niño y sobre su mejilla aplicando una presión suave.

c) Succión mal coordinada : este tipo de lactantes son hipersensibles a la estimulación bucal, lo cual provoca estimulación refleja excesiva (reflejo tónico de mordedura), reflejo nauseoso y extensión del cuello y cuerpo ; esta alteración está relacionada con lesiones en áreas del tallo encefálico, lesiones en los núcleos de los nervios craneales motores ; la madre debe estar cómoda, tranquila en un lugar con iluminación suave, hablarle al niño en voz baja, calmada y no moverlo bruscamente, aplicarle al niño lienzos fríos y calientes en forma alterna en la mitad inferior de la cara, la posición de "mano de bailarina" puede ayudar al lactante con reflejos mandibulares excesivos. (26)

IMPORTANCIA Y VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA.

Solo para el recién nacido y el lactante menor de seis meses de edad, se tiene en la leche materna una "indicación de la naturaleza" como el único alimento que el niño debe recibir hasta esa edad (14), posterior a esta edad, se incrementan los requerimientos nutricionales del lactante, por lo que hay necesidad de agregar otro tipo de alimentos a su dieta (ablactación) y por consiguiente continuar ofreciéndole las ventajas de la leche materna durante el primer año de vida y si es posible, durante el segundo año ; a continuación escribiremos algunas ventajas de la lactancia materna tanto para el niño como para la madre.

Ventajas para el niño :

- Es el mejor alimento que se puede proporcionar al niño en forma exclusiva durante cuatro a seis meses.
- Le proporciona al niño sustancias nutritivas, agua, vitaminas y minerales que necesita para crecer sano.
- Con el calostro y la leche, se protege de algunas alergias e infecciones intestinales y respiratorias.
- Al mantenerlo cerca y darle pecho, le da seguridad, confianza y cariño que el bebé necesita para su desarrollo.
- Poder brindar el pecho al bebé cuando lo solicite, aunque interrumpa ocupaciones y descanso de la madre.
- Los cólicos son menos frecuentes cuando el bebé se alimenta exclusivamente con leche materna.

- Con leche materna el bebé pide comer más seguido, porque la digiere mas facilmente.
- El calostro es un laxante natural, por lo que el estreñimiento es muy raro en quienes lo reciben, siendo posible que el niño evacúe cada vez que se le dá pecho.

Ventajas para la madre :

- La capacidad de lactar, depende de la decisión de la madre ; no del tamaño del pecho o la forma del pezón.
- Mientras mas segura amamante, producirá más leche.
- Amamantar inmediatamente después del parto, ayuda a recobrar el tamaño normal de la matriz y a disminuir la pérdida de sangre.
- Ayuda a fortalecer la relación afectiva : Madre-hijo
- Las mujeres que amamantan tienen menos riesgos de padecer cáncer de mama y/o ovarios.
- La mujer que amamanta, no requiere de dietas especiales para adelgazar y recuperar su figura.
- El amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses posparto ayuda a espaciar los embarazos.

Ventajas generales de la leche materna.

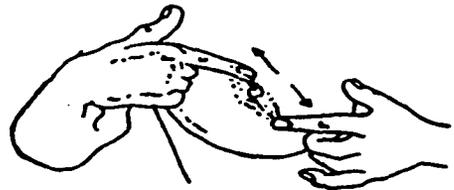
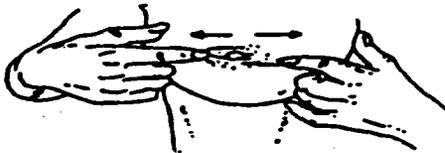
- Fácil de digerir
- Viene envasada de fábrica
- Está a temperatura ideal para el bebé
- No cuesta

- Ahora tiempo al no tener que preparar biberones
- Si se tiene que viajar no hay necesidad de cargar con leche y utensilios para alimentarlo

Para llevar a cabo con éxito las acciones mencionadas previamente, es necesario hacer una reflexión sobre la importancia de la lactancia materna a la futura madre y considerar en ella tres etapas : Prenatal, posnatal inmediata y posnatal tardía.

Manejo prenatal.- Iniciar con una primera pregunta : Como piensa alimentar a su futuro hijo ? Que saben sobre la leche materna ?. Posterior a esto, iniciar en forma sencilla una plática sobre anatomía y fisiología de la glándula mamaria y sobre la composición de la leche materna. Hacer revisión de los senos e identificar algunos tipos de pezones que pueden dificultar el amamantamiento, como : plano, invertido y semi-invertido ; los cuales hay que empezar a preparar desde el segundo mes de embarazo y en los pezones normales a partir del séptimo mes con los siguientes ejercicios :

- Poner un dedo índice a cada lado del pezón y estirar la areola en sentido horizontal y diagonal ; repetir durante un minuto tres veces al día (suspender si hay contracciones uterinas.)



- Lubricar índice y pulgar con lanolina, sujetar la base del pezón y rotar los dedos como dando cuerda a un reloj. Completar el masaje estirando el pezón hacia afuera.



- Otra forma de hacer que el pezón protruya, es perforando un brassiere en ambas puntas o bien mediante la utilización de pezoneras que se colocan directamente sobre el pezón y facilita la alimentación del niño.

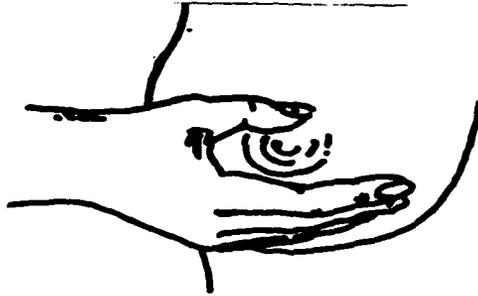


Etapa posnatal inmediata ; esta inicia inmediatamente posterior al nacimiento del niño, sea puesto en contacto completamente desnudo sobre el abdomen de la madre también desnudo para lograr en primer lugar que el niño se colonice con la flora bacteriana de la madre y de esta manera evitar que se contamine con bacterias intrahospitalarias, las cuales son mas agresivas y por otra parte fomentar la relación afectiva madre-hijo, de esta manera favorecer el alojamiento conjunto y el inicio de la alimentación al seno materno desde la primera media hora del posparto e iniciar con practicas sobre técnicas de amamantamiento, pero previamente la madre debe aprender los siguientes requisitos :

- Antes de iniciar la alimentación, corroborar que el niño tenga el pañal seco y limpio. Evitar arroparlo en exceso. Lavarse las manos con agua y jabón cada vez que vaya a amamantar a su hijo.
- Si lo amamanta sentada, debe colocarse al bebe completamente de lado, para que la cabeza, pecho, abdomen y rodillas estén frente a su cuerpo. La cabeza del bebé quedará en la curvatura del brazo sobre el codo, sosteniéndole con la mano sus nalguitas y acercándolo a su propio abdomen



- Sostén el pecho con la mano en forma de "C"



- Con el pezón, tocar el labio inferior del bebé y cuando abra muy grande la boca, introducir el pezón y la mayor parte de la areola dentro de ella.



- Si le hicieron cesárea, o sus pechos son grandes, puede sentarse en un sofá o en la cama y colocarse una almohada sobre su abdomen y piernas. Sostener la cabeza del bebé con la mano, así su espalda quedará sobre su antebrazo y las nalguitas del bebé descansarán sobre la almohada.



- Si está acostada, colocar al bebé frente a la madre, en su brazo inferior debe descansar la cabeza, la carita del niño debe estar frente al pezón, así con su mano en forma de "C" colocarlo en la boca. Colocar una almohada detrás del niño para que no ruede y se aleje del pecho.



- Para retirar al bebé del pecho y evitar que lastime, introducir un dedo limpio en la comisura de su boca, con lo que se rompe el vacío y, así el niño suelta el pezón.

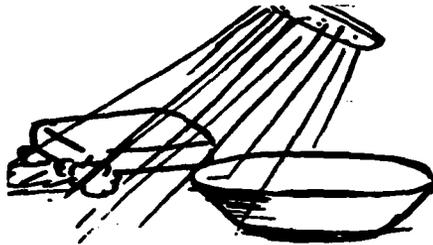


- Cuando el bebé termine de comer de su seno, se le levanta y apoya sobre su hombro y clavícula para extraerle el aire deglutido, mediante leves palmaditas en la espalda hasta su eliminación por la boca.



Etapa posnatal tardía : inicia cuando el niño llega a cada de sus padres "generalmente alrededor del tercer día".

- No olvidar que la alimentación al seno materno es a libre demanda, y que el bebé solicita alimento de 8 a 10 veces al día, ya que el vaciamiento gástrico ocurre cada hora y media a dos horas.
- El tiempo promedio de lactancia es de 10 a 15 minutos en cada seno y se deben alternar los senos cada vez que lo amamante iniciando con el que terminó la vez anterior. El tamaño del seno no es un factor determinante en la producción láctea, mantener a la madre en un ambiente afectivo, cálido, de tranquilidad y seguridad.
- Evitar en lo posible la alimentación simultánea con biberón.
- Entrenar a la madre trabajadora para seguir amamantando a su hijo al regresar a su trabajo mediante : extracción manual, conservación, transporte y administración de la leche materna.
- Preparación ; baño, lavado de manos, disponer de un recipiente previamente esterilizado, buscar un lugar cómodo y apropiado.



- Comenzar con un masaje en la parte superior del seno, usar un movimiento circular con los dedos en diferentes puntos de la mama, en forma espiral, hasta terminar en la areola ; después continuar con el otro seno, posteriormente hacer un masaje de arriba hacia abajo, como acarreado la leche al pezón, incorporarse hacia adelante y haga un ligero sacudimiento, así será más fácil que baje la leche.



- Colocar el pulgar y los dedos aproximadamente 3 ó 4 cms. detrás del pezón. Colocar el pulgar arriba y los dedos debajo del pezón.



- Empujar los dedos hacia la caja torácica, evitando separarlos, terminando con un pequeño giro en dirección del dedo pulgar.



- Repetir en forma rítmica nuevamente. Coloca los dedos, empuja hacia adentro y girar.... colocar, empujar y girar.... colocar, empujar y girar.



- Extraer la leche de cada pecho durante 5 a 7 minutos.
- Dar el masaje, el frotamiento y sacudir nuevamente los senos.
- Repetir.

ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE LA LECHE MATERNA

Utilizar un recipiente esterilizado, colocarlo en un lugar fresco y limpio. A temperatura ambiente , dura de 8 a 10 horas en óptima calidad. Refrigerada, dura un período no mayor de 48 horas (sacarla una hora antes y ponerla en baño maría, antes de consumirla). Congelada, dura hasta meses.

Ofrecerla al bebé utilizando cuchara y vaso pequeño. No usar biberón. Por último en el manejo posnatal tardío y para ayudar a las madres a mantener la lactancia materna, se requiere la formación de Grupos de Apoyo a la Lactancia, que consiste en : Lograr agrupaciones de madres lactando en algún punto estratégico donde orientarlas, resolver sus dudas y reforzar su decisión de seguir alimentando a su bebé con leche materna exclusiva. (15, 16).

PROYECTO HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

Plantea una serie de criterios para favorecer la lactancia exitosa, desde que la madre acude al control prenatal y especialmente cuando se encuentra en el puerperio inmediato en el Hospital.

Establece un modelo de atención hospitalaria para la madre y el niño que otorgue Servicios con calidad y calidez. Su eje fundamental es la Lactancia Materna y el Alojamiento Conjunto. (15, 16)

A continuación, describiremos las Diez Acciones de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna ; así como otras acciones que se llevan a cabo para mantener el bienestar tanto del niño como de la madre, redactadas por la OMS/UNICEF y en México adoptadas por la S.S. (Secretaría de Salud) :

ACCIONES DE PROMOCION, PROTECCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

- 1.- Normas y procedimientos por escrito.
- 2.- Capacitación al Personal
- 3.- Difusión de la lactancia a embarazadas.
- 4.- Iniciación de la lactancia, dentro de la primera media hora del post-parto.
- 5.- Enseñar a la madre como dar de mamar y como mantener la lactancia.
- 6.- Lactancia materna exclusiva.
- 7.- Alojamiento Conjunto.
- 8.- Apoyo a la lactancia, cada vez que el niño lo solicite.
- 9.- Erradicación de la lactancia artificial
- 10.- formación de Grupos de Apoyo a la lactancia.

ACCIONES DE ATENCION MEDICA

11.- Control prenatal con detección de embarazo de alto riesgo.

12.- Atención Institucional del parto

13.- Atención del puerperio.

ACCIONES PREVENTIVAS

14.- Esquema de vacunación.

15.- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años.

16.- Detección del cáncer cervico-uterino y mamario

ACCIONES EDUCATIVAS Y DE PROMOCION

17.- Orientación nutricional.

18.- Promoción y uso del Vida Suero Oral (VSO)

19.- Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas.

20.- Promoción de Planificación Familiar

21.- CAPACITACION

ACCIONES DE INVESTIGACION Y SISTEMATIZACION

22.- Estudios de mortalidad materna y perinatal.

23.- Sistematización de la experiencia

24.- Identificación de oportunidades perdidas.

25.- Investigación y sistematización

26.- Tamiz Neonatal.

27.- Atención al Adolescente

28.- Reanimación Neonatal.

OBJETIVO DE LA TESIS

Verificar el incremento de la prevalencia de la lactancia materna en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, a partir de que se inició la Campaña de Certificación como "HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE"

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, tipo encuesta en un grupo de 100 niños ; 50 nacidos durante el mes de enero y 50 niños nacidos durante el mes de marzo de 1996 en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), que cumplieron la edad de 3 y 6 meses al momento de iniciar dicho estudio.

Se elaboró un cuestionario a base de 20 preguntas, realizadas directamente a la madre del niño estudiado.

De las encuestas realizadas, el 50% fueron visitas domiciliarias y el 50% se llevaron a cabo en la Consulta Externa y de Urgencias de este Hospital.

De la encuesta realizada, se incluyó : edad del niño al momento de la entrevista, peso al nacimiento, tipo de nacimiento, alimentación a los 30 días de nacido, a los 3 y 6 meses, estado socioeconómico y cultural de los padres, antecedentes de lactancia humana o artificial, edad de inicio de la lactancia artificial y ablactación, quién la prescribió, antecedentes de control prenatal y si recibió información sobre lactancia materna durante el mismo. Se le revisaron los senos en dichas consultas. Conoce los Grupos de Apoyo a la Lactancia materna, y por último estado de salud del niño y causas de enfermedad.

Se realizó un corte a los 30 días, 3 y 6 meses.

**VARIABLES PARA EVALUAR LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS
NACIDOS DE ENERO A ABRIL DE 1996 EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL
ESTADO DE SONORA**

- 1.- Edad del niño :
- 2.- Peso al nacimiento :
- 3.- Parto o cesárea :
- 4.- Problemas al nacimiento :
- 5.- alimentación durante los primeros 30 días :
- 6.- Con qué lo alimenta actualmente ?
- 7.- Edad de la madre, gesta y estado civil :
- 8.- Antecedentes de lactancia humana o artificial :
- 9.- Escolaridad de la madre y del padre :
- 10.- Ocupación de la madre y del padre :
- 11.- En caso de lactancia artificial, ¿Cuándo la inició y cual fué la causa ?
- 12.- Quién la prescribió ?
- 13.- Que otros alimentos le ha dado y a que edad inició ?
- 14.- Recibió información sobre lactancia materna ?
 - a) Control prenatal.
 - b) Transparto (labor)
 - c) Posparto.
- 15.- Cuántas consultas tuvo durante su control prenatal ?
- 16.- En dichas consultas, le revisaron los senos : SI NO

17.- Sabe lo que es LACTATEL*? lo ha usado ?. Para que ? Como se atendió su duda ?

18.- Estado de salud del niño : ENFERMO SANO

19.- En caso de enfermedad : Causa

20.- Nivel socioeconómico :

* Servicio Telefónico a la Población abierta, que ofrece información sobre lactancia materna las 24 horas del día.

RESULTADOS

Se encuestaron 100 madres de niños nacidos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). De los cuales 47 fueron del sexo masculino y 53 del sexo femenino. De los 100 niños, 86 fueron eutróficos a su nacimiento con peso entre 2.5 y 4 kgs. Cuatro niños con peso inferior a 2.5 kg. Y 10 con peso superior a 4 kgs. Se revisó la edad al momento de la encuesta ; 46 tenían entre 3 y 4 meses, 4 entre 4 y 5 meses ; 41 niños : 6 meses ; 3 niños : entre 6 y 7 meses y 6 niños entre 7 y 8 meses (Gráficas 1 y 2)

En cuanto al tipo de nacimiento, 67 fueron por vía vaginas y 33 por operación cesárea ; de éstos 18 tuvieron algún problema al nacimiento, entre los que predominaron por orden de frecuencia : prematuridad, productos macrosómicos, asfixia neonatal y sufrimiento fetal agudo (SFA) (Cuadro No.1 y 2)

Cuadro No.1

TIPO DE NACIMIENTO DE LACTANTES EN EL HIES

Tipo	No.	%
Parto vaginal	67	67
Cesárea	33	33
"Problema al nacimiento"	18	18

Fuente : Cuestionario directo

Cuadro No.2

TIPO DE PROBLEMA AL NACIMIENTO

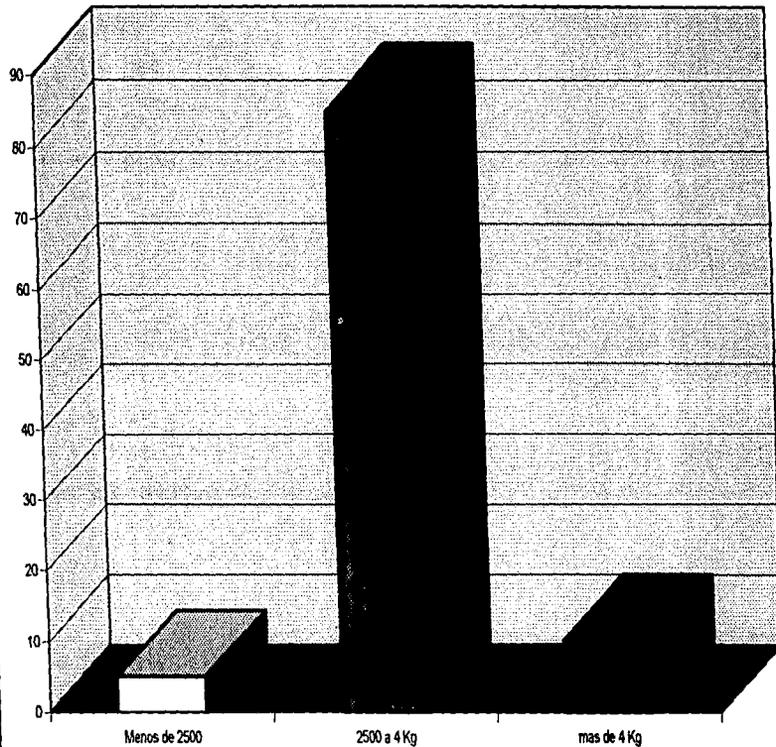
Tipo	No.	%
Prematurez	5	27.7
Macrosómico	3	16.6
Asfixia	2	11.1
Sufrimiento fetal agudo	2	11.1
Sangrado cordón umbilical	1	5.5
Ruptura prematura membranas	1	5.5
Ictericia	1	5.5
Hipoglicemia	1	5.5
Fetopatía toxémica	1	5.5
Circular de cordón	1	5.5
Total	18	99.5

Fuente Cuestionario directo.

En cuanto a los antecedentes maternos : El 75% con edad entre 16 y 30 años ; 21% con edades entre 31 y 40 años y el 4% restantes, entre edades inferiores a 15 años y mayores de 40. Estado civil : encontramos 63 casadas, 23 vivían en unión libre ; 10 solteras, tres viudas y una divorciada. Se revisó además paridad, encontrando 41 primigestas, 23 con 2 gestas, ; 6 con 3 gestas y 20 con 4 ó más gestas (Gráfica No.3, 4, y 5)

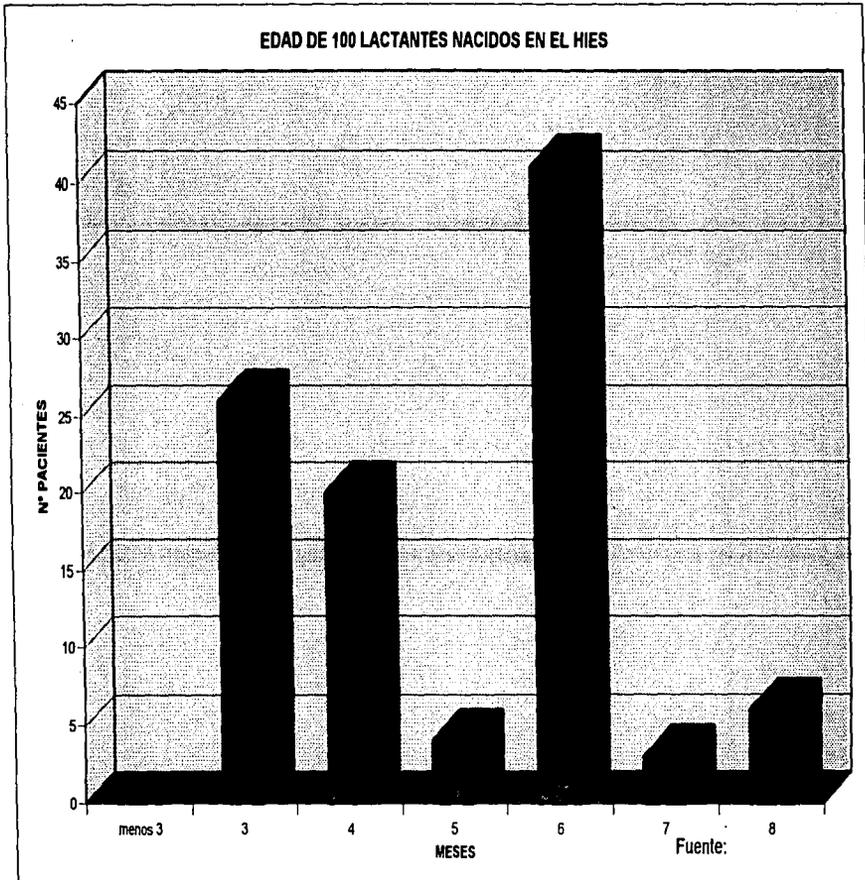
Gráfica No.1

PESO DE 100 RECIÉN NACIDOS EN EL HIES



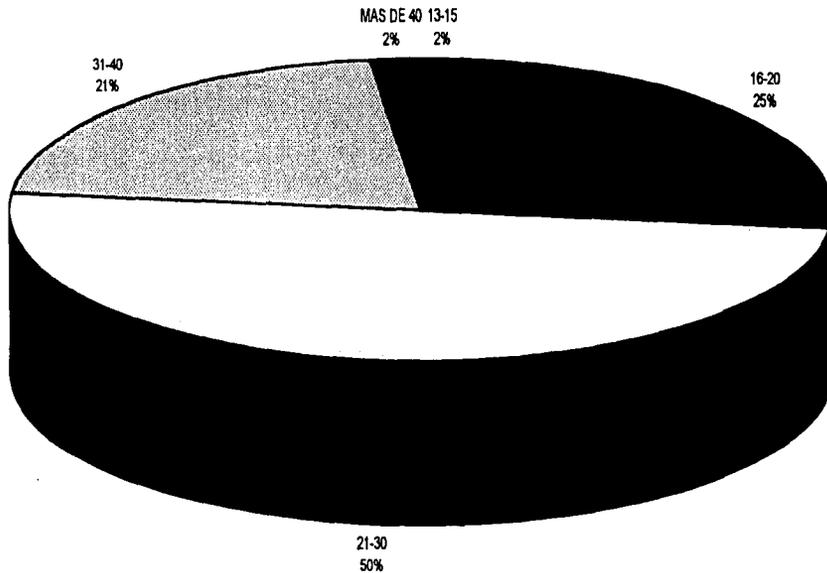
Fuente: Encuesta Directa

Gráfica No.2



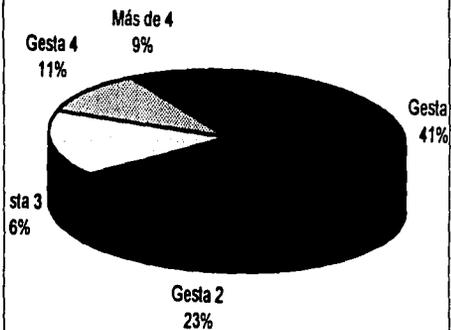
Gráfica No. 3

EDAD DE LAS MADRES DE 100 NIÑOS NACIDOS EN EL HIES
(Fuente: Encuesta Directa)



Gráfica No. 4

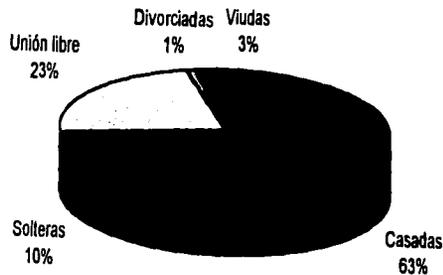
Número de gesta de las madres



Fuente: Encuesta

Gráfica No. 5

Estate Civil de las madres de 100 niños nacidos en el HIES

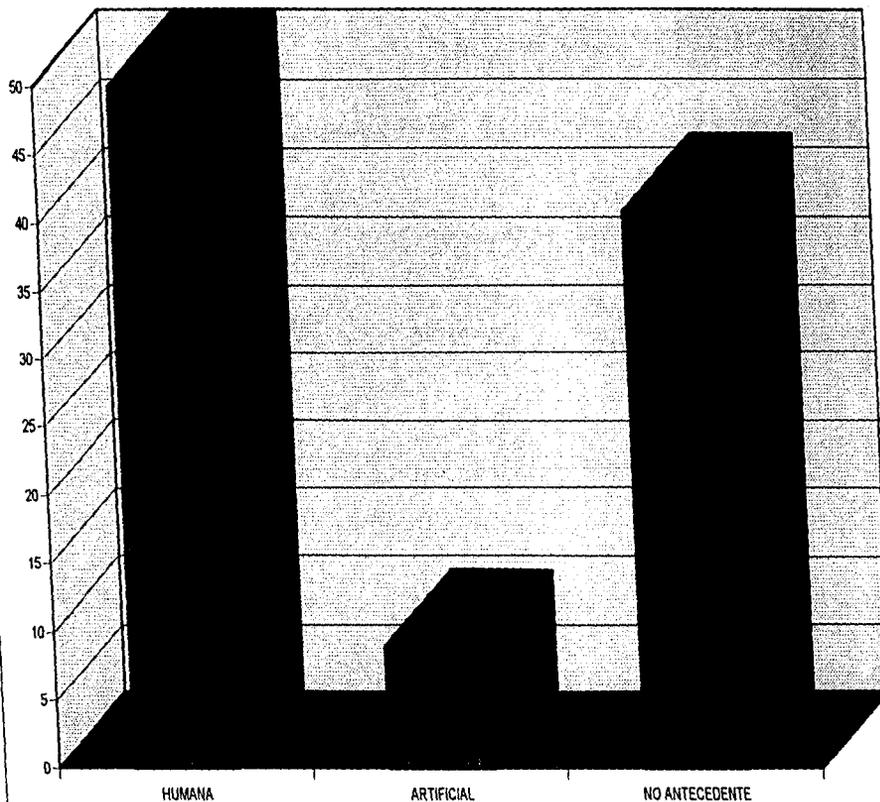


Fuente:

Se revisó sobre antecedentes de lactancia materna o lactancia artificial y encontramos el 50% con antecedentes de lactancia materna previa ; 9% con antecedentes de lactancia artificial y 41% no tenían ningún antecedente. (Gráfica No.6)

En cuanto al estado sociocultural y económico de los padres : 25 papás y 25 mamás habían cursado algún grado de educación primaria ; 44 mamás y 34 papás habían cursado algún grado de educación secundaria ; 27 mamás y 32 papás tuvieron estudios superiores y sólo una mamá y dos papás nunca fueron a la escuela. En cuanto a su ocupación actual : 80 mamás se dedicaban al hogar, 14 empleadas y 6 profesionistas ; de los papás : 61 empleados, 6 profesionistas, 7 desempleados y 26 con oficios diversos. Se investigó también la clase social, encontrando 63 con clase baja y muy baja ; 36 con clase media y uno de clase social alta. (Cuadro No.3 y 4)

ANTECEDENTE DE LACTANCIA HUMANA O ARTIFICIAL



Fuente:

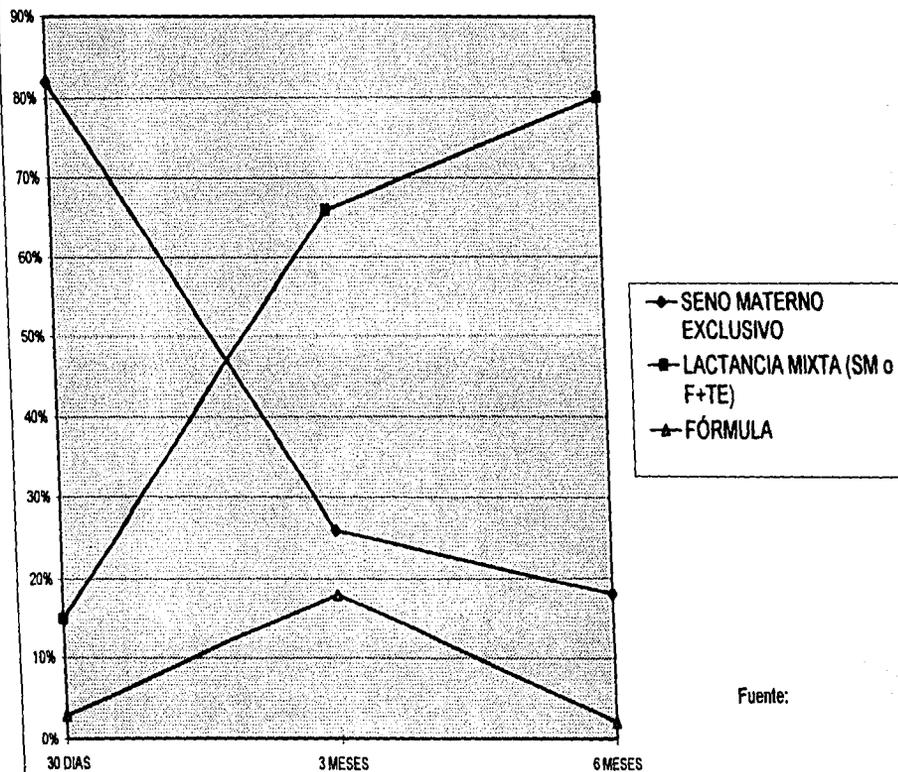
Cuadro No.3

**ESTADO SOCIOCULTURAL DE LOS PADRES DE 100 LACTANTES NACIDOS VIVOS
EN EL HIES.**

	Madre	Padre
a) Escolaridad		
Primaria completa	17	19
Primaria incompleta	8	6
Secundaria completa	33	32
Secundaria incompleta	11	2
Estudios Superiores	27	32
Escolaridad nula	1	2
b) Ocupación		
Hogar	80	0
Empleado	14	61
Profesionista	6	6
Desempleado	0	7
Otros	0	26
c) Estado Socioeconómico		
Alto	1	1
Medio	36	36
Bajo	59	59
Muy bajo	4	4

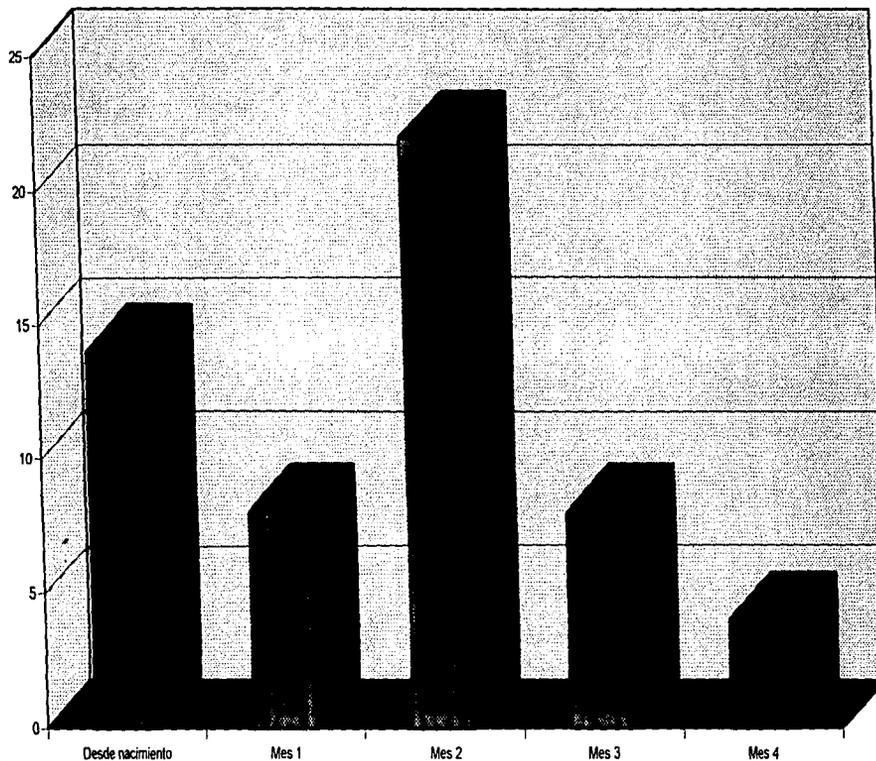
Se investigó el tipo de alimentación de los niños y, encontramos que el 82% eran alimentados con lactancia materna exclusiva a los 30 días de vida, disminuyendo a 26% a los tres meses de vida y a los 6 meses solamente el 18% eran alimentados con leche materna exclusiva ; en cuanto al tipo de alimentación mixta (SM o fórmula más algún té) el 15% a los 30 días de vida ; incrementando su utilización al 66% a los 3 meses de edad y al 80% a los 6 meses de edad ; en cuanto a los niños alimentados solo con fórmula fueron 3% a los 30 días de nacido, incrementando a 18% a los 3 meses y 2% a los 6 meses (Gráfica No.7) ; de los 100 niños, 56 iniciaron con lactancia artificial antes de los 4 meses y de éstos, 42 niños (75%) la iniciaron antes de los dos meses de edad (Gráfica No.8). Refiriéndose como causas principales de esto : Baja producción de leche o ausencia de ésta, trabajo de la madre, enfermedad materna o del niño, rechazo del bebé al pecho, entre otras (Cuadro No.5). Se investigó a la persona que prescribió las fórmulas, refiriendo el 62.5% por prescripción médica, 33.9% por autoprescripción y 3.5% por consejo familiar (Cuadro No.6)

TIPO DE ALIMENTACIÓN A LOS 30 DÍAS, 3 MESES Y 6 MESES DE 100 NIÑOS NACIDOS EN EL HIES



Fuente:

EDAD DE INICIO DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL EN 56 NIÑOS DURANTE LOS PRIMEROS CUATRO MESES DE VIDA



Fuente:

Cuadro No.5

CAUSAS DE INICIO DE LACTANCIA ARTIFICIAL, ANTES DE LOS CUATRO MESES

Causa	No.	%
Producción insuficiente (Falta de producción)	33	58.92
Madre que trabaja	7	12.50
enfermedad del niño	4	7.14
Enfermedad materna grave	4	7.14
Rechazo del bebé al pecho	3	5.35
Otros medicamentos	2	3.57
Embarazo materno	1	1.78
Drogadicción materna	1	1.78
Falta de succión	1	1.78
total	56	99.93

Fuente : Cuestionario directo.

Cuadro No. 6

QUIEN PRESCRIBIO LA LACTANCIA ARTIFICIAL

Prescripción	No.	%
Médico	35	62.50
Autoprescripción	19	33.92
Consejo familiar	2	3.57
Total	56	99.99

Fuente : Cuestionario directo

Se investigó sobre antecedentes de control prenatal a las madres, refiriéndose 70 madres con más de 5 consultas y 30 madres con menos de 5 consultas ; del total, sólo 31 madres refirieron haberseles hecho revisión de los senos durante dichas consultas. Del total de madres : 32 refirieron conocer el Servicio de LACTATEL y solamente 5 de haberlo usado para resolver alguna duda sobre lactancia materna, refiriendo respuestas satisfactorias (Gráfica No.9)

Se investigó a las madres si habían recibido algún tipo de información sobre lactancia materna ; 54 de ellas refirieron haber recibido información durante el control prenatal ; 46 de ellas negaron haber recibido información durante el control prenatal, durante el parto (TP), 73 refirieron haber recibido información y 37 no ; durante el posparto (PP) 68 refirieron haber recibido información, 32 no. (Gráfica No.10)

Se investigó si los niños habían cursado con alguna enfermedad desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta ; encontrando 52 niños sin antecedentes de

enfermedad y 48 niños habían cursado con alguna enfermedad, entre las que predominaron las infecciones de vías respiratorias en 26 niños (54%), gastroenteritis aguda en 16 niños (33.3%) y reflujo gastroesofágico en 2 niños (4.1%), entre otras. (Gráfica No.11 y Cuadro No.7)

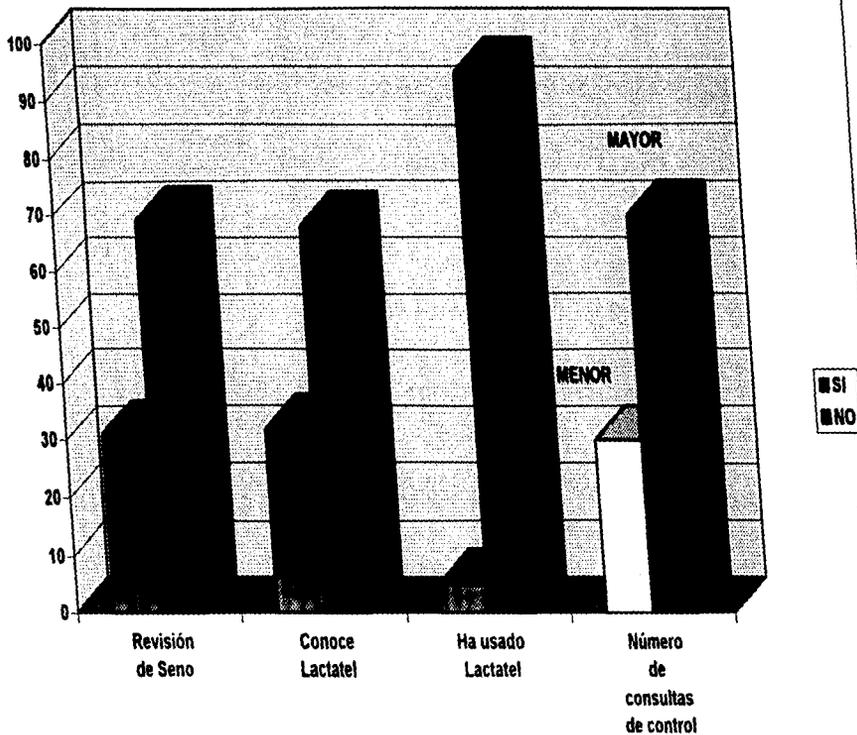
Cuadro No.7

CAUSAS DE ENFERMEDAD EN 48 LACTANTES NACIDOS EN EL HIES

Causa	No.	%
Infección respiratoria aguda	26	54.1
Gastroenteritis aguda	16	33.3
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	2	4.1
Meningitis	1	2.0
Otras	3	6.2
Total	48	100.0

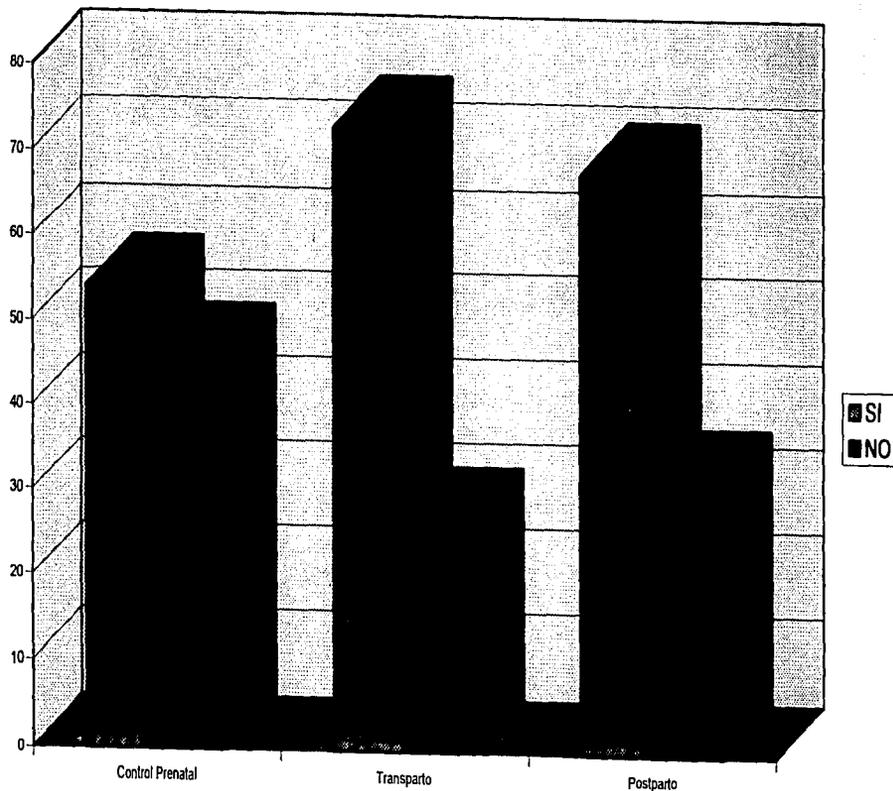
Fuente : Encuesta directa.

REVISIÓN DE SENOS, CONOCIMIENTO Y USO DE LACTATEL DURANTE EL CONTROL PRENATAL



Fuente:

INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA A LAS MADRES DE LOS 100 NIÑOS NACIDOS EN EL HIES

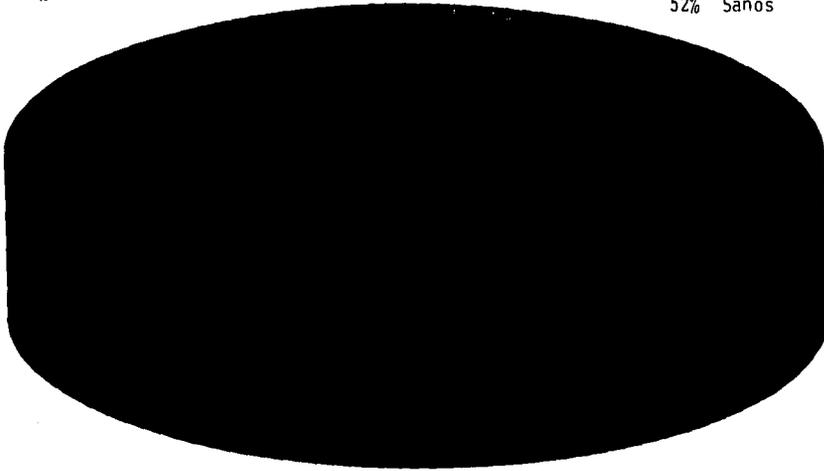


Fuente:

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE LOS NIÑOS NACIDOS EN EL HIES

48 % Enfermos

52% Sanos



Fuente: Encuesta

DISCUSION

La prevalencia de la lactancia materna en México, a mejorado los últimos 10 años ; a pesar de esto, tiene aún uno de los valores prevalentes más bajos entre los Países subdesarrollados y se sabe que más de la mitad de los niños mexicanos no reciben leche materna después de los 6 meses de edad y como se refiere en estudios previos, esta declinación de la lactancia materna es mas marcada en áreas urbanas que en las rurales (3). En nuestro estudio, el 82% de los niños eran alimentados con lactancia materna exclusiva a los 30 días de edad con una declinación a los 3 meses del 26% y 6 meses 18% ; lo que nos habla que el Programa "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" está funcionando adecuadamente. Durante el primer mes de vida del niño y como se aprecia en Gráfica No.8, más del 50% de los niños fueron destetados iniciando con fórmula antes de los 4 meses de edad, siendo el porcentaje más importante de la introducción de fórmulas antes de los 2 meses de edad, refiriendo como principales causas la ausencia o baja producción de leche, causas laborales de la madre, enfermedad materna y del niño y rechazo del niño al pecho; siendo estas causas similares a las referidas en varios trabajos previos (17, 18, 19) ; por otra parte estos mismos autores, refieren la participación del Médico en forma importante en la prescripción de fórmulas lácteas. En nuestro estudio el médico encargado de la consulta del niño prescribió el 62.5% del total de niños que iniciaron con fórmula, por lo que es importante recalcar que somos los Médicos los que no solo debemos estar totalmente convencidos de las bondades y ventajas que la leche materna ofrece, sino que tenemos además que saber transmitir y convencer sobre tal importancia a todas las

madres y de esta manera lograr en realidad una lactancia exitosa, como ya es referido por Lara Capetillo y cols. (20).

En cuanto al control prenatal de nuestras pacientes se reportó : 96 que sí llevaron control de su embarazo ; 70 de ellas, con más de 5 consultas y 26 con menos de 5 consultas ; y, sólo 4 no llevaron control de su embarazo. Como se puede apreciar es adecuado en cuánto a cantidad se refiere, pero hay que recordar de que está es la mejor etapa para motivar a la madre para que amamante a su hijo y en ésta la revisión, acondicionamiento y preparación de los senos para la lactancia es indispensable y en especial como lo refiere la literatura (11, 15) a aquéllos pezones que pueden dificultar el amamantamiento ; en nuestro estudio solo una de cada tres madres se les hizo revisión de los senos durante dichas consultas del control prenatal.

Un punto importante que hay que mencionar y que es base fundamental para lograr una lactancia exitosa como ya lo refieren desde los años 70s y 80s Puga TF, Espinoza MA y Ledesma Luján (5, 6, 7) en México es el Alojamiento Conjunto, y que como es referido además por otros Autores (21), se sugiere que el contacto entre madre e hijo no debe ser interrumpido desde la primera hora posterior al parto y asegurar la alimentación al seno materno.

En cuanto a la morbilidad, encontramos que 48 de los 100 niños estudiados, habían cursado con algún tipo de padecimiento desde su nacimiento y de éstos por orden de frecuencia predominaron las infecciones de vías respiratorias y gastroenteritis, lo que nos confirma lo ya referido en la Literatura, que el abandono temprano de la lactancia materna incrementa el riesgo de infecciones en el niño (11, 12, 17, 20) ; por su parte Howie PW y Cols, reporta que la alimentación con leche materna durante las primeras 13

semanas de vida, confiere al niño protección contra infecciones gastrointestinales que persiste más allá de este período (22).

En cuanto al estado sociocultural, se refiere la gran mayoría de los padres, habían cursado con educación primaria, secundaria y una de cada cuatro madres así como uno de cada tres papás habían cursado algún estudio superior, coincidiendo con los resultados de Santos Torres y Cols. (18) : a mayor escolaridad, menor tendencia a alimentar a sus hijos con leche materna ; tampoco hubo diferencias con este Autor en cuanto a estado civil y paridad de las madres con nuestro estudio.

Por último, es importante comentar que uno de cada tres de los niños nacidos en este Hospital, nacen por operación cesárea y la prematuridad es referida como principal causa de éstas.

Por otra parte en cuanto a la participación de Grupos de Apoyo se refiere : 31 madres conocen lo que es LACTATEL, y de éstas, sólo 5 lo habían utilizado para resolver diversas dudas sobre la alimentación al seno materno, lo que nos sugiere seguir fomentando la utilización de este Servicio de apoyo a la lactancia materna, del que ya hay evidencia desde los 70's en otras partes del mundo.

CONCLUSIONES

- 1.- La alimentación con leche materna en general, a mejorado en los últimos años.
- 2.- La lactancia materna exclusiva (LME) a los 4 a 6 meses es del 18% en niños nacidos en el HIES.
- 3.- Hace falta seguimiento y asesoramiento a las madres que están lactando a través de los grupos de Apoyo que ya existen.
- 4.- El control prenatal es adecuado en cuanto al número de consultas, sin embargo en éstas no se está llevando a cabo la revisión de senos para iniciar la preparación adecuada de éstos para la lactancia.
- 5.- Las principales causas de abandono de la lactancia materna referidas, fueron : producción insuficiente o falta de producción de leche, causas laborales de la madre, enfermedad materna o del niño.
- 6.- El 62.5% de las madres que iniciaron lactancia artificial, fué por prescripción médica, durante la consulta del niño sano.
- 7.- El abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, sigue siendo causa de incremento en la incidencia de enfermedades infecciosas.
- 8.- Uno de cada tres niños nacidos en el HIES, nace por operación cesárea y la principal causa es la prematurez.
- 9.- Es necesario realizar seguimiento de este tipo de estudios e incrementar la muestra del estudio, así como valorar resultados con aplicación estadística.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Vega Franco L. Antes y Después de Gerstenberger. Retos Tecnológicos en la Lactancia Artificial. Revista Mexicana de Pediatría. 1994 : 61 : 66-67
- 2.- Helsing E, Savage King F. Guía Práctica para una buena Lactancia. Editorial Pax México. 1983 : 17.
- 3.- Vázquez Garibay ME. Nutrición del Lactante y Preescolar en la Salud y la Enfermedad. Merk Línea Pediátrica Parte A. Libro 2 : 1996 : 13-19.
- 4.- Lawrence RA. Tratamiento, amamantamiento de la lactancia como Proceso Fisiológico. Clínicas de Perinatología. Ed. Interamericana 1987 : 1-10.
- 5.- Puga TF : Internación Conjunta Madre-Hijo y Lactancia Materna. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1979 ; 36 : 1025.
- 6.- Espinoza MA : Asistencia Simultánea Materno Infantil en el Hospital General de México de la SSA. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1979 ; 36 : 45.
- 7.- Ledesma Luján FX ; Chi Chan J ; Rodríguez Beas AR ; Zamora Vega I. Alojamiento Conjunto : Relación Intrahospitalaria Madre-Hijo en el Puerperio. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1983 ; 40 : 375-378.
- 8.- Isunza AO . El Abandono de la Lactancia Materna en México : I Tendencias Recientes. Rev. Invest. Clin. 1986 ; 38 (Supl) : 41-46.
- 9.- Cerqueira MA. Hábitos de Lactancia en México. Cuadernos de Nutrición. 1987 ; 10 : 33-38.

- 10.- Vega Franco L ; Alanis SE ; Iñárritu MC ; Garnica ME ; Spindel B. Influencias de la Alimentación al Seno y la Ablactación en el Estado de Nutrición de Niños Lactantes. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1984 ; 41 : 630-635.
- 11.- Vega Franco L. Temas Cotidianos sobre Alimentación y Nutrición en la Infancia. México. Méndez Cervantes, 1991 : 1-251.
- 12.- Garza C ; Schanler RJ ; Butte NF, Motil KJ. Propiedades Especiales de la Leche Humana. Clínicas de Perinatología. Amamantamiento. Ed. Interamericana. 1987 : 11-33
- 13.- Rivera Calimlir L. Importancia de los Medicamentos en la leche. Consideraciones Farmacocinéticas. Clínicas de Perinatología. Amamantamiento. Ed. Interamericana. 1987 : 53-72
- 14.- Icaza SJ, Behar M. Nutrición México. Interamericana. 1981 : 1-250
- 15.- Guía Práctica del Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Secretaría de Salud Pública. Hosp. Inf. Edo. Son. 1995 : 1-27
- 16.- Resúmen del Curso de Lactancia Materna Hospital Amigo del Niño. Hosp. Inf. Edo. Son. 1995 : 1-25
- 17.- Jiménez Guerra F, Román Pérez R. Alimentación, Morbilidad y Crecimiento en Infantes de un Grupo de Madres Primigestas. Salud Pública Mex. 1994 ; 36 : 399-407.
- 18.- Santos Torres I ; Vázquez Garibay E ; Nápoles Rodríguez. Hábitos de Lactancia Materna en Colonias Marginadas de Guadalajara. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. 1990 ; 47 : 318-323.
- 19.- Sotelo Cruz N ; Barragán Ortega LF : Patrones de Lactancia y Ablactación en el Primer Semestre de la Vida. Rev. Mex. Pediat. 1994 ; 61 : 83-87.

- 20.- Lara Capetillo MC ; Rodríguez Morán M ; Guerrero Romero JF. Lactancia Exclusiva al Seno Materno : Abandono e Incidencia de Enfermedades. Rev. Med. IMSS (Mex.) 1996 ; 34 : 49-53
- 21.- Righard L ; Alade MO. Effect of Delivery room Routines on Success of First Breast-feed. The Lancet. 1990 ; 336 : 1105-1107.
- 22.- Howie PW ; Stewart Forsith J ; Ogston SA ; Clark A ; Florey C Duv. Protective Effect of Breast Feeding Against Infection. By Med. J 1990 ; 30 : 11-16
- 23.- Naylor A ; Wester R. Consulta Profesional sobre Amamantamiento. Clínicas de Perinatología ; Amamantamiento. Interamericana. 1987 ; 1 : 35-40.
- 24.- Asselin BL ; Lawrence RA. Enfermedades Maternas a Considerar en el Tratamiento de la Lactancia. Clínicas de Perinatología. amamantamiento. Interamericana 1987 ; 1 : 73-89.
- 25.- Auerbach KG ; Gartner LM : Amamantamiento y Leche Humana : Su relación con la Ictericia del Neonato. Clínicas de Perinatología. Amamantamiento. Interamericana 1987 . 1 : 91-110.
- 26.- Coulter Mc.Bride M ; Coulter Danner S. Trastornos en la Succión en Lactantes con Dificultades Neurológicas : Evaluación y Facilitación del Amamantamiento. Clínicas de Perinatología. Amamantamiento. Interamericana 1987 ; 1 : 111-133.