

11226
39
31-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL AGUASCALIENTES

INCREMENTO PONDERAL OBTENIDO EN BASE AL TIPO DE
ALIMENTACION EN LACTANTES DESDE SU NACIMIENTO HASTA
LOS SEIS MESES OBSERVADO EN EL SECTOR 4 DE LA
CLINICA HOSPITAL ISSSTE AGUASCALIENTES.

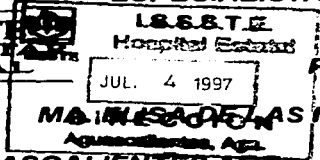
UNIDAD MEDICA
JEFATURA DE INVESTIGACION

Libro No. 1 Hoja 53

Folio No. 27/53

Fecha de Expedición
7-VII-97

TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:

MA. MISA DE LAS NIEVES FRANCO CLEVINGER

AGUASCALIENTES AGS.

1 DE ENERO DE

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.


11226 39
21

INCREMENTO PONDERAL OBTENIDO EN BASE AL TIPO DE ALIMENTACION EN LACTANTES DESDE SU NACIMIENTO HASTA LOS SEIS MESES OBSERVADO EN EL SECTOR 4 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE AGUASCALIENTES

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MA ELISA DE LAS NIEVES FRANCO CLEVINGER.


DR. J. ROBERTO JAIME MENDEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN I.S.S.S.T.E. AGUASCALIENTES.


DR. AMBROSIO PERALTA TORRES
ASESOR DE TESIS.


DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM
ASESOR DE TESIS.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

AGUASCALIENTES 1 DE ENERO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1997

**INCREMENTO PONDERAL OBTENIDO EN BASE AL TIPO DE
ALIMENTACION EN LACTANTES DESDE SU NACIMIENTO HASTA LOS
SEIS MESES OBSERVADO EN EL SECTOR 4 DE LA CLINICA HOSPITAL
ISSSTE AGUASCALIENTES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MA. ELISA DE LA NIEVES FRANCO CLEVINGER

A U T O R I Z A C I O N E S :



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**



**DR. ARNULFO TRIGO Y EN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**



**DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

DEDICATORIA.

**A DIOS Y A MIS PADRES POR DARMÉ LA VIDA Y POR BRINDARME ESTA
OPORTUNIDAD.**

A MIS HIJOS

**MARÍA ELISA, ROBERTO, TERESITA ELIZABETH POR SU APOYO, AYUDA Y
COMPRESIÓN PARA QUIENES HE DADO MI MAS GRANDE ESFUERZO Y CON
EL DESEO DE SUPERARNOS A CADA DÍA CON AMOR Y CARIÑO**

**AL M.C. JUAN ZARAGOZA ALMARAZ POR
EL APOYO BRINDADO EN LA REALIZACIÓN DE LA PRESENTE.**

GRACIAS.

A G R A D E C I M I E N T O

AL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LO TRABAJADORES DEL ESTADO CLÍNICA HOSPITAL AGUASCALIENTES. POR LA OPORTUNIDAD QUE NOS HA CONCEDIDO AL LOGRAR METAS DE SUPERACIÓN Y HACER DE SU PERSONAL MEDICO MAS HUMANO Y COMPETITIVO EN FAVOR DE NUESTROS SEMEJANTES.

A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO PORQUE HA CONFIADO EN NOSOTROS OTORGÁNDONOS TODAS LAS FACILIDADES REQUERIDAS EN NUESTRA FORMACIÓN PROFESIONAL

A LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CATEDRÁTICOS DEL GRUPO QUE CON PACIENCIA Y DESINTERÉS NOS TRANSMITIERON SUS CONOCIMIENTOS PARA HACER DE NOSOTROS MAS PROFESIONALES

AL DR. AMBROSIO PERALTA TORRES QUE GENTILMENTE ACCEDIÓ A LA CONDUCCIÓN DEL PRESENTE TRABAJO Y QUE CON SUS SABIOS CONSEJOS ME PERMITIERON RATIFICAR ACIERTOS Y CORREGIR ERRORES.

A MIS AMIGOS LUPITA Y RAÚL POR SU AMISTAD Y BUENA DISPOSICIÓN BRINDADA EN TODO MOMENTO

A MIS COMPAÑERAS DE GRUPO POR EL ESTIMULO Y AYUDA EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES Y HACER MAS GRATOS NUESTROS RATOS DE CONVIVENCIA

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
TITULO.....	i
ÍNDICE GENERAL.....	vi
MARCO TEÓRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
JUSTIFICACIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	20
METODOLOGÍA.....	21
RESULTADOS.....	25
ANÁLISIS.....	39
CONCLUSIONES.....	44
AUTOCRÍTICA.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	52

MARCO TEÓRICO

El amamantamiento y sus consecuencias, permite afirmar que por lo menos durante los tres primeros meses de la vida, el alimento más apropiado deseable es la leche materna. A tal edad y a pesar de todos los adelantos en tecnología alimentaria y pediatría, ningún alimento la reemplaza con ventaja.

Los errores que pueden cometerse con la alimentación al seno son mínimos si se le compara con los que se comentan con la llamada alimentación artificial, de modo que ésta nunca podrá verse como la mejor en el contexto de un desarrollo humano pleno. Sin embargo, tampoco puede olvidarse que una madre "buena y competente" es ante todo una persona, capaz de dar a su hijo el apoyo adecuado y amoroso que necesita, sin que tenga que ofrecerle el pecho si esto no es posible por razones fisiológicas o fisiopatológicas de la madre, o aún por razones psicológicas o sociales.

Por lo cual es importante la realización del presente estudio para conocer en nuestro medio dichas condiciones y reforzar lo que sea necesario para llevar a cabo dicho programa de Alimentación al Pecho Materno en el Recién Nacido hasta los 6 meses.

Desde tiempos antiguos la alimentación materna se ha considerado como el método ideal para la alimentación de los niños(1,2). Tanto el Corán como el Israelí bíblico recomiendan la alimentación materna durante dos años. La alimentación materna prolongada, incluso durante más de cinco años, también fue practicada, entre los indios y hasta fechas recientes entre el pueblo esquimal y chino(3). Entre

las naciones del tercer mundo la alimentación materna todavía desempeña un papel importante en la supervivencia, pero incluso en esos lugares, los nuevos valores sociales extendidos por medio del crecimiento, de la urbanización y los sistemas de comunicación han provocado un descenso en la alimentación materna en favor de alimentos más costosos y "modernos".(6,23,35).

La lactancia materna parece estar en retroceso en muchos países en desarrollo, bajo la influencia de las prestiones comerciales, el uso de leche en polvo y biberones en los hospitales y la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, que en conjunto contribuyen a difundir la alimentación con biberón como una alternativa atractiva(7,13,14,17,23 y 45). El retroceso experimentado también es debido a que los hospitales desaconsejan la lactancia natural y la publicidad que presentan a la lactancia artificial como el procedimiento más moderno(7,14,24, y 45). Hace cinco años,

se ofreció a miles de hospitales de todo el mundo la posibilidad de exhibir una placa en la entrada principal que lo identificaría como Hospital Pro Lactancia Moderna. La propuesta es la más reciente iniciativa de una campaña de 10 años de duración para contrarrestar la tendencia mundial en favor de la lactancia artificial(39). Muchas mujeres del mundo en desarrollo no dan a luz en los hospitales y las que lo hacen no suelen prolongar su estancia más de 48 hrs.,(7,14). Las madres necesitan el apoyo de los hospitales para ofrecer a sus hijos las mejores condiciones durante los primeros días de vida, pero para poder continuar la lactancia materna, también se necesita el apoyo de sus empleadores y sindicatos de sus comunidades y de su propia pareja(14,29,30,31,38,46).

La OMS y UNICEF establecieron hace 10 años un CÓDIGO DIETOLOGICO para la comercialización de sucedáneos, la finalidad era la prohibición de todo

tipo de publicidad y de distribución gratuita de preparados de leche en polvo destinados a las madres(14,17 y 18).

En las áreas rurales, el destete no principia hasta bien avanzado el segundo semestre de vida y puede prolongarse hasta dos años o más. En las comunidades urbanas, por otra parte, existe una tendencia para iniciar el destete cuando el lactante tiene pocas semanas de vida.(15,366).

Después de 1930 se presentó una disminución progresiva del amamantamiento (15). Todo ser viviente requiere como elemento indispensable para poder vivir alimento, por medio del cual, el organismo adquiere las sustancias nutritivas que son indispensables para el funcionamiento de las estructuras que permiten conservar la vida, crecer y reproducirse, conservando así la especie.

Para lograr una mejor alimentación neonatal es necesario que coincidan por lo menos tres factores, una parte de leche materna, capacidad del recién nacido para succionarla y deglutirla, y un aparato digestivo sano capaz de digerir el alimento; para que la confluencia de estos aspectos dé por resultado un niño en proceso de crecimiento y desarrollo normales, se requiere además una favorable disposición psicológica y familiar(24), con el requerido adiestramiento (30,31,38).

SITUACIÓN INTERNACIONAL.

El mundo tiene aproximadamente 4,500 millones de habitantes de los cuales 1,500 millones son menores de 15 años, en el año 2000 habrá 500 millones más de niños, cada año nacen 120 millones de los cuales el 85% viven en países

subdesarrollados. Antes de cumplir un año de edad el 10% de estos niños muere y otro 4% muere antes de cumplir los cinco años de edad⁽⁸⁾. En un análisis de las causas de muerte de 35,000 niños latinoamericanos menores de cinco años, se encontró que la desnutrición calórico-protéica es la causa directa del 57% de las defunciones y la diarrea del 30% ⁽⁸⁾, las enfermedades infantiles más comunes y en particular la diarrea, el sarampión, la tosferina y otras infecciones respiratorias dejan sin apetito al niño y reduce la cantidad de alimento digerido, cada enfermedad inhibe la absorción del alimento, consume energía y provoca una pérdida de nutrientes a través de la diarrea y vómito. Cada día de diarrea aguda puede reducir en un 20% el peso de un niño de corta edad, el sarampión puede reducir el peso corporal en un 7% en pocos días ^(13, 16).

En la mayoría de los casos, los niños alimentados con leche materna tienen mucho menos probabilidades de enfermar, especialmente cuando ingieren calostro y cuando son alimentados exclusivamente con leche materna durante sus primeros cuatro a seis meses de vida^(7,37 y 42). Hay pruebas de que entre los lactantes amamantados, las tasas de morbi-mortalidad por diarrea son menores en relación a los lactantes no amamantados^(7, 16,29,37). Los niños alimentados con biberón contraen más enfermedades y tienen un riesgo hasta 25 veces mayor de morir en la infancia en relación a los niños alimentados exclusivamente con leche materna, incluso durante los primeros meses de vida, si la alimentación materna se combina con sucedáneos el riesgo de morir se eleva hasta diez veces ^(7,13 y 14). Al analizar nueve estudios llevados a cabo a principios de este siglo, procedentes de cinco países, se comprueba que existe un aumento del 9% al 25% en la tasa de supervivencia en caso de diarrea en recién nacidos alimentados con leche materna durante los primeros seis meses de vida en comparación con los casos de diarrea en niños alimentados con biberón y dependiendo esto de la exclusividad de la alimentación al pecho materno o si fue combinada con sucedáneos⁽⁷⁾. Datos obtenidos en Bangladesh sugieren que la lactancia natural

prolongada puede proteger contra las enfermedades diarreicas y disminuir su letalidad hasta casi al final del tercer año de vida (16). Los estudios realizados en Brasil y el Filipinas, a finales de la década de los ochentas, muestran la forma similar, que los recién nacidos alimentados con leche materna corren menos riesgo de morir a causa de una enfermedad diarreica o de enfermedades respiratorias que los recién nacidos no alimentados con leche materna(7).

Se encontró que los lactantes nacidos con bajo peso ya sea por parto prematuro o como resultados de desnutrición fetal, tiene mayor riesgo de morir en relación con los nacidos con peso normal(8). La mortalidad del recién nacido con bajo peso se encuentra relacionada no sólo con el peso al nacer sino también con el periodo de gestación reducido, aceptándose que a igual peso el pronóstico es mejor para los que poseen mayor tiempo de gestación (9). El recién nacido con bajo peso se observa más a menudo en grupos socioeconómicos inferiores, en el primer parto, en mujeres jóvenes en el parto que acontece después de múltiples embarazos, en el procedente de ciertos grupos raciales, al igual que cuando el producto es de sexo femenino o nacido de embarazo múltiple(8,9). En condiciones óptimas, en Europa y Norteamérica, los pesos normales de los niños de ambos sexos se encuentran entre 3.0 a 3.3 Kg. Las madres de clases socioeconómicas bajas dan a luz a niños de bajo peso (8 y 36). Según estimaciones de OMS, podrían salvarse en conjunto más de un millón de vidas infantiles cada año si todas las madres alimentasen sólo con leche materna a sus hijos durante los primeros seis meses de vida(14). En países subdesarrollados, bajo condiciones adecuadas, la leche materna mantendrá por sí solo el crecimiento normal durante los primeros cuatro a seis meses de vida (15). El mayor riesgo tendrá lugar cuando el peso al nacimiento sea de 1,500 gr. más o menos(9). Como en otros países la lactancia natural es un tema importante de salud pública, porque desempeña una función fundamental en el bienestar físico y emocional de la madre y del niño(18).

Datos recientes indican que todavía existen muchos problemas que resolver en el campo de la lactancia materna.

La tasa de lactancia materna en Puerto Rico notificada recientemente fue de 38.3% y en Jamaica del 56% en las zonas urbanas y de 76% en las rurales(18). Las tasas de lactancia natural de las mujeres de Montserrat, son más altas que las observadas en América Latina y en varios países de Caribe con una media de edad de los lactantes en el momento del destete fue de 3.6 meses(18). Alrededor del 90% de las mujeres de los países en desarrollo amamantan a sus hijos inmediatamente después del parto, en Asia y África el porcentaje es un poco mayor del 90% y en América Latina y el Caribe del 85%, y la lactancia natural dura más tiempo (11 meses promedio), más o menos el 70% de los niños Asiáticos y Africanos de seis meses de edad todavía se alimentan al pecho materno, en cambio, en América Latina y el Caribe, la lactancia dura de dos a seis meses en promedio, y sólo del 35% al 60% de los niños siguen recibiendo leche materna a los seis meses de edad. A pesar de sus grandes virtudes la lactancia materna está disminuyendo en incidencias y duración especialmente entre las mujeres ciudadinas y de más alto nivel educativo aunque ésta tendencia varía de acuerdo con el país o la región en los países en desarrollo, sobre todo los de América Latina, las mujeres están abandonando o acortando la lactancia materna, en las ciudades de Sao Paulo, Panamá y San Salvador, por ejemplo, menos del 5% de las mujeres amamantan durante seis meses o más, en el estado Sao Paulo, las mujeres que amamantan a sus hijos un mes como mínimo, constituye menos del 50%. Un estudio realizado en el sur de Brasil, reveló que en 1940, el 98% de los lactantes se alimentaban al pecho materno casi exclusivamente; en 1974, ésta cifra ascendía a solo el 76%. El porcentaje de mujeres que seguían amamantando hasta los seis meses disminuyó de 60% al 12%, estas tendencias alarmantes perjudican la salud infantil y disminuye el intervalo entre las

gestaciones (23, 37 y 41).

En Estados Unidos de Norteamérica la leche materna representa el 20% y las fórmulas alrededor del 35% de la ingestión calórica durante el primer año de vida, sólo el 20% de los lactantes se nutren exclusivamente con leche materna más allá de los tres meses de edad(2).

Las tareas rutinarias en los hospitales y otras prácticas de atención influyen en la decisión de las mujeres de amamantar o no a sus hijos, la información y las prácticas incorrectas de la lactancia materna se dan con demasiada frecuencia entre profesionales de la salud en el hospital. Un estudio en Jamaica mostró que entre aquellas mujeres cuyos niños fueron alimentados con biberón además de lactancia materna en el hospital, sólo el 5% practicaron la lactancia materna exclusiva en casa, existen hospitales en los que se estimula la lactancia materna un proyecto de Costa Rica en el que las madres y sus recién nacidos ocupaban la misma habitación res un notable incremento en la duración de la lactancia y además aumentó a un 40% el número de madres que amamantaron a sus hijos por un periodo de ocho a once meses. El proyecto PROALMA en Honduras en el que las madres ocuparon la misma habitación la duración media de la lactancia materna aumentó de seis meses en 1982 a más de un año en 1989 y en el uso de fórmulas descendió significativamente, en Honduras se combinaron tres factores que produjeron un aumento importante en la duración de la lactancia materna en la década de los ochentas; un programa de apoyo a la lactancia establecido en hospitales, una campaña de los medios de difusión en forma masiva y un aumento notable del costo de los productos sustitutos de la leche materna(7,35).

SITUACIÓN NACIONAL

En México la poca popularidad que tiene la lactancia materna constituye un problema de salud pública, ya que están ampliamente comprobados los beneficios inmunológicos y nutricionales de la leche materna y el efecto benéfico que ejerce ésta en el espaciamiento de los nacimientos (37, 42, 43 y 41), y en la disminución de la morbi-mortalidad de los grupos desfavorecidos en el mundo en desarrollo(19). Dos de los informes de la OMS han sugerido mayores tasas de lactancia materna en zonas rurales en relación a las urbanas (2,12).

Las estadísticas de morbi-mortalidad infantiles, correspondientes al primer año de vida muestran de un modo fehaciente mayores índices en niños alimentados con leches artificiales, en tanto que la observación práctica y común de aquellos que toman leche materna generalmente se enferma con poca frecuencia y cuando ello ocurre habitualmente el pronóstico es benigno y el tratamiento fácil(1). Cálculos comprobados demuestran que la duración media de la lactancia en México fue de 8.7 meses en 1976 y de 8.6 meses en 1987. Encuestas nacionales entre 1976 y 1979, indicaron que a los seis meses de parto la lactancia tenía una prevalencia del 50% a 52% en estudios llevados a cabo en la época de los ochentas estas tasas variaron entre el 12% y el 49%, en los sesentas, las tasas de prevalencia observadas seis meses después del nacimiento fueron del 62% al 98% en el medio rural, mientras que en décadas posteriores las cifras oscilaron entre el 47% y el 99% los escasos estudios han notificado las tasas de lactancia materna completa sugieren que la alimentación al pecho en los niños mexicanos suele acompañarse de la administración de sucedáneos lácteos(19).

Los trastornos de la nutrición no se limita a los niños que viven en zonas de hambruna e inanición, deficiencias y excesos en la ingesta de alimentos son problemas frecuentes entre los lactantes y niños de México y Estados Unidos de Norteamérica,

como lo demuestra la ocurrencia de anemia ferropénica y obesidad infantil respectivamente; más aún son comunes los síndromes de deficiencia nutricionales específicas en recién nacidos de bajo peso, niños con malformaciones congénitas lactantes alimentados al pecho por madres vegetarianas estrictas, y niños hospitalizados con cuadros agudos o crónicos de trastornos multisistémicos que requieren cuidados intensivos(2). Algunas observaciones ubican conservadoramente a la prevalencia de bajo peso al nacer en 6.5% aunque se considera que la cifra real es desconocida(20).

SITUACIÓN LOCAL.

En Aguascalientes se lleva a cabo el programa estatal Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna, siendo uno de sus objetivos fundamentales el de fomentar la alimentación al pecho materno desde el postparto inmediato, evitando la malnutrición el uso indiscriminado de sucedáneos de la leche y las infecciones cruzadas. En el Hospital General de Pabellón de Arteaga, Rincón de Romos, y el Hospital Estatal de Gineco-obstetricia de Jesús María está implantando éste programa, denominados a cada uno de ellos HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE. A pesar de ello no se cuenta con estadísticas reales y confiables acerca de la prevalencia y duración de la alimentación al pecho materno.

En las clínicas de IMSS sí se lleva a cabo dicho programa, pero en la Clínica Hospital del ISSSTE se recomienda dicho programa pero aún se le ofrece fórmula a los recién nacidos y no se encuentran en la misma habitación la madre y el recién nacido, sólo al sugerirle a la madre que es buena la lactancia materna se le solicita si desea

pasar a cuneros para ofrecer lactancia, lo cual no es obligatorio sino opcional y cómoda la decisión que de la madre.

GENERALIDADES.

Según declaraciones de OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en su reunión conjunta sobre la alimentación de lactante y el niño pequeño, celebrada en 1979, " La Lactancia Materna " forma parte integral del proceso reproducido, en la forma natural e ideal de alimentar al lactante y constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño. Consecuentemente, la instauración temprana de esa práctica, que la OMS recomienda mantener salvo situaciones excepcionales hasta los seis meses de vida resulta crucial (2 y 21). La lactancia es el acto de lactar, verbo que se refiere tanto a amamantar "criar con leche" como alimentarse con leche, en otras palabras, en la lactación hay por lo menos dos protagonista; la madre y la cría; ambos lactan y de ambos se dice que son lactantes, el período de la vida en que la madre o cría practican la lactación se conoce como lactancia (3). La lactancia materna es la alimentación habitual y constante en nuestro medio, es indiscutible el valor que ella tiene para los niños dentro de los primeros seis meses de vida, ya que la leche materna es el alimento biológico, homólogo de la misma especie, estéril, completo que mejor puede ofrecerse a los recién nacidos. (1.11.13.14.25.29.30.33.42 y 47).

Los primeros 3 ó 4 días después del parto, los senos producen una secreción amarillenta llamada calostro, ésta, además de ser nutritiva, ayuda a desarrollar defensas contra muchas enfermedades infecciosas, ayudándole al recién nacido a fortalecer sus sistema inmunológico(3,4,5,11,37 y 47). Al quinto y sexto día del nacimiento, la madre empieza producir la leche propiamente dicha (15). Una alimentación adecuada es

fundamental para fomentar el normal crecimiento de los niños, los lactantes que crecen con rapidez, los niños y adolescentes en proceso de maduración tienen requerimientos específicos de macronutrientes y micronutrientes(2,42 y47). La nutrición juega un papel fundamental en el crecimiento y la maduración en la cambiante composición del organismo. El crecimiento y maduración se inicia en el momento de la concepción y cesa con el fin de la pubertad(2 y10). La importancia de la leche materna en la nutrición radica en su composición única y en su alto valor nutritivo que favorece el crecimiento durante los primeros meses de vida. Los niños prematuros y los que nacen con bajo peso necesitan el alimento que proporciona la leche materna, ya que ésta se adapta fisiológicamente y cambia con el tiempo para atender las necesidades de éstos niños y de los recién nacidos(7,43 y 47). El peso del lactante al nacer es importante que determina su capacidad para adaptarse a un nuevo medio ambiente y desarrollarse de manera adecuada(8).

En la clasificación Internacional se define como " Peso Bajo al Nacer" al peso menor de 2.5 Kg. las razones principales de peso bajo al nacer son: en primer lugar el parto prematuro y en segundo lugar crecimiento fetal retardado(8 y 12), durante mucho tiempo se empleó la definición Internacional de prematuros, que utilizaba la base del peso al nacimiento calificando como prematuro a todo niño recién nacido vivo con peso al nacer de 2,500 gr. o menos(8 y 9), sin embargo la aplicación de este criterio se oscureció ya que no siempre constituye el peso al nacimiento una medida válida para determinar la duración del embarazo puesto que un período de gestación normal puede corresponder a un niño de bajo peso y un producto de menos de 37 semanas de gestación puede nacer con un peso mayor; basándose en ello se recomendó que el término de permutares fuera sustituido por el de "Bajo peso al nacimiento", a manera de englobar dentro de este concepto a todos aquellos sujetos con peso al nacimiento por abajo o igual a 2,500 gr., reservando la denominación de prematuros para los que con estas características generales, hayan nacido antes de las 37 semanas de gestación (9 y

12). El peso de un recién nacido oscila entre los 2.5 a 4.0 Kg., es normal que durante los primeros días pierda entre 100 y 300 gr. de su peso inicial, lo cual recupera al cabo de una semana, a partir de ahí deberán aumentar de peso en forma regular durante los primeros meses de vida(5,8,10,48), pero la velocidad en el incremento ponderal disminuye hacia el final del primer año de vida (5). Se dice que después de la pérdida que se observa en la primera semana de vida, el niño, durante los primeros meses de edad, en promedio gana 750 gr./mes, en los siguientes cuatro meses 500gr/mes y de los 8 meses a los dos años 250gr/mes(10). tal vez sea correcto la afirmación de que a los cuatro meses de vida el niño duplica el peso que tenía al nacimiento y lo triplica al cumplir un año de edad(5,10 y 48).

La talla de un niño al nacer es de 47 a 53 cm. (5 y 48) en promedio 50 cm aproximadamente (8,10 y 48), la longitud aumenta durante el primer año de vida de 22 a 35 cm.(5,8,10 y 48). 4 cm. en el primer mes, de tres y medio a cuatro en el segundo mes, tres en el tercer mes, dos en el cuarto, quinto y sexto mes y posteriormente alrededor de un cm. por mes, el crecimiento y desarrollo son elementos esenciales para la vida y en buena parte requiere del aporte adecuado de nutrientes, el crecimiento puede definirse como aposición de material al protoplasma y se logra el aumento de tamaño por la multiplicación celular, pero al mismo tiempo que es un fenómeno biológico es una forma de movimiento a la que puede describirse una dinámica, una energética y una cinemática. La primera estudia las fuerzas genéticas, neuroendocrinas o ambientales que lo determinan, la energética se refiere a los requerimientos de materia y energía que el fenómeno lleva implícito y, por último la cinemática del crecimiento se preocupa de la forma en que éste se realiza(10). Los niños alimentados con leche materna tienen menos probabilidades de sufrir desnutrición. Hoy día no existe ningún producto sustituto que proporcione las mismas sustancias nutritivas que la leche materna, la cual ofrece el

mejor equilibrio de proteínas, estimulantes del crecimiento y otras sustancias nutritivas necesarias para el sano desarrollo físico y mental del niño(7 y 47).

LA LECHE MATERNA Y SU VALOR

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.

La leche materna es un líquido homogéneo, blanco azulado, tibio de olor característico, opaco, de sabor dulce con un pH de 6.8 a 6.9, con peso específico de 1.026 a 1.034(1 y 11). Según la edad que va teniendo el lactante se considera para la composición química y valor energético de la leche materna diferentes etapas que la diferencian ligeramente(1). La fisiología distingue cuatro etapas:

La etapa inicial en que se produce calostro.

La etapa de transición en que se produce leche temprana.

Una etapa de estabilización donde se produce leche madura y

Una etapa reproductora de leche tardía(1 y 3).

La composición química de la leche materna ofrece variaciones que dependen de diversos factores: nutrición y estado de salud de la madre, edad del lactante, diferencias de la composición de la leche entre las horas del mismo día (1, 3, 11, 25 y 44). Estudios demuestran que la leche de madres desnutridas tienen menos valor calórico y proteínas (1,11,25 y 44), y la leche de madres de prematuros tienen un contenido calórico mayor, debido a la mayor cantidad de grasa y alrededor de 25% más de proteínas, sobre todo durante las dos primeras semanas de lactancia en relación a la leche que producen la madres de recién nacidos a término(8). Otros factores son las emociones, la menstruación, un nuevo embarazo y estado patológicos (1,3,5 y 11). Así pues, la leche materna esta constituida principalmente por agua (87%), diluible que aporta por cada

100 ml: 75 Cal., 7 gr. de hidratos de carbono, 4.5 gr. de lípidos 1 gr. de proteínas, además proporciona minerales como: cloro, sodio, potasio, hierro, magnesio, cobre, calcio, zinc y vitaminas A₁, B₂ y C ; es pobre en niacina y vitamina K(1,3,11 y 47). Existe una notable concordancia entre la composición de la leche materna y las necesidades nutricionales del recién nacido, la leche es pobre en algunos nutrientes especialmente minerales, pero el recién nacido suele poseer reservas suficientes para no presentar signos de deficiencia durante la lactancia(3,11,15 y 25) La fuente principal de calorías dietéticas de los lactantes procede de la leche materna⁽²⁾, ya que es uno de los alimentos con mayor contenido energético. El 90% de los carbohidratos está formado de lactosa, los cuales se transforma enseudolácticos que oponen resistencia a las bacterias patógenas(1,3,15,25 y 37). La leche humana contiene IgG, IgM e IgA, esta última en mayor cantidad en el calostro inicial (17 mg/100 ml), sintetizadas por la glándula que favorece el desarrollo del bacilo bifido acidófilo, predominantemente en la flora intestinal del niño amamantado, títulos altos de Ac. de Shigella y algunas E. Coli, lisozima que es bacteriolítica y lactocitos con poder inmunológico y el C₃ del complemento, además contiene mínimas proporciones de enzimas digestivas de tipo tripsina y lipasa (1,3,7,25 y 37).

La cantidad de la leche segregada varia con la edad de la lactancia como se ha dicho, pero se ha determinado que al quinto día es más o menos de 300 ml., al catorceavo día 800 ml., a los cinco meses 900 ml en condiciones óptimas de salud y secreción láctea de la madre(1,2 y 47) El volumen de leche de madres pobremente alimentadas es entre 500 a 700 ml. por día durante los primeros seis meses, entre 400 y 600 ml en los seis meses siguientes y entre 300 y 500 ml. En el segundo año. Una producción pequeña de leche materna puede ser signo de desnutrición materna (15,25,34 y 47). El tiempo que debe alimentar al bebé lo marca el mismo, pero se considera suficiente de 10 a 15 min. (1 y 14). El intervalo para alimentar al recién nacido no debe

ser menor de 2 hrs, ni mayor de seis. La mayoría de los niños comen cada 3 a 4 hrs(4). La cantidad de leche materna que debe tomar un lactante es de 125 a 150 ml/Kg. de peso y por día (1). Los lactantes necesitan aproximadamente de 100 a 200 ml/Kg. de peso y por día (22 y 47). Por supuesto, como el bebé ingiere de 700 a 900 ml de leche en 24 hrs. Las concentraciones de nutrientes en la leche materna satisfacen las necesidades nutricionales del niño(4,22,47 y 48). Después de los seis meses es posible que la dieta del niño alimentado solo con leche materna sea insuficiente en proteínas, minerales y también hipocalórica(2 y 47)

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA.

La leche materna permite satisfacer con éxito las necesidades nutricionales del neonato dentro de sus limitaciones fisiológicas. Las necesidades nutricionales del lactante en esta etapa son peculiares y cuantiosas debido al rápido crecimiento inicial característico de los niños. el organismo del recién nacido es muy vulnerable por la relativa inmadurez de su aparato digestivo, de su sistema renal, sistema nervioso y en general de su metabolismo. Durante los últimos años, varios estudios han demostrado, de forma decisiva la importancia de la lactancia materna en la supervivencia del niño, en la salud materna, en el espaciamiento de los nacimientos y en la disminución de la fecundidad y reduce el cáncer de mama y ovarios(7,14,29,37,41 y 46).

La leche materna es un alimento completo desde el punto de vista nutritivo, siempre es higiénica (estéril), favorece un desarrollo saludable, "inmuniza" a los recién nacidos contra infecciones comunes (5,7,11,13,14,16,18,25,29 y 37). Lo anterior debido a que contiene elementos y sustancias anti-infecciosas, componentes inmunológicos y de otro tipo que recubre las paredes del estómago, de los intestinos y de los pulmones, y que atacan a las bacterias y los virus patógenos lo cual es importante porque el sistema

inmunológico del recién nacido no está totalmente desarrollado en los primeros meses de vida (7 y 25). Las enfermedades no infecciosas, como el eccema, las enfermedades dentales, los linfomas (cáncer) y la diabetes parecen ser menos frecuentes en niños alimentados con leche materna. el contacto del cuerpo de la madre con el recién nacido y la temperatura de la leche también ayudan a evitar la hipotermia(7). Además de prevenir un sinnúmero de infecciones comunes, contribuye a prevenir la deshidratación y atenúa la gravedad de infecciones respiratorias (13). También la sensación de seguridad, establece un sentimiento de afecto, seguridad y confianza entre la madre y el niño, ya que le permite sentir el calor, la calidez de la madre, cuando sufre angustia o temor por alguna causa (5,6 y 25). Recientemente se ha descubierto que la leche materna ofrece protección contra algunas alergias (7,11,15,16 y 25). A su vez se han hecho intentos de substituir y/o agregar a su alimentación, alimentos diferentes y las reacciones alérgicas se elevan(28). Por lo cual se insiste en que lo mejor es la lactancia al seno materno.

La experiencia anal es diferente en niños alimentados con leche materna, el que por lo regular elimina heces más suaves y con más frecuencia, ha diferencia de las heces duras y a veces expulsadas con dolor comunes en los niños alimentados con fórmulas sintéticas (8,49). El calostro es laxante también, y asegura la rápida limpieza del meconio que se encuentra en los intestinos del bebé, si esta reacción se retrasa el niño tiende a incrementar su riesgo de ictericia, probablemente debido a que el meconio no se absorbe a través de las paredes del intestino(11), lo niños alimentados al pecho materno tienen menos probabilidades de desnutrición(7). Varios estudios han demostrado una relación lineal entre la duración de la lactancia con la locomoción temprana(7 y 25).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudios poblacionales reportan que la prevalencia de la lactancia materna en México es muy baja y que la administración temprana de líquidos orales diferentes a la leche materna se inicia a muy temprana edad.

Existen muy pocos reportes sobre la incidencia y duración de la Lactancia materna en México y por ende en Aguascalientes, aun mas en Clínica Hospital ISSSTE Aguascalientes no existe ningún estudio previo sobre esto.

La importancia de este estudio radica en aportar datos concretos de la población estudiada ya que la escasa información y orientación que recibe la madre con respecto a la alimentación del recién nacido origina un problema de salud poco conocido en Aguascalientes, incluso sin antecedentes reportados en nuestra Clínica Hospital ISSSTE Aguascalientes.

Se ignora cual es el nivel actual de educación prenatal y en el posparto de la madre para decidir la mejor manera de alimentar a su lactante en mi centro de adscripción. Así mismo no se tiene referencia de que influencia ejerce en las madres el hecho que la institución apoye con dotación de leche industrializada para la alimentación de su lactante, aun a sabiendas que no es lo ideal de primera instancia o en forma única. A pesar de que existe personal capacitado para orientar a la madre e inducir a decidir la alimentación al seno materno como la MEJOR para su bebe, existe apatía por parte de las madres creando con esto graves problemas de desnutrición entre la población infantil.

¿Cuál es actualmente la situación real de los métodos y tipo de alimentación en los niños recién nacidos hasta los seis meses en el sector cuatro de la Clínica Hospital ISSSTE Aguascalientes ?

¿Es en realidad la alimentación al seno materno la que reporta mayor incremento ponderal?

JUSTIFICACIÓN

No existen estudios previos que brinden información sobre las condiciones actuales en Aguascalientes de la alimentación al seno materno.

La trascendencia del presente estudio radica en que brindara un conocimiento de la población estudiada concretamente los recién nacidos hasta los seis meses, estudiados en el sector cuatro de la Clínica Hospital ISSSTE Aguascalientes en el periodo comprendido de mayo a octubre de 1995.

Justifico la realización del presente estudio en Clínica Hospital Aguascalientes ya que en ella se ha encontrado que:

- a) No existe una verdadera orientación en las madres de cual es la mejor manera de alimentar a su lactante.
- b) No existe alojamiento conjunto madre-hijo.
- c) Los programas de educación continua al derechohabiente son muy escasos, refiriéndonos a las técnicas de amamantamiento que en su momento debieran impartirse.
- d) Es necesario unificar criterios en el personal medico y afines para insistir y recomendar la lactancia materna como programa prioritario.
- e) Implementar de acuerdo con los resultados obtenidos programas que apoyen la lactancia materna como programa prioritario ya que esto se reflejaría en una mejor nutrición infantil.

Por todo lo anterior descrito a surgido en mí la inquietud de conocer la situación real de los beneficios de la lactancia materna en la población infantil que como medico familiar me compete atender.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Conocer el incremento ponderal en los recién nacidos alimentados al seno materno así como el de los alimentados con otro tipo de alimentación, en los nacidos del sector cuatro de la Clínica Hospital ISSSTE Aguascalientes en el mes de mayo con seguimiento mensual a seis meses.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Determinar la influencia de la lactancia materna en el incremento ponderal.
- 2.- Identificar el estado de salud nutricional del grupo de lactantes en estudio.
- 3.- Determinar el tipo de alimentación idónea del lactante.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó estudio observacional descriptivo de corte longitudinal comparativo.

POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.

El estudio se llevó a cabo con los nacidos en el mes de mayo de 1995 con seguimiento a seis meses, pertenecientes al sector cuatro de la Clínica Hospital ISSSTE Aguascalientes.

TIPO DE MUESTRA.

Aleatoria simple.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El total de recién nacidos estudiados fue de 14 lactantes que equivale al 16% de la población nacidos en el mes de mayo en la Clínica Hospital ISSSTE Aguascalientes, los cuales sumaron un total de 87 siendo este el universo de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1.- Se incluyó a todos los niños nacidos a término y sin patología agregada pertenecientes al sector 4 en el mes de mayo.

2.- Niños con peso al nacer entre los parámetros comprendidos de 2500 y 4000 gr.

3.- Hijos de padres residentes en Aguascalientes, Ags.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Niños con patología al momento del nacimiento.
- 2.- Niños cuyos padres no aceptan participar en el presente estudio.
- 3.- Niños no localizables.
- 4.- Nacidos en el mes de mayo no pertenecientes al sector 4.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- 1.- Niños que cambiaron de residencia durante el desarrollo del estudio.

INFORMACIÓN A RECABAR.

Se llevó a cabo un seguimiento mensual que comprendió desde el nacimiento hasta los seis meses, registrándose mensualmente peso, talla y tipo de alimentación. Dicha información se recabó mediante la ficha de identificación, cuestionario de antecedentes y registro mensual detallados en los anexos 1,2 y 3 respectivamente.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Variables a determinar:

Dependientes: peso, talla.

Independientes: edad, sexo, duración de la lactancia, desnutrición y nivel socioeconómico.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES ESCALA	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	
edad	Independiente Cuantitativa Discreta	meses	Intercalar
Sexo	Independiente Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Nominal
Peso	Dependiente Cuantitativa Continua	Kg.	Razón
Talla	Dependiente Cuantitativa Continua	Cm.	Razón
Duración de la lactancia	Independiente Cuantitativa Continua	Meses	Razón

Utilizando para ello el siguiente material: formatos anexos 1,2 y 3.

La medición de la talla se llevó a cabo siempre en la mesa de exploración, anexa al consultorio de atención a la población del sector 4.

El peso fue determinado por el autor utilizando para ello la misma báscula pediátrica.

El tipo de alimentación se clasificó de acuerdo a lo referido en los interrogatorios practicados a las madres de los lactantes en las consultas subsecuentes mensuales a las que acudieron. Clasificándose para su estudio en tres grupos:

GRUPO 1.- Lactancia materna EXCLUSIVAMENTE.

GRUPO 2.- Niños alimentados con leche materna y leche industrializada.

GRUPO 3.- Niños alimentados exclusivamente con leche industrializada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Dado que el presente estudio no pone en riesgo la vida del paciente no se realizó formato específico de autorización de los padres para la participación de los lactantes en el presente estudio.

Se solicitó la autorización verbal y la cooperación de los padres con su participación para la realización del presente estudio, cumpliéndose con lo establecido en la declaración de Helsinki así como lo dispuesto en la Ley general de salud.

RESULTADOS

Se clasificó a los grupos de niños según el tipo de alimentación encontrándose: lactancia materna 6 casos (42.8%), lactancia mixta 5 casos (35.7%) y lactancia artificial 3 casos (21.4%) Tabla 1)

En el primer mes el incremento ponderal en peso fue bueno en los tres grupos, aclarando que en los de alimentación materna, fue exclusiva y en los otros dos grupos se reforzó con algo de lactancia materna, siendo mejor y mayor de lo establecido), 750 mg durante el primer mes (tabla 2, gráfica 2,3 Y 4). El mejor grupo fue el de la alimentación materna.

Durante el segundo mes encontramos incremento en peso por arriba de lo establecido para los tres grupos, siendo más notorio en el grupo de la alimentación mixta, pues las madres referían que los bebés se quedaban con hambre y en ellos se inició fórmula, durante éste mes. Notando un mejor incremento, quizá porque las condiciones generales de la madre, y su cantidad de leche materna en el primer mes les fue insuficiente, y su cambio se notó durante el segundo mes (tabla 2, gráfica 2,3 y 4).

En el tercer mes los resultados encontrados fue que solo los niños con alimentación al seno materno lograron los 750 gr. de incremento siendo después los alimentados con mixta y en último lugar los de alimentación artificial (tabla 2, gráfica 2,3 y 4)

En el cuarto mes los resultados encontrados fueron que todos los grupos estuvieron por debajo del ideal, siendo menos acrecentado en el grupo de alimentación

materna, y en el mismo orden, después la alimentación mixta y más acentuado en alimentación artificial (tabla 2, gráfica 2,3 y 4). Se inicia ablactación (tablas 3 y 4).

Durante el quinto mes los resultados fueron que los niveles de incremento fueron en lactancia materna un poco menores que el límite, y acentuándose en forma progresiva según alimentación mixta y artificial (tabla 2, gráfica 2,3 y 4). Ablactación en todos menos en dos con alimentación materna (tablas 3 y 4).

En el sexto mes los resultados obtenidos fueron en los tres grupos levemente menos de lo establecido con una mejor respuesta en los alimentados con lactancia mixta y artificial. Se insistió en la ablactación, solo en dos un 33.3% no se realizó (tabla 2, gráfica 2,3 y 4).

En promedio excluyendo el segundo mes y el sexto fue mucho mejor el incremento ponderal con alimentación materna, el segundo y el sexto mes fue mejor con alimentación mixta y la menos recomendable fue la artificial (tabla 2).

Durante el primer mes los lactantes con alimentación materna y mixta cumplieron con el incremento establecido (4 cm el primer mes) y fue levemente mayor en los de alimentación mixta (tabla 5, gráfica 5,6 y 7).

En el segundo mes solo los alimentados con leche materna lograron el incremento en talla establecido (3.5 cm) siendo en forma gradual menor los alimentados con alimentación mixta y después los de alimentación artificial (tabla 5, gráfica 5,6 y 7).

Durante el tercer mes solo los alimentados con lactancia materna lograron el incremento establecido de 3 cm. y los de alimentación mixta fue mínimo .2 cm. menor de lo establecido, pero no se logró, y los lactantes con alimentación artificial no se logró faltando .3 cm (tabla 5, gráfica 5,6 y 7)

Durante el cuarto mes el incremento en talla se cubrió en los alimentados con leche materna (2 cm) y en los otros dos grupos de alimentación mixta y artificial no se logró (tabla 5, gráfica 5,6, y 7).

Durante el quinto y sexto meses en ningún grupo se logró el ideal, siendo mejor en el quinto mes con alimentación mixta y en el sexto mes con alimentación artificial quizá con influencia de ablactación, mejoraron sus resultados (tablas 5, 6 y7).

En resumen el incremento ponderal en talla fue mejor en los lactantes alimentados con leche materna (tablas 5, gráficas 5,6 y 7).

En resumen el incremento ponderal en talla fue mejor en los lactantes alimentados con leche materna.

Podemos observar en la gráfica 8 y 9 en forma completa la comparación de la repercusión de pesos y talla según tipo de alimentación cada mes.

TABLA 1

CLASIFICACIÓN SEGÚN ALIMENTACIÓN		
LACTANCIA	CASOS	PORCENTAJES
A. MATERNA	6	42.8
A. MIXTA	5	36.7
A. ARTIFICIAL	3	21.4

Cuadro hecho del estudio realizada

TABLA 2

INCREMENTO PONDERAL MENSUAL (PESO) SEGÚN EL TIPO DE ALIMENTACIÓN (MEDIA)						
MESES	1	2	3	4	5	6
PESO EN GRs.						
A. MATERNA	1120	950	748	547	468	408
A. MIXTA	984	992	558	440	440	410
A. ARTIFICIAL	910	833	467	350	333	317

Estos valores son referidos en gramos. Información tomada de estudios realizado

TABLA 3

ABLACTACION		
TIPO DE ALIMENTACIÓN	ABLACTACION	No.
A. MATERNA	66.6%	4
A. MIXTA	100 %	5
A. ARTIFICIAL	100%	3

Cuadro hecho de estudio realizado.

TABLA 4

ALIMENTACIÓN MATERNA Y EFECTO DE ABLACTACION		
ALIMENTACIÓN	CASOS	% PESO IDEAL
EXCLUSIVA	33.33 %	96
CON ABLACTACION	66.6%	100

Cuadro hecho de estudio realizado

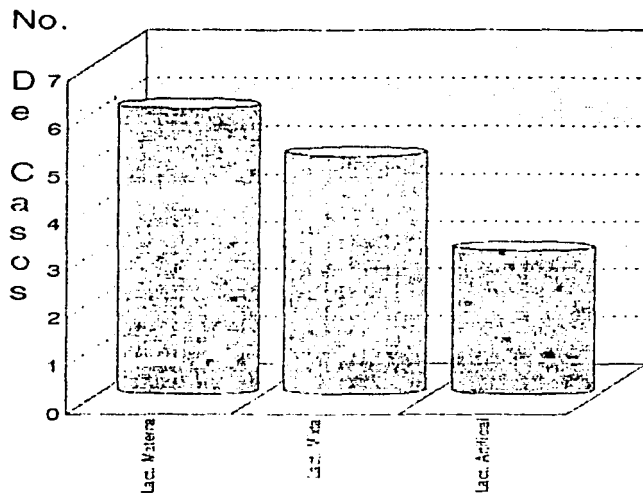
TABLA 8

INCREMENTO PONDERAL MENSUAL (TALLA) SEGÚN TIPO DE ALIMENTACIÓN (MEDIA)						
MESES	1	2	3	4	5	6
A MATERNA	4.33	4.8	3.2	2.3	1.6	1
A. MIXTA	4.5	2.9	2.8	1.7	1.2	1.3
A. ARTIFICIAL	1.16	3.6	2.7	1.7	.7	1.3

Estos valores son referidos en centímetros. Información tomada del estudio realizado.

CLASIFICACION SEGUN TIPO DE ALIMENTACION

GRAFICA 1

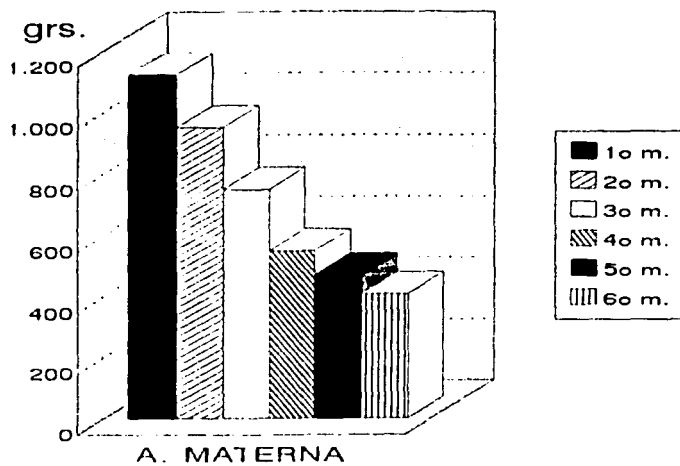


Grafica realizada de estudio

INCREMENTO PONDERAL (PESO)

GRAFICA 2

32

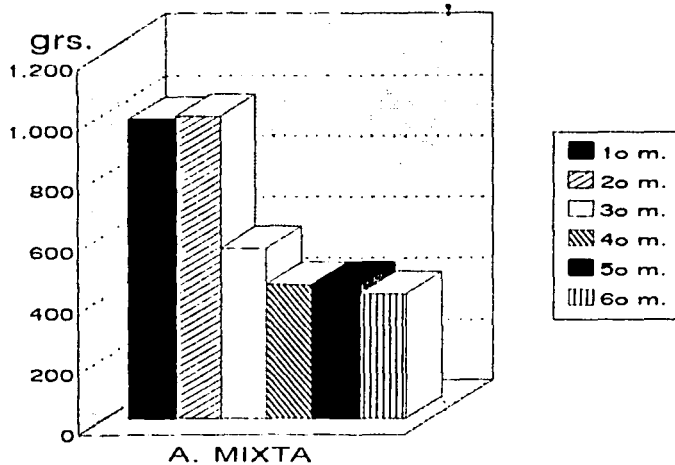


Grafica realizada del estudio Ganancia ponderal con lactancia materna en 8/12.

INCREMENTO PONDERAL (PESO)

GRAFICA 3

33

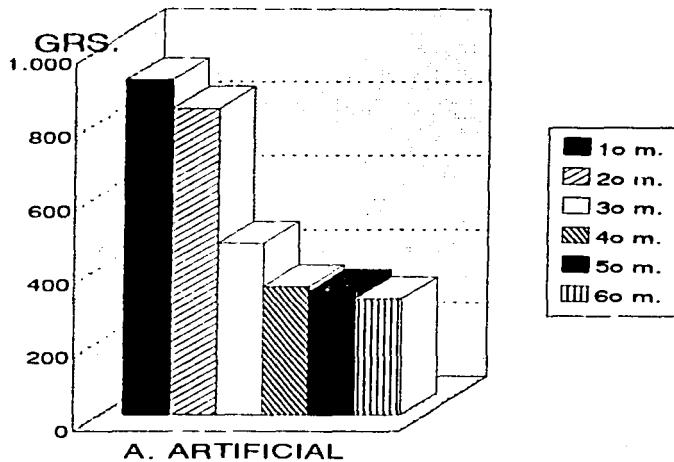


Gráfica realizada del estudio. Ganancia ponderal con lactancia mixta on 6/12.

INCREMENTO PONDERAL (PESO)

GRAFICA 4

34

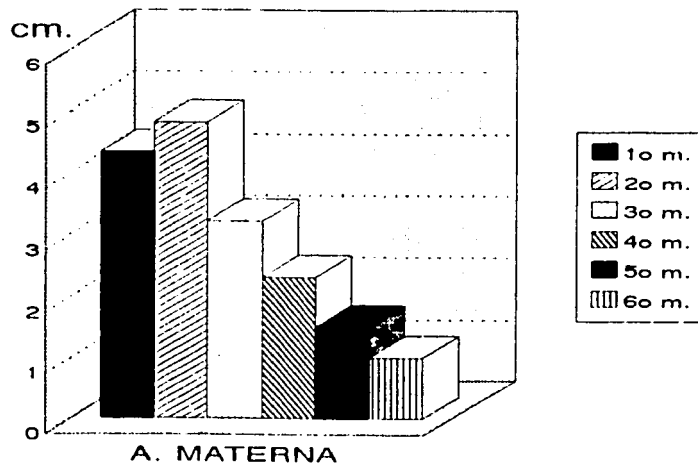


Grafica realizada del estudio. Ganancia ponderal con lactancia artificial en 6/12.

INCREMENTO PONDERAL (TALLA)

GRAFICA 5

35

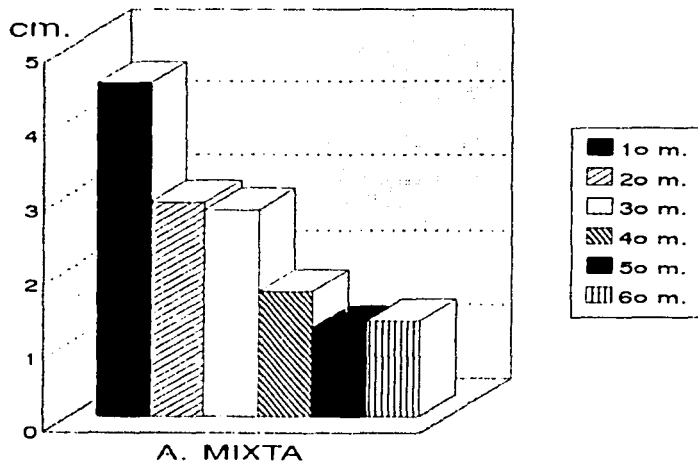


Grafica realizada del estudio Ganancia ponderal con lactancia materna en 6/12.

INCREMENTO PONDERAL (TALLA)

GRAFICA 6

36

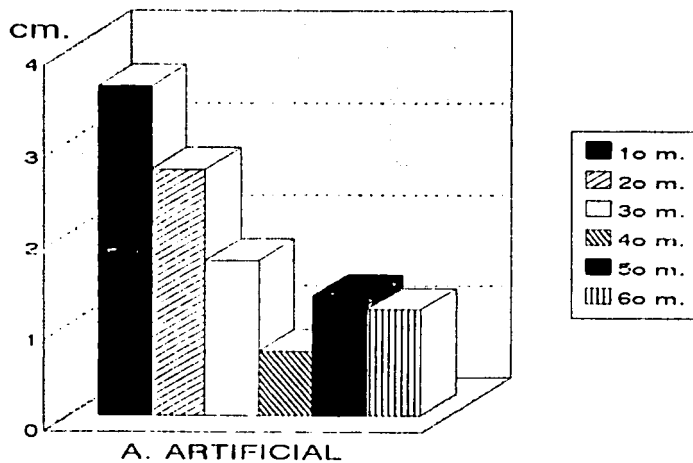


Gráfica realizada del estudio. Ganancia ponderal con lactancia mixta en 6/12.

INCREMENTO PONDERAL (TALLA)

GRAFICA 7

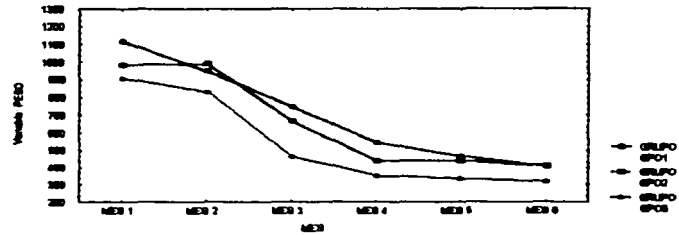
37



Grafica realizada del estudio. Ganancia ponderal con lactancia artificial en 6/12

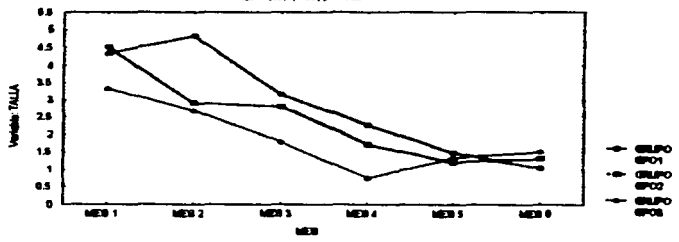
GRÁFICA NO. 8

GRÁFICA DE MEDIAS
 INTERACCION: GRUPO * MES
 F_{test} R (20,4) = 55, p < .0005



GRÁFICA 9.

GRÁFICA DE MEDIAS
 INTERACCION: GRUPO * MES
 F_{test} R (20,4) = 55, p < .0005



ANÁLISIS

En nuestro grupo de estudio predominó el sexo femenino (64.2%); el sexo masculino solo (35.7%)

Como resultados obtuvimos que la educación y orientación que se dio a los padres, determinó mayor tiempo de lactancia materna en los recién nacidos, sin dejar ningún lactante sin alimentación materna al inicio aunque fuera mínimas tomas. Durante la platica con los padres se logro observar un cambio en la toma de decisión de continuar con lactancia materna, al valorar sus ventajas 3),24,31,36,38,39,40y 47.

Teniendo como resultado un 42.8% de lactancia materna y un 35.7% de lactancia mixta y un 21.4% de lactancia artificial o sea que un 42.8% de lactancia materna exclusiva y un 64.2% de mixta con artificial, si se clasificara solo en 2 grupos.

En relación al grado de desnutrición y tipo de alimentación tenemos: en el caso de lactancia materna y mixta, no es significativo encontramos según el peso total a los 6 meses, una deficiencia en lactancia materna de un 2% y en lactancia mixta un 8% (media), pero en el grupo de alimentación artificial encontramos un 11.5% menos del ideal (media) por lo cual ya se incluye en el primer grado de desnutrición. En nuestro estudio comprobamos que la lactancia materna tiene un efecto nutricional mejor que con cualquier tipo de alimentación en el lactante.- Comprobando morbilidad y mortalidad como consecuencia. El ideal en cuarto a composición. Como en los informes de OMS, la lactancia materna es más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos.

En relación al tipo de alimentación y nivel socioeconómico tiene relación directa parcial, en unos casos pues las personas de mejor ingreso socioeconómico no les interesa la lactancia materna para el mejor desarrollo del lactante. Las personas de nivel socioeconómico medio llevaron a cabo más lactancia materna y las de nivel socioeconómico bajo lactancia mixta, por lo que nos hace falta concientizar más a la población en los niveles socioeconómicos mejores y apoyar a los de niveles socioeconómicos medio y bajo.

En cuanto al grado de escolaridad encontramos que la alimentación materna se presentó en los tres niveles de escolaridad, predominando en el medio 33%, y superior 50% y menos en el elemental. Lo que no se tomó en cuenta en el presente estudio independientemente del tipo de escolaridad, cuales madres son trabajadoras, que por dicho problema de tiempo en el hogar, decidían limitar a su hijo de la lactancia materna. Que aunque no se les interrogó y anotó en su mayoría era el problema que planteaban, para el ingreso de su trabajo posterior a su periodo de permiso o incapacidad, se descuidaba al lactante. La alimentación mixta predominó en madres con escolaridad elemental 60%, y después las de nivel medio y superior en un 20% cada uno. Las madres que dieron alimentación artificial fue de escolaridad media en un 66.6% y escolaridad superior en un 33%. Además encontramos que no siempre el nivel socioeconómico va de acuerdo a la educación, ni éstos con lo cuidadoso de las madres en el bienestar de sus hijos y educación sobre las ventajas de la lactancia materna, lo cual tenemos que atender.

Desgraciadamente también comprobamos que en el interrogatorio post-parto las madres por su falta de orientación, de primera instancia en su mayoría preferían, aparentemente por ser más cómodo y mejor, en continuar con lactancia artificial (fórmula) por la facilidad de la dotación brindada por la institución y desconocer los grandes beneficios de la lactancia materna. Obteniéndose prevalencias bajas de

lactancia materna hasta los seis meses, aún menores de lo reportados en otros estudios en 1976 a 1979. Haciendo énfasis que durante el presente estudio se los orientó y estimuló para decidir el cambio a lactancia materna como primera opción y que los resultados fueron mejores, de lo que se ve en el resto de la población de la institución.

En nuestro estudio detectamos lactantes con desnutrición o más enfermedades multisistémicas, con más frecuencia y gravedad en los lactantes alimentados con alimentación artificial como en las referencias.

En relación a los niños bien alimentados al seno materno también se pudo apreciar en forma subjetiva que eran más tranquilos y felices cerca de la madre, o sea el apoyo psicológico, como en las referencias y el mejor de los alimentados desde el punto de vista biológico, homólogo, estéril y completo.

En resumen es mejor la alimentación al pecho materno y en caso de no ser suficiente por algún motivo la alimentación materna complementaria, en forma mixta pero extremar las medidas de higiene y no suspender la lactancia materna.

Aunque en nuestro estudio no se incluyó a lactantes prematuros, estudios realizados nos demuestran que también se obtienen mejores beneficios, pues se adapta mejor el lactante recién nacido a la lactancia materna por ser un tipo de leche que en su inicio es más fácil de digerir y con mejor protección inmunológica.

Se puede apreciar que en muchos casos de nuestra población la madre no cuida la alimentación, teniendo madres con desnutrición, o que el estímulo de la succión no es temprano por lo cual se observaron alteraciones en cuanto a la cantidad y calidad de la

lactancia materna, para su lactante, por lo que fue necesario recurrir a complemento con lactancia artificial o ésta no se logró hasta los seis meses de vida.

El presente estudio fue satisfactorio ya que el objetivo principal se cumplió y a la fecha se tiene un registro del incremento ponderal de acuerdo al tipo de alimentación lo que permite demostrar que la alimentación al seno materno sigue siendo la ideal
(1,11,13,14,16,25,29,30,33,42,45,49)

Los resultados encontrados en el presente trabajo no varían con lo reportado en la literatura.

Aunque en nuestro estudio no se incluyó a lactantes prematuros, estudios realizados (7,8,43 y 47) reportan que también se obtienen mejores beneficios al iniciar la lactancia materna, pues se adapta mejor el recién nacido a la lactancia materna por ser un tipo de leche que en su inicio es más fácil de digerir y con mejor protección inmunológica.

Se puede apreciar en muchos casos de nuestra población la madre no cuida la alimentación, o que el estímulo de la succión no es temprano por lo cual se observan alteraciones en cuanto a la cantidad (1,4,22 y 44) y calidad (4,15,22,25 y 34) de la lactancia materna para su lactante por lo que fue necesario recurrir a complemento con lactancia artificial o esta no se logró hasta los seis meses de vida.

Desafortunadamente también se comprobó que las madres por su falta de orientación, de primera instancia, en su mayoría preferían continuar con lactancia artificial por la facilidad de la dotación brindada por la institución y aunado al desconocimiento de los beneficios que otorga la lactancia materna.

Cabe mencionar que en el presente estudio se les orientó y estimuló a las madres para que tomaran la decisión de optar por la lactancia materna como primera opción y que los resultados fueran mejores, de lo que se puede observar en el resto de la población derecho-habiente de la Clínica-Hospital Aguascalientes.

En nuestro estudio detectamos lactantes con desnutrición o enfermedades multisistémicas, con más frecuencia y gravedad en las lactantes no alimentados al seno materno^(2 y 20)

En relación a los niños bien alimentados al seno materno también se pudo apreciar en forma subjetiva que eran más tranquilos y felices cerca de la madre, o sea el apoyo psicológico y el mejor de los alimentos desde el punto de vista biológico, homólogo, estéril y completo^(14,25,29,30,33,42 y 47)

Lo encontrado en relación a la ablactación del lactante fue que se inició en el cuarto mes, en algunos en forma más tardía y en diferente proporción según posibilidades de iniciar lentamente con algún alimento o en forma cuidadosa progresiva en cuanto a cantidad y tipo de alimentación. Pero todos iniciaron la ablactación al cuarto mes menos dos lactantes cuya alimentación al seno materno continuó hasta los seis meses⁽⁴⁸⁾ En cuanto a enfermedades intercurrentes se presentaron muy aisladas y de muy buena evolución en los alimentados al seno materno y en los demás se presentaron en grado moderado y requirieron un tratamiento específico, por lo cual se deja ver que tienen más defensas y hay menos riesgos de contaminación con lactancia materna a diferencia de los alimentados con lactancia mixta o artificial que están expuestos a biberones y utensilios con riesgos de contaminación, y menor resistencia a los agentes infectantes^(10,20,40)

CONCLUSIONES

- 1.- La lactancia materna influye en el incremento ponderal del recién nacido hasta los seis meses.
- 2.- El incremento ponderal en lactantes amamantados es mayor en relación a los lactantes alimentados con fórmulas artificiales.
- 3.- La duración de la lactancia materna se relaciona en forma inversa al grado de desnutrición.
- 4.- La duración de la lactancia materna es menor de seis meses. En el presente estudio
- 5.- La decisión de los padres de seguir la alimentación al seno materno de su hijo, sí tiene influencia directa, según la educación, orientación y seguimiento.
- 6.- El nivel socioeconómico no tiene relación con el tipo de alimentación. En el presente estudio.
- 7.- Se concluye que hoy en día la madre entre mayor preparación tiene y más horas de trabajo fuera del hogar, menos acepta la alimentación al pecho materno.

- 8.- La duración de la lactancia materna se relaciona en forma inversa a la frecuencia de enfermedades infecciosas.
- 9.- La ablactación se presentó en promedio al cuarto mes, independiente del tipo de alimentación
- 10.- En la mayoría de los niños recién nacidos predomina la alimentación mixta y artificial.
- 11.- La edad de la madre no tiene relación con el tipo de alimentación. En el presente estudio

AUTOCRÍTICA

A pesar de haber sido un estudio cuyo tamaño de muestra fue pequeño y con seguimiento corto por premura de tiempo, se logra demostrar mi objetivo.

Aunque siendo influenciado por otras variables, no fue posible estudiar cada una en concreto para que pueda ser más amplio y más útil. Además se observó que en nuestro medio teniendo problemas de desnutrición y escasos recursos económicos no se lleva a cabo la lactancia materna, pudiendo aprovechar recursos tan valioso para tener un mejor incremento ponderal y un mejor estado de salud.

Ahora se procurará, en lo posible, apoyar el inicio de campañas en pro de la lactancia materna y alojamiento conjunto en el posparto inmediato, así como promover ante la institución para llevar a cabo la educación la educación de los padres para decidir que el mejor tipo de alimentación es la materna, con su respectiva promoción para obtener una buena técnica de amamantamiento.

Pues en nuestra Clínica Hospital aún no se lleva a cabo dicho programa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Valenzuela R. H; Lactancia Materna; Manual de Pediatría; Edit. Interamericana, México 1990, p.131-137.**
- 2.- Behrman y col; Nutrición Infantil y trastornos Alimentarios; Compendio de pediatría, Edit. Interamericana; Mc.graw-hill; México 1991; p.68-88**
- 3.-Rodríguez B.H.; Los Motivos de la Lactancia; Cuadernos de Nutrición; vol. 110, No. 1, Enero-Febrero de 1989; p. 3-14.**
- 4.- Kalfer M. y col; Guía Practica para la Lactancia; Cuadernos de Nutrición; vol. 110, No.1, Enero-Febrero de 1989; p.3-41.**
- 5.- Cía. Nestlé; Desarrollo Físico; El bebé y su Mundo; Edit. Impresos y Revistas de México; México 1989; p. 9,19,31 y 41.**
- 6.- Lacerva V.; Lactancia Materna en Otras Culturas; Lactancia Materna; Edit. Manual Moderno; 1989; p.9,10,15,16,106,107,133 y 134.**
- 7.- Vulmiri Ramalingaswami; Las Ventajas de la Lactancia Materna; UNICEF 1988; p. 1-27.**
- 8.- Cameron M.; Riesgos Para el Niño Menor; Manual para la Alimentación de Infantes y Niños Pequeños; Edit., Pax-México; México 1989; p. 23 - 42, 125 a 136.**
- 9.- Torres J.A.; Recién Nacido con Bajo Peso; Pediatría Accesible; Guía para el Cuidado del Niño; Edit. siglo XXI; 9a. Edit.; 1987; p. 112 - 125.**
- 10.- Valenzuela R. H.; Antropometría; Manual de Pediatría; Edit. Interamericana; México 1990; p. 86 - 91.**
- 11.- Shella Kitzinger; Ventajas de la leche Materna; Cómo amamantar a tú bebé; Edit. Interamericana; México 1989; p. 10, 22, 71, 72, 148 y 150.**
- 12.- Newman y Ewman; La Variabilidad en la Madurez Física al Nacer; Desarrollo del Niño; Edit. Limusa; México 1991;p. 126 - 128.**

13.- Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia; Hospitales Pro lactancia Materna: Un Millón de vidas por Salvar; Estado Mundial de la Infancia; 1990; p. 26 - 35.

14.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Hospitales Pro lactancia Materna: Un millón de Vidas por Salvar; Estado Mundial de la Infancia; 1992; p. 44.

15.- Cameron M.; La Leche Materna y su Valor; Manual para la Alimentación de Infantes y Niños Pequeños; Edit.; Pax-México 1989; p. 125 - 137.

16.- Memorándum de una Reunión de UJH y la OMS; Investigaciones Sobre Prácticas Mejoradas de Lactancia para Prevenir la Diarrea o Reducir su Gravedad; Boletín de OMS; Sumario año 70, vol. 110, No. 6, Junio 1991; p. 499.

17.- Kordy M.N. y col; Factors Affecting the Duration of Breastfeeding in a Rural Population of Saudi Arabi; Asia Pacj - public - Health; 1992 - 93; 6 (1): p. 35 - 90.

18.- O - Quinn J. Col., Patrones de la Lactancia Natural en la Isla de Montserrat; Boletín de la OMS; vol. 112; No. 6; Junio 1992; p. 500 - 6

19.- Pérez E. R. y col.; Epidemiología de la Lactancia Materna en Zonas Rurales y Urbanas de México.; Boletín de la OMS; Sumario año 72; vol. 114; No. 5; Washington D.C.; Mayo 1993; p. 399 - 406.

20.- Kumate R. J.; Evolución de la Morbi-Mortalidad en México 1980 - 1990; Boletín Sectorial de Evaluación de los Servicios de Salud; Julio - Agosto 1992; No. 1; p. 17 - 18.

21.- Silba L.C.; y Col; Características de la Introducción de Alimentos al lactante en Cuba; Boletín de OMS; Año 72; vol. 114 No. 5; Washington D.C.; Mayo 1993; p. 17 - 18.

22.- Garza C.; Lactancia; Conocimientos Actuales Sobre Nutrición Publicación Científica No. 532; 6a. Edit.; Washington d.c.; 1991; p.369 - 372.

23.- Rodríguez R. y Col.; Nuevos Conceptos de la Lactancia, Su promoción y La Educación de los profesionales de la Salud; de los profesionales de la Salud; Boletín de POS; Sumario año 70; vol. 111; No. 1; Julio 1991; p. 1 -16.

24.- Secretaría de Salud; Programa Nacional de Lactancia Materna; Enero 1990.

- 25.- King J.C. y Col; Embarazo y Lactancia; conocimientos Actuales sobre Nutrición, Publicación científica; No. 532; 6a. Edt. ; Washington D. C.; 1991 p. 362 -369.
- 26.- Holmes S; Diccionario de Términos Biológicos; España alhambra; 1985.
- 27.- Mc - Graw - Hill; Diccionario Enciclopédico de la Ciencias Médicas; 4a. Edt.; Tomos 1 - 5; Edt.; Litográfica de México; 1985.
- 28.- Hofman - T. Specific IgE antibodies for nuts in Infants; Pol . Tyg - Lek. 1994 apr. 4 - 11; 49 (14 -15): 328 - 9.
- 29.- Short - RV; what the breas does for the baby, and ehats the bnaby does for the breast; Aust - N - Z - J Obstet - Gyneacol. 1994 Jun; 34 (3): 262 - 4.
- 30.- Hossaing - MM; Reves - RR; Radwan- MM; Arafa - Sa; Hablnb - M; Dupont - HL; J -R - Soc - Health. 1994 dec; 114(8): 290 -6.
- 31.- Giugliani - ER; Bronner - Y; Calaffa - WT; Vogelhut - J; Witter - FR; Perman - JA; Are Fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A Study about fathers' Knowledge of breast feed? A Study about fathers' Knowledge of breast feeding.; Acta - Paediatr. 1994 Nov; 83 (11): 1127 - 31.
- 32.- Blomgist . HK; Jonsbo - F; Seranius - F; Persson - LA; Supplementary Feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feding; Acta-Paediatr. 1994 Nov; 83 (11): 1122 - 6:
- 33.- Yoneyama - K; Nagata - H; Asano - H; growth of japanese breast - fed an bottle - fed Infants from birth to 20 mnths; Ann - Hum - Biol. 1994 Nov - Dec; 21 (6): 597 - 608.
- 34.- Wang - YX; wu - SY; Effect of early suckling and emptying the breasts after nursin on exculsive breastfeeding; Chung - Hua - Fu - Chan - Ko - Tsa - Chi. 1994 Aug; 29(8): 465 - 7, 509 -10.
- 35.- Watters - Ne; Kristiansen - CM; two evaluations of combined mother - infant versus separate postnatal nursin care. Res - Health. 1995 Feb; 18 (1): 17 - 26.
- 36.-Van - der - Wal - MF; Breast Feeding among autochthonous and allochthonous mothers in Amsterdam, 1992 - 1993; Ned - Lijdschr - Feneskd. 1995 Jan 7; 139 (1): 19 - 22.

ESTA TAPA DE COLE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 37.- Hanson - LA; Hahn -Zoric - M; Berndes - M; Ashraf - R; Herlas - V; Jaill - F; Bhutta - TI; laeeq - A; Mattaby - Baltser - I; Acta - Paediatr - Jpn. 1994 Oct; 36(5): 557 - 61.
- 38.- Moulden - A; Feedin difficulties. Part 1. Breast feeding; Aust - Fam - Physician. 1994 Oct; 23(10): 1902 - 6.
- 39.- Dungy - CI; Loach - M; Russell - D; Maternal attitudes es predictor of infant feeding decisions; J - Asocc - Acad - Minor - Phys. 1994; 5(4): 159 - 64.
- 40.- Tennekoon - KH; Anulambalam - PD; Karunanayke - EH; Seneviratne - HR; Prolactin response to suckling in a groupof sully breas feeding women during he early postpartum pediod; Asia- Oceania- J -Obst - Gynaecol. 1994 Sep; 20(3): 311 - 9.
- 41.- Marcu - g; Clochina - AD; Deleanu - A; Morosanu - L; Sistoc - L; Bruma - L; Rev - Med - Chir - soc - Med - Nat - Oaso. 1993 Apr- Jun; 97(2): 243 - 6.
- 42.- Bates - CJ; Prentice - A; Breast milk as a source of vitamins essential minerals and trace elements; Pharmacol -Ther. 1994 Apr - May; 62(1 - 2): 193 -220.
- 43.- Heiskanen - K; Salmenpera - L; Perheantupa - J; Siimes - MA; AM - J Clln - Nutr. 1994 DEC; 60(6): 907 - 10.
- 44.- Todd - JM; Parnell - WR; Nutrient intakes of women waho are breastfeeding; Eur - J - Clln - Nutr. 1994 Aug; 48(8): 567 - 74.
- 45.- Pérez Escamilla R; A decrece in the incidence of infantile diarrhea due to the promotion of breast feeding in México; Bol - Oficina - Sanit - Panam. 1994 Nov; 117 (5): 474 - 5.
- 46.-Freed - GL; Clark S.J. Sorenson- J; Lohr - JA; Cefalo - R; Curtis P. National assesment of physicians breast feeding Knowledge, Attitudes, training, and experience; JAMA. 1995 Feb 8; 273 (8): 472 - 8.
- 47.-Wharton - BA; Balmer - SE; Scott - PH; Sorrento studies of diet and fecal flora in the newborn; Acta - Paediatr - Jpn. 1994 Oct; 36 (5): 579 -84.
- 48.-Milliken and Johnson. Analysis of Messy Data. Volume I y II. Designed Experiments. Van Nostrand Reinhold. USA, 1993.

49. Statistica. StatSoft. Manuales. USA, 1994.

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA TRABAJADORES DEL ESTADO CLÍNICA HOSPITAL SECTOR 4				
IDENTIFICACIÓN DEL LACTANTE				
				No. _____
				CEDULA _____
NOMBRE: _____				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____			PESO AL NACER _____	TALLA _____
año mes día			gramos	cm.
NOMBRE DE LA MADRE _____				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)
DOMICILIO _____				
CALLE	No. ext.	No. Int.	COLONIA	C.P.
FORMA: ISSSTE 01/86				

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA TRABAJADORES DEL ESTADO CLINICA HOSPITAL SECTOR 4				
ANTECEDENTES				
				No. _____
				CEDULA _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)
DOMICILIO: _____				
CALLE	No. EXT.	No. INT.	COLONIA	C.P.
EDAD DE LA MADRE _____		ESCOLARIDAD DE LA MADRE _____		
No. DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA _____			INGRESO MENSUAL FAMILIAR \$ _____	
CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO _____		CUANTOS PARTOS POR CESÁREA HA TENIDO _____		
CUANTOS ABORTOS HA TENIDO _____		QUE No. DE EMBARAZO OCUPA EL NIÑO _____		
SEXO DEL RECIÉN NACIDO _____		PESO AL NACER _____		TALLA AL NACER _____
TIPO DE ALIMENTACION: _____				
OBSERVACIONES: _____				
FORMA: ISSSTE 62/95				

ANEXO 3

TABLA DE RESULTADOS

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA TRABAJADORES DEL ESTADO CLINICA HOSPITAL SECTOR 4					
TABLA DE RESULTADOS					
					No. _____
					CEDULA _____
NOMBRE DEL NIÑO: _____					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
MES	EDAD	FECHA	PESO GRS.	TALLA CM.	OBSERV.
MAYO					
JUNIO					
JULIO					
AGOSTO					
SEPTIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
OBSERVACIONES GENERALES _____					
FORMA: ISSSTE 63/85					