

11237 1
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

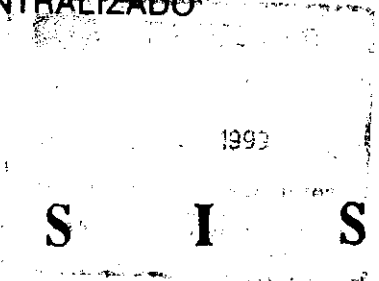


FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA**

**"DETERMINANTES DE DESERCIÓN DE CONSULTA
DE CLÍNICA DE LACTANCIA DEL SERVICIO DE
PEDIATRÍA, HOSPITAL GENERAL DE MEXICO,
SECRETARIA DE SALUD, ORGANISMO
DESCENTRALIZADO"**

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
CURSO DE ESPECIALIZACION



T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

**P R E S E N T A A:
DRA. LOURDES AGUILAR MENDOZA**

**TUTOR: DR. ADOLFO GABRIEL HERNANDEZ GARDUNO
ASESOR: DRA. SILVIA GOMEZ FARIAS ORTA.**



MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

269870



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.

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO
UNIDAD DE PEDIATRIA**

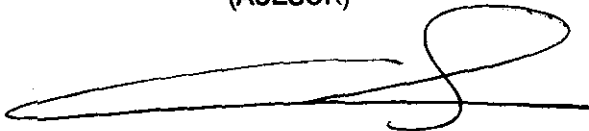


**DR. LUIS EMILIO SALMON ROGRIGUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA**



**DR. ADOLFO GABRIEL HERNANDEZ GARDUÑO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION CLINICA
(TUTOR)**

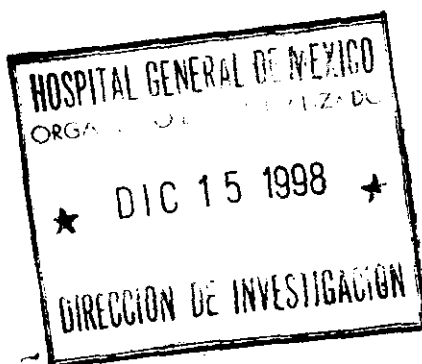
**DRA. SILVIA GOMEZ FARIAS ORTA
RESPONSABLE DE LA CLINICA DE LACTANCIA MATERNA
SERVICIO DE PEDIATRIA
(ASESOR)**



**DRA. GUADALUPE DEL PILAR PICA PUERTO
JEFATURA DE ENSEÑANZA DE PEDIATRIA**



**ESTA TESIS QUEDO REGISTRADA EN LA DIRECCION DE
INVESTIGACION DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.,
CON LA CLAVE DIC/98/505/03/040.**



AGRADECIMIENTOS

A toda la población infantil por compartir un momento de su vida para brindarme una enseñanza durante la residencia de especialización.

Y a todas las personas que aún me brindan su amistad y confianza.

Y a todos aquellos que comprenden al ser humano en todas sus facetas

A mi familia.

A Dios.

INDICE

1.- RESUMEN.....	1
2.- ABSTRACT	3
3.- INTRODUCCION.....	5
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
5.- JUSTIFICACION.....	9
6.- HIPOTESIS.....	10
7.- OBJETIVOS.....	11
8.- MATERIAL Y METODOS.....	12
9.- RESULTADOS.....	15
10.- DISCUSION.....	19
11.- CONCLUSIONES.....	25
12.- ANEXOS.....	27
13.- BIBLIOGRAFIA.....	32

RESUMEN

Introducción: Los binomios madre-hijo que presentan un problema relacionado con el amamantamiento asisten a la Clínica de Lactancia (CL). Se ha observado que una proporción variable de pacientes que asisten por primera vez a la CL, no continúan asistiendo a la misma, a pesar de requerirla.

Objetivos del estudio: Establecer las características de la población que asiste a una consulta de CL y determinar las diferencias en los patrones de lactancia y otras variables de interés entre la población que continua asistiendo a consulta comparada con los binomios madre-hijo que asisten solo a la consulta de primera vez de la CL del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud durante 1997..

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que asistieron a consulta de primera vez a la CL en 1997 del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud.

Resultados: De 562 pacientes que asistieron a la consulta de primera vez a la CL, el 62.3% continuó asistiendo a la misma. No se observaron diferencias en la edad materna, el lugar de residencia, la presencia o no de pareja estable, el tipo de parto, la administración o no de anestesia durante el parto en los antecedentes de lactancia, trabajo materno actual el sexo del niño, la edad de la primera tetada o el peso del niño a la primera consulta en ambos grupos. Las variables con significancia estadística fueron: mediana de edad del niño al asistir a la primera consulta (p 0.047), ser primigesta (p 0.028), estudios maternos

actuales al momento de la primera consulta (p 0.041). La escolaridad materna fue marginal (p 0.054). Se aprecia una mayor proporción de niños con LME en el grupo de seguimiento comparados con el grupo de solo una consulta (65 vs 49%). En los niños con consulta de seguimiento el patrón final de alimentación fue LME en el 98% de los pacientes. Cuando se comparó el patrón de ingreso y egreso en los pacientes con seguimiento, este fue estadísticamente significativo ($p < 0.0001$). El motivo de consulta más frecuente fue el incremento insuficiente de peso en los niños y en quinto lugar producción insuficiente de leche.

Conclusiones: En las mujeres primigestas, con mayor grado de escolaridad, que estén estudiando actualmente, con una edad del niño en días mayor y que al momento de acudir a la consulta de CL presenten un patrón de alimentación con sucedáneos o lactancia parcial, se deben desarrollar estrategias para que continúen el seguimiento en la CL. Se debe de fortalecer la capacitación en lactancia dirigida al personal de salud que atiende a los binomios madre-hijo, la creación y funcionamiento de clínicas de lactancia o similares en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, no solo en el segundo y tercer nivel sino también la creación de estos sistemas de atención en el primer nivel de atención, situaciones que permitirán una mayor proporción de binomios con una lactancia exitosa.

“Characterization of follow-up losses in a lactation clinic”

Abstract

Introduction: Those mother-child dyads having breast-feeding problems seek help at established Lactation Clinic (LC). It has been seen that a variable number of patients that go to the LC for the first time do not return in spite of requiring guidance.

Study Objectives: Establish the characteristics of the population that seeks consultation at the LC and determine differences in nursing patterns and other variables of interest among the population that continues to go for consultation, compared with the mother-child dyads that only visit the lactation clinic of Pediatric Department, General Hospital of Mexico, Secretariat of Health once during 1997.

Material and methods: The clinical charts of patients that sought consultation at a LC of Pediatric Department, General Hospital of Mexico, Secretariat of Health for the first time in 1997 were reviewed.

Results: Of the 562 patients that went to the clinic for first time consultation, 62.3% continued going. No differences were observed in maternal age, site of residence, the presence or absence of a stable partner, type of birth, the use or not of anesthesia during birth, on the history of breastfeeding, current job held by the mother, child's sex, age when first breastfed or the child's age when first consulted, for either group. The statistically significant variables were: median of child's age when first consulted (p 0.047), first pregnancy (p 0.028) and schooling

of the mother at the first consultation (p 0.041). Maternal schooling was marginal (p 0.054). A greater number of children with exclusive breastfeeding (EBF) was seen in the follow-up group compared with the group only going for one visit (65 vs. 49%). In children with follow-up visits, the final feeding pattern was EBF in 98% of the patients. When comparing the first time visit pattern and final pattern of follow-up patients, statistically significant differences were found ($p < 0.0001$). The principal motive for consultation was an insufficient increase in weight in children and in fifth place the insufficient production of milk.

Conclusions: In mothers with first pregnancy, higher levels of schooling, currently in school, with older children and that during the consultation to the LC show a substitute or a partial feeding pattern used, strategies should be developed to continue their follow-up at the LC. Training in breastfeeding directed towards health personnel dealing with mother-child dyads, the creation and function of lactation clinics within the National Health Institute System, not only at the third and second level but also the creation of similar first level health care systems should be established. *These situations would allow for a greater proportion of dyads with successful breastfeeding habits.*

INTRODUCCION

A pesar de los múltiples beneficios que representa la lactancia materna para la salud del niño y de la madre, actualmente un gran número de mujeres en todo el mundo no amamantan a sus hijos o los alimentan al seno materno por períodos cortos de tiempo ¹.

Datos recientes estiman que a nivel mundial el 35% de los niños menores de 4 meses de edad son alimentados al seno materno en forma exclusiva y la duración promedio de amamantamiento es de 18 meses, información que difiere de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el sentido que los niños sean exclusivamente amamantados durante sus primeros 4 a 6 meses y que se continúe el amamantamiento durante los primeros 2 años de vida o más ².

En 1974, la 27ª Asamblea Mundial de la Salud advirtió el descenso general de la lactancia natural en muchas regiones del mundo por influencia de factores socioculturales y de otra índole ³. Esta, generando diversas acciones que culminaron en 1989 con el lanzamiento por parte de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de una iniciativa conjunta para la protección, promoción y apoyo a la lactancia natural dirigida a los hospitales de atención obstétrica denominada "Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños" ⁴. Esta iniciativa contempla los "Diez pasos para una lactancia materna exitosa".

El paso 8 establece que las mujeres deben recibir apoyo a la lactancia cada vez que lo soliciten. Esto se puede realizar con orientación a la mujer durante el período prenatal ⁵ y con atención en el puerperio inmediato ^{6 7} y tardío. La atención después del parto la puede brindar la institución mediante una clínica de lactancia (CL) que atienda a los binomios (madre-hijo) con problemas durante el amamantamiento ⁸.

Rigard y Alade ⁹, reportan que cuando se realiza un seguimiento de niños con una técnica adecuada o no de amamantamiento durante los primeros 5 días de vida, en el grupo de niños con una técnica inadecuada existe una probabilidad de 10 veces más el cambio de alimentación al seno materno a alimentación exclusiva con sucedáneos, diferencia que es estadísticamente significativa. Por lo tanto, es necesario que el personal de salud brinde atención durante los primeros días de vida a los binomios que presenten problemas con el amamantamiento.

Se ha observado que una proporción variable de pacientes que asisten por primera vez a la CL, no continúan asistiendo a la misma, a pesar de requerirla.

Existen algunos reportes en la literatura de la organización y funcionamiento ¹⁰, de la experiencia clínica ¹¹, o reportes de casos ^{12 13} de CL,

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir del año de 1991, se realiza una historia clínica a los binomios atendidos en la clínica de lactancia. Espinosa ¹⁴ realiza un reporte descriptivo, retrospectivo, no publicado de los doce meses a partir de la implementación del formato clínico (mayo 1991- abril 1992). Se atendieron un total de 241 binomios (madre-hijo). El motivo principal de envío a la clínica fue alimentación mixta (alimentación al seno materno más administración de sucedáneos de leche materna) en el 54.75 de los casos y el 22.4% de los casos presentaba lactancia materna exclusiva. La causa más frecuente de alimentación mixta fue producción insuficiente de leche asociado a una falla en la técnica de amamantamiento pero no se determina el número exacto de los casos. En relación a la forma de alimentación al egreso, se reporta como buena (alimentación exclusiva al seno materno) en el 79% de los casos. Además, se reporta que el 51% de los binomios atendidos no regresaron a consulta de seguimiento a la clínica, no realizándose ningún análisis comparativo entre los grupos que asistieron a una consulta de seguimiento con el grupo de deserción.

JUSTIFICACION

Debido a que la mitad de los binomios que asisten a una consulta de lactancia materna para recibir atención sobre problemas asociados al amamantamiento no regresan a esta consulta, es necesario

1. Determinar las características de la población que asiste recibir atención a la Clínica de Lactancia
2. Conocer las características del grupo de binomios que continúan asistiendo a la Clínica
3. Conocer las características del grupo de binomios que dejan de asistir a la Clínica
4. Establecer (si existen), las diferencias entre ambos grupos de atención.

HIPOTESIS

El grupo de binomios (madre-hijo) que recibe atención en la Clínica de Lactancia Materna del Hospital General de México y que continua asistiendo a la consulta es diferente al grupo de binomios (madre-hijo) que reciben atención en la Clínica de Lactancia Materna del Hospital General de México y que dejan de asistir, durante el año de 1997.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio fueron:

- 1) Establecer las características de la población que asiste a una consulta de CL del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, de la Secretaría de Salud y,
- 2) Determinar las diferencias en los patrones de lactancia y otras variables de interés entre la población que continua asistiendo a consulta comparada con los binomios madre-hijo que asisten solo a la consulta de primera vez de la CL del Servicio de Pediatría, Hospital General de México de la Secretaría de Salud.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que asistieron a consulta de primera vez a la CL, del Servicio de Pediatría, Hospital General de México de la Secretaría de Salud, durante el periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1997. Se incluyeron a los pacientes que presentaron una historia clínica con un 80% o más de información. Las variables estudiadas fueron: variable dependiente asistencia a clínica de lactancia (0=solo una vez 1= asistir a más de una consulta). Las variables independientes maternas: edad, escolaridad, lugar de residencia, estado civil, historia reproductiva de la madre, control prenatal, antecedentes de amamantamiento, tipo de parto, anestesia recibida al momento del parto y trabajo actual. Las variables del niño(a) estudiadas fueron: sexo, peso al nacimiento, tiempo de inicio del amamantamiento, edad (en días) y peso al momento de la consulta. Se obtuvo además la causa principal de motivo de consulta y en el caso de más de un diagnóstico, se determinaron el segundo y tercer diagnósticos de consulta.

Se determinó el patrón de lactancia al ingreso y al egreso de cada uno de los niños, mediante recordatorio de 24 horas informado por la madre. . En los pacientes que presentaron solo una consulta, el patrón de al ingreso se consideró como el de egreso. La variable de tipo de lactancia se caracterizó de

acuerdo a una modificación de las recomendaciones del grupo inter-agencial para la acción en lactancia ¹⁵ como: **Lactancia Materna Exclusiva (LME)**: administración de leche materna sin ofrecer otro tipo de alimento *líquido o sólido*; **Lactancia Materna Casi Exclusiva (LMCE)**: la administración de leche materna más la administración infrecuente de vitaminas, minerales, agua, té, jugos o alimentos tradicionales. **Lactancia Materna Completa (LMC)**: es la suma de LME y la LMCE. **Lactancia Materna parcial (LMP)**: se considera a la alimentación de leche materna más la administración de sucedáneos. **Lactancia simbólica (LS)** como la administración infrecuente de leche materna **Alimentación Exclusiva con Sucédáneos (AES)**: alimentación exclusiva con sucedáneos de leche materna.

La información de los expedientes fue recolectada en cuestionarios pre codificados y capturada con un programa que permitió contar con un sistema de control de calidad en formato DBASE III plus. Se realizó primero una revisión de calidad y congruencia de los datos (análisis exploratorio).

El análisis de la información se realizó en STATA versión 5¹⁶.

Para las variables cuantitativas se determinaron las medidas de tendencia central y de dispersión y en el caso de las variables cualitativas las proporciones y frecuencias.

Se construyeron las siguientes variables dicotómicas (de tipo Bernoulli):

Variable lugar de residencia se reporta como residencia en el Distrito Federal o en el Estado de México u otro estado de la república. En el caso de la variable de estado civil se construyó la variable pareja estable (los casos reportados como casada y unión libre) y soltera. El tipo de parto fue catalogado como eutócico (nacimiento en posición cefálica por vía natural sin el uso de algún instrumento) o distócico (cesárea, fórceps o presentaciones diferentes a la cefálica), el tipo de anestesia se consideró como ninguno o algún tipo de anestesia (incluidos el bloqueo peridural y anestesia general).

Se realizaron comparaciones de las diferentes variables entre los casos que continuaron asistiendo a consulta a la CL con los que no continuaron la atención. En las variables continuas se realizó prueba t de student y prueba de Mann-Witney de acuerdo al caso y en las variables ordinales o categóricas se realizó prueba de chi-cuadrada o exacta de Fisher. Se realizó prueba del signo Wilcoxon para muestras pareadas para comparar los patrones de lactancia de inicio y egreso de acuerdo a los grupos. Se consideraron variables estadísticamente significativas con un valor $p < 0.05$ en una prueba de dos colas.

RESULTADOS.

Durante el 1o. de enero al 31 de diciembre de 1997 se atendieron 563 casos de primera vez en la CL del Servicio de Pediatría, Hospital General de México de la Secretaría de Salud. Se eliminó un expediente por presentar inconsistencia en la información. Por lo tanto, se incluyeron en el presente reporta 562 binomios madre-hijo.

En el cuadro 1 se presentan las características generales, reproductivas y perinatales de las madres atendidas en la consulta de primera vez de la Clínica de Lactancia. La edad y escolaridad promedio de las madres estudiadas fue de casi 25 años y con una escolaridad de 8.8 años. La mayor proporción de las mujeres (72%) participantes viven en el Distrito Federal y a excepción de un caso procedente del estado de Hidalgo, el resto residen en el Estado de México. El 72% reportó pareja estable y el 28% de las madres eran solteras. La mediana de número de embarazos fue de 1 y la proporción de mujeres primigestas fue 56%. En relación al control prenatal el 24% de las mujeres estudiadas no presentó un control prenatal y en el 76% del grupo con control prenatal, el promedio de consultas fue 5.4. Una cuarta parte de las mujeres presentó un parto distócico y el resto de las participantes, el parto fue eutócico. En 243 mujeres se administró algún tipo de anestesia y de estas solo en 6 se administró anestesia general. De las 246 mujeres con más de un embarazo, 150 (61%), informaron haber tenido una experiencia previa de lactancia.

En el cuadro 2 se presenta las características de los niños, inicio de la primera tetada y patrones de lactancia. La proporción hombre mujer de los niños estudiados fue similar, el peso promedio al nacer se reportó de 2 901 gramos, la mediana de inicio de primera tetada y edad del niño(a) al asistir a la consulta de primera vez de fue de 3 horas y 12 días respectivamente. El peso promedio a la primera consulta fue de 3342 gramos. El patrón de lactancia al ingreso se reportó de la siguiente manera, el 58.9% de los niños estudiados presentaron una LME, el 8,5 LMCE, el 23.4% una LMP (se incluyeron dos pacientes con LMS) y un 9.2 presentaban alimentación exclusiva con sucedáneos. De los pacientes que asistieron a la consulta de primera vez a la CL, el 62.3% continuó asistiendo a la CL al menos a una consulta, mientras que la proporción restante (37.7%) solo recibió la consulta de primera vez. El patrón de lactancia al egreso se presentó de la siguiente manera, el 79.4% de los pacientes presentó una LME, el 4.8% LMCE , el 9.8% LMP (incluido un paciente con LMS) y el 6% presentó alimentación exclusiva con sucedáneos.

En el cuadro 3 se presentan las diferencias entre los dos grupos (el grupo de binomios con asistencia solo a la consulta de primera vez y el grupo con seguimiento en la CL). Como se puede observar en el cuadro 3, no existen diferencias en la edad materna, el lugar de residencia, la presencia o no de pareja estable, el tipo de parto, la administración o no de anestesia durante el parto en los antecedentes de lactancia, trabajo materno actual en ambos grupos. Se apreció una ligera tendencia a mayor escolaridad en el grupo de una sola

consulta comparado con el grupo de seguimiento (9.1 ± 3.1 vs 8.5 ± 2.8 años de estudio) diferencia que fue marginal su significancia ($p 0.054$). Se encontró una proporción de primigestas del 40 y 50% en ambos grupos, diferencia que fue estadísticamente significativa (0.028). Se reportó una proporción ligeramente mayor de mujeres que reportaron estar estudiando al momento de la primera consulta en el grupo de una consulta comparado con el grupo con seguimiento (5 vs 2%), que fue estadísticamente significativa ($p 0.041$).

En el cuadro 4 se presenta la comparación de las características de los niños y el patrón de lactancia entre los grupos de una consulta y con seguimiento. No hay diferencias en el sexo del niño, la edad de la primera tetada o el peso del niño a la primera consulta en ambos grupos. La mediana de edad del niño al asistir a la primera consulta fue de 10 y 14.5 días de vida en ambos grupos diferencia que fue estadísticamente significativa ($p 0.047$). Se aprecia una mayor proporción de niños con LME en el grupo de seguimiento comparados con el grupo de solo una consulta (65 vs 49%), mientras que en el grupo de solo una consulta, fue mayor la proporción de niños con alimentación exclusiva con sucedáneos (14 vs 6%). Cuando se analizan las diferencias del patrón de ingreso y egreso estas diferencias fueron estadísticamente significativas. En los pacientes con una sola consulta se consideró el patrón de ingreso como el de egreso. Cuando se analiza la diferencia del patrón de egreso de los niños que presentaron seguimiento en la CL el 98% de los pacientes presentaron una LME mientras que el 1% curso con LMP o

alimentación exclusiva con sucedáneos. Cuando se comparó el patrón de ingreso y egreso en los pacientes con seguimiento, este fue estadísticamente significativo ($p < 0.0001$). La mediana de consultas del grupo de binomios con seguimiento fue de 3 con un mínimo y máximo de 1 y 12 (datos no presentados en el cuadro).

En el cuadro 5 se presentan los motivos de diagnóstico de asistencia a la primera consulta de CL de todos los pacientes. Como los pacientes presentaban más de una razón para asistir a esta consulta, se consideraron en caso de presentarse los tres primeros motivos de consulta. Como se observa en el cuadro los primeros cinco motivos de consulta fueron en orden descendente, incremento insuficiente de peso (26.08%), patología del pezón (19.13), relactancia (14.4%), madre trabajadora (12.42%) y producción insuficiente de leche (8.57%).

DISCUSION.

Como ha sido señalado recientemente por Shepherd y col.¹⁷, existen pocos estudios que evalúen y determinen las características de los no participantes en estudios de lactancia materna. Los autores encontraron que los principales factores que diferencian entre respondedores y no respondedores fueron la clase social, el tabaquismo y el patrón actual de lactancia. En relación a este último factor, el grupo de no respondedores alimenta más a sus niños con sucedáneos de leche materna.

Es importante señalar que a partir del inicio de la presente década se han realizado diversas acciones para modificar las prácticas de atención en los hospitales del Sistema Nacional de Salud que permitan un contacto más temprano, el alojamiento conjunto y la práctica de la lactancia materna durante el parto y puerperio inmediato¹⁸. Como parte de la estrategia denominada Hospitales Amigos del Niño y de la Madre, se han instalado numerosas clínicas de lactancia, pero hasta el momento no se cuenta con informes en la literatura que reporten las características de las pérdidas durante el seguimiento de las mismas, por lo que este sería el primer estudio en su tipo.

La edad y la escolaridad materna que en varios estudios se han informado como determinantes del patrón de lactancia^{19 20 21}, en el presente estudio no tuvo ninguna influencia en los pacientes con y sin seguimiento. Una

explicación es el hecho que las dos variables se han tomado como determinantes de riesgo de lactancia, mientras que en el estudio actual la variable de interés fue si continuaban o no con un seguimiento en una clínica especializada. En relación al tipo de parto no se encontraron diferencias en los dos grupos de estudio, a pesar que la cesárea se ha señalado como un factor negativo asociado a una lactancia exitosa ^{22 23}, la razón de no encontrar una significancia fue en un probable error de clasificación ya que solo se determinó si el parto fue eutócico o distócico situación que pudo subestimar la influencia de la cesárea en los resultados obtenidos. Un hecho que resalta es la administración de anestesia y en particular el bloqueo peridural en la población estudiada. En cuatro de cada diez mujeres se administró analgesia mientras que 3 de cada 4 partos fueron eutócicos. Se reportado que cuando se administra xilocaina a las madres durante el parto, esta puede condicionar disminución del tono y fuerza muscular en los neonatos ²⁴, situación que puede afectar su patrón de succión y reducir las posibilidades de una lactancia exitosa. Es necesario realizar un estudio que permita evaluar por tanto las indicaciones de administración de anestesia en las mujeres con trabajo de parto y además, la influencia de los anestésicos utilizados en el patrón de lactancia. Se observó una mayor proporción de mujeres primigestas en el grupo que asistió solo a una consulta de CL, desconociendo la razón de esta situación. Se deben de realizar estudios que se enfoquen a determinar las razones por las cuales las mujeres primigestas dejan de asistir a la CL. Es importante señalar que aunque son pocas las mujeres que estudian, este es un factor que influye en la no-

asistencia a la CL. La respuesta a esta situación está probablemente en el horario de clases de las madres o las actividades complementarias relacionadas con la asistencia a la escuela los que dificulta continuar asistiendo a la consulta de CL. Tres aspectos destacan en el presente estudio, el lugar de residencia y el trabajo materno. En forma inicial consideramos que si la madre tenía una residencia cercana a la CL favoreciere su asistencia a la misma y el trabajo materno por se tendría un efecto negativo en la asistencia a la CL, situaciones que no se demostraron en el presente estudio. El tercer aspecto está relacionado con la edad del niño y la consulta de seguimiento. Se observó que a una menor edad del niño es probable que deje de asistir a la CL. Estos tres factores requieren de evaluaciones ulteriores.

Un aspecto que debe ser tratado en forma particular es el patrón de lactancia de los niños atendidos en la CL. Se aprecia que si el niño presenta alimentación con sucedáneos o alimentación parcial con leche materna al ingreso, disminuyen las probabilidades que continúe el seguimiento. Esta situación podría estar relacionada con la decisión de la madre en relación a la forma de alimentación. En estudios realizados en dos zonas rurales de nuestro país por Pérez-Gil-Romo y col.²⁵, reportan que las madres deciden como alimentar a sus hijos durante los primeros días de vida. Losch y col.²⁶, en una revisión del impacto de las actitudes en las decisiones maternas relacionadas con la alimentación infantil, mencionan que en estudios de países industrializados, la decisión de alimentación infantil es realizada por la madre

durante las etapas tempranas del embarazo. Por lo tanto, la explicación sería que la madre antes de asistir a la CL ha tomado la decisión de como alimentar a su hijo, condición que no será modificada con la atención brindada en esta consulta especializada. Por lo tanto, es necesario que la madre reciba una información adecuada de los beneficios y ventajas de la lactancia natural en etapas tempranas del embarazo, estrategia que tendría un impacto positivo en una lactancia exitosa²⁷. Otra situación que es importante resaltar es acerca del patrón de alimentación de los niños atendidos en la CL. La diferencia en el patrón de lactancia de ingreso y egreso es altamente significativa, pero lo más importante es el efecto que tiene continuar asistiendo a la consulta de esta clínica. En los niños con seguimiento, el 65 y el 6% presentaban alimentación exclusiva al seno materno y con sucedáneos respectivamente, al ingreso a la CL. El patrón de egreso fue casi en su totalidad con lactancia materna exclusiva (98% LME y el 1% alimentación exclusiva con sucedáneos), que es una proporción mayor de LME a la reportada por Nanavati y col.²⁸ (78% de pacientes con LME). Esta diferencia es altamente significativa, lo que indica que existe un efecto positivo en la alimentación adecuada del niño durante esta etapa de su vida que se verá reflejada en una menor morbilidad y mortalidad infantil^{29 30 31}. Reportes de Chile, que evalúan los efectos de un programa de lactancia materna con pláticas prenatales, apoyo y educación mensual, visitas domiciliarias, vigilancia de crecimiento y asistencia en regresar a una lactancia exclusiva, han señalado que se incrementa la proporción de lactancia materna

exclusiva en los primeros 6 meses postparto con una disminución en la morbilidad infantil ³².

En relación con el motivo de asistencia a la CL, los autores señalan que la causa más frecuente de asistencia a la CL es producción insuficiente de leche ¹¹ ²⁷. En el presente estudio se observó como principal motivo de consulta incremento insuficiente de peso del niño y en quinto lugar producción insuficiente de leche. Las razones para este cambio puede estar en el tipo de atención que reciben actualmente los binomios madre-hijo durante el parto y el período postnatal inmediato. Durante la atención del parto se favorece el contacto temprano, se realiza el alojamiento conjunto además de brindarle a la madre previo al egreso hospitalario orientación de una técnica adecuada de amamantamiento. Posterior a su egreso el niño recibe atención para su evaluación en la clínica de atención del recién nacido. El personal de salud de las áreas de hospitalización y consulta postparto, está capacitado en aspectos relacionados con la lactancia. Todos estos factores permiten probablemente un tamizaje de los casos que son atendidos en la CL situación que modifica sustancialmente los motivos de consulta de la CL.

La atención brindada en la CL debe ser considerada dentro de la "cadena de calidez" para la lactancia materna ³³, cadena que inicia con la orientación prenatal y finaliza cuando se presenta el destete del niño. Esta cadena puede ser comparada con su impacto en la prevención de un millón o más de muertes

CONCLUSIONES.

En el presente estudio se presenta la caracterización de los binomios madre-hijo que asisten a una Clínica de Lactancia del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud durante 1997.

De 562 pacientes que asistieron a la consulta de primera vez a la CL del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud, el 62.3% continuó asistiendo a la CL al menos a una consulta, mientras que el 37.7% restante solo recibió la consulta de primera vez.

En las mujeres primigestas, con mayor grado de escolaridad, que estén estudiando actualmente, con una edad del niño en días mayor y que al momento de acudir a la consulta de CL del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud presenten un patrón de alimentación con sucedáneos o lactancia parcial, se deben desarrollar estrategias para que continúen el seguimiento en la CL. Es necesario continuar con las acciones de orientación a las mujeres en las etapas tempranas del embarazo sobre las ventajas y beneficios de la lactancia.

Se debe de fortalecer la capacitación en lactancia dirigida al personal de salud que atiende a los binomios madre-hijo, la creación y funcionamiento de clínicas de lactancia o similares en las instituciones del Sistema Nacional de

Salud, no solo en el segundo y tercer nivel sino también la creación de estos sistemas de atención en el primer nivel de atención, situaciones que permitirán una mayor proporción de binomios con una lactancia exitosa.

Cuadro 1. Características generales, reproductivas y perinatales de las madres atendidas en la Clínica de Lactancia del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud, 1997. *

Variables estudiadas +	Medidas de tendencia central y dispersión	Valores mínimos y máximos
Promedio de edad materna (n = 556)	24.8 ± 6.2	14 - 44
Promedio de escolaridad materna (: 541)	8.9 ± 3	1 - 20
Lugar de residencia (N:557) %		
<i>Distrito Federal</i>	71.6	
Estado de México u otro estado ‡	28.4	
<i>Pareja</i> (n = 547) %		
Estable	71.6	
Soltera	28.4	
Mediana de número de embarazos (N:541)	1	1 - 8
Primigestas %	56.2	
Más de un embarazo %	43.8	
Presencia de control prenatal (N:559) %		
Sí	76.2	
No	23.8	
Número consultas (n =:426)	5.4 ± 3.6	1 - 30
Tipo de parto %		
Eutócico	74.7	
distócico	25.3	
Tipo de anestesia administrada durante el parto %		
Ninguna	56.8	
Bloqueo o anestesia general **	43.2	
Antecedentes de lactancia %		
Sí	26.7	
No	73.3	
Trabajo materno actual: (n:547) %		
Sí	19	
No	81	

* El total de la muestra es de 562 casos.

+ En caso de información faltante, se presenta entre paréntesis inmediatamente después de la variable, el número de casos con información disponible.

‡ Se incluye un caso procedente del Estado de Hidalgo

** Se incluyen 6 casos con anestesia general

Cuadro 2. Características de los niños, inicio de la primera tetada y patrones de lactancia, Clínica de Lactancia del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud, 1997. *

Variables estudiadas +	Medidas de tendencia central y dispersión †	Valores mínimos y máximos
Sexo del niño (n = 541)		
Masculino %	50.5	
Femenino %	49.5	
Peso al nacimiento (g) : (n = 546)	2901.2 ± 611.2	780-4770
Edad de la primera tetada, (en horas de vida): (N:495)	3	0 - 1440
Edad actual del niño (días de vida): (N:559)	12	2 - 175
Peso del niño en la primera consulta (g): (N:524)	3342.4 ± 1137	1455-7820
Patrón de lactancia en la primera consulta(%):		
Lactancia materna (LM) exclusiva		
LM casi exclusiva	58.9	
LM parcial **	8.5	
Alimentación exclusiva con sucedáneos	23.4	
Seguimiento de pacientes: (%) ‡	9.2	
Si		
No	62.3	
Patrón de lactancia en la última consulta: (%)++	37.7	
Lactancia materna (LM) exclusiva		
LM casi exclusiva	79.4	
LM parcial ††	4.8	
Alimentación exclusiva con sucedáneos	9.8	
	6.0	

* El total de la muestra es de 562 casos.

+ En caso de información faltante, se presenta entre paréntesis inmediatamente después de la variable, el número de casos con información disponible.

† De acuerdo a las características de la variable se reporta media y desviación estándar o mediana. Para las variables ordinales o categóricas se reporta la proporción

‡ Se considera seguimiento a los pacientes que recibieron más de una consulta en la Clínica de Lactancia

++ En los pacientes con solo una consulta, el patrón de lactancia de ingreso se consideró el de egreso.

** Se incluyen dos pacientes que presentaron lactancia materna simbólica

†† Se incluye un paciente con lactancia materna simbólica

Cuadro 3. Comparación de pacientes que asistieron a consulta de primera vez y con seguimiento a la Clínica de Lactancia del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud, 1997.

Variable estudiada	Grupo de binomios con una consulta	Grupo de binomios con seguimiento	Valor p
Edad materna ¹	24.2 ± 5.8	25.1 ± 6.4	ns
Escolaridad materna ¹	8.5 ± 2.8	9.1 ± 3.1	0.054
Residencia en el Distrito Federal ²	71 (150/210)	72 (249/347)	ns
Pareja Estable ²	73 (149/205)	71 (243/342)	ns
Primigestas ²	50 (105/211)	40 (141/350)	0.028
Presencia de control prenatal ²	73 (154/210)	78 (272/379)	ns
Parto eutócico ²	78 (165/212)	73 (255/350)	ns
Ningún tipo de anestesia durante el parto ²	60 (127/212)	55 (192/350)	ns
Antecedentes de lactancia en la madre ²	70 (149/212)	75 (263/350)	ns
Trabajo materno actual ²	18 (38/208)	19 (66/339)	ns
Estudia actualmente la madre ²	5 (10/208)	2 (6/339)	0.041

¹. Se reporta el promedio y la desviación estándar

². Se reporta la proporción de los casos de acuerdo al número total de información obtenida en cada grupo (el número de casos y el total del grupo se reporta entre paréntesis)

ns: valor no significativo

Cuadro 4. Comparación de binomios (madre-hijo) que asistieron a consulta de primera vez y con seguimiento a la Clínica de Lactancia del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud, 1997.

Variable	Grupo con una consulta	Grupo con más de una consulta	Valor p
Sexo del niño ¹			
Masculino:	104	169	ns
Femenino:	98	170	
Promedio de peso al nacimiento (g): ²	2923.6 ± 646.9	2887.7 ± 589.2	ns
Mediana de edad del niño (en horas de vida) a la primera toma:	3	3	ns
Mediana de edad (en días) del niño a la primera consulta:	10	14.5	0.047
Promedio de peso (g) del niño en la primera consulta: ²	3314.1 ± 1083.2	3359.5 ± 1169.3	ns
Patrón de lactancia en la primera consulta ³	(n = 212)	(n=350)	
Lactancia materna (LM) exclusiva	49 (104)	65 (227)	
LM casi exclusiva	11 (23)	7 (25)	
LM parcial	26 (55)	22 (76)	
Alimentación exclusiva con sucedáneos	14 (30)	6 (22)	0.001
Patrón de lactancia en la última consulta ⁴	(n = 212)	(n = 350)	
LM exclusiva	49 (104)	98 (342)	
LM casi exclusiva	11 (23)	1 (4)	
LM parcial	26 (55)	-	
Alimentación exclusiva con sucedáneos	14 (30)	1 (4)	< 0.0001

¹. Se reporta la proporción de los casos de acuerdo al número total de información obtenida en cada grupo.

². Se reporta el promedio y la desviación estándar (DE)

³. Se reporta el número de casos por cada grupo y en el tipo de lactancia se reporta la proporción de los casos de acuerdo al número total de información obtenida en cada grupo

Cuadro 5. Motivos de consulta de ingreso* en los binomios madre-hijo, atendidos en la consulta de primera vez de la Clínica de Lactancia del Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud, 1997.

Motivo de consulta	Categoría del Diagnóstico			Número total de casos (% global) (n = 805)
	Primero (n = 562)	Segundo (n = 206)	Tercero (n = 37)	
Incremento insuficiente de peso	153	52	5	210 (26.08)
Patología del pezón	135	18	1	154 (19.13)
Relactancia	59	42	15	116 (14.40)
Madre trabajadora	92	7	1	100 (12.42)
Producción insuficiente de leche	54	15	-	69 (8.57)
Peso bajo del R.N.	15	28	5	48 (5.97)
Patología mamaria	23	18	4	45 (5.59)
Otros Diagnósticos	4	22	6	32 (3.98)
Malformaciones del R.N.	11	-	-	17 (2.11)
Medicamentos	17	2	-	9 (1.12)
Disfunción motora-oral	6	2	-	5 (0.62)

** Se incluyen 11 casos de labio y paladar hendido y 6 de Síndrome de Down

BIBLIOGRAFIA.

1. Emery JL, Scholey S, Taylor EM. Decline in breastfeeding. *Arch Dis Child* 1990;65:369-372.
2. WHO. Global Data Bank on Breast-feeding. Breast-feeding: The best start in life. Nutrition Unit World Health Organization, Geneva, 1996. (document WHO/NUT/96.1).
3. Organización Mundial de la Salud. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra, 1981.
4. *Declaración conjunta de la OMS/UNICEF. Protección promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1989.
5. Marín BV. Promoción de la lactancia materna mediante una acción educativa dirigida a mujeres embarazadas. *Bol Of Sanit Panam.* 1988;104:14-22.
6. Lawrence R. Breast-Feeding. *Pediatrics in Rev.* 1989;11:163-71.
7. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105-07.
8. Naylor A, Wester R. Providing professional lactation management consultation. *Clin Perinatol* 1987;14:33-38.
9. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:185-89.
10. Gómez FS. Clínica de lactancia. En: *Lactancia Materna en México. Comité Nacional de Lactancia Materna 1989-1994. Dirección General de Atención Materno Infantil SSA (ed). Lactancia Materna en México. México 1994, pag. 133-137.*
11. Mukasa GK. A 12-month lactation clinic experience in Uganda. *J Trop Pediatr* 1992;38:78-82.
12. Neifert MR, McDonough SL, Neville MC. Failure of lactogenesis associated with placental retention. *Am J Obstet Gynecol* 1981;140:477-478.
13. Neifert MR, Seacat JM, Jobe WE. Lactation failure due to insufficient glandular development of the breast. *Pediatrics* 1985;76:823-28.
14. Espinosa AA. Experiencia de la Clínica de Lactancia, Hospital General de México.

-
15. Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plan* 1990;21:226-230.
 16. Stata Corporation. *Stata Statistical Software. Release 5.0.* College Station, Tx. Stata Corporation; 1997.
 17. Shepherd CK, Power KG, Carter H. Characteristics of responders and non-responders in an infant feeding study. *J Public Health Med* 1998;20:275-80.
 18. Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. *Salud Publica Mex* 1997;39:110-116.
 19. Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics* 1984;74:667-94.
 20. Valdespino GJ, Gómez DH, Garnica ME, Lam N, Herrera MC. Encuesta Nacional de Salud 1986. Patrones de lactancia y ablactación en México. *Salud Publica Mex* 1989;31:725-734.
 21. Pérez-Escamilla R. Breast-feeding patterns in nine Latin American and Caribbean countries. *Bull PAHO* 1993;27:32-42.
 22. Procianny RS, Fernandes-Filho PH, Lazaro L, Sartori NC. Factors affecting breastfeeding: the influence of cesarean section. *J Trop Pediatr* 1984;30:39-42.
 23. Victora CG, Huttly SR, Barros FC, Vaughan JP. Cesarean section and duration of breast feeding among Brazilians. *Arch Dis Child* 1990;65:632-34.
 24. Magno R, Berlin A, Karlsson K et al. Anesthesia for cesarean section. IV. Placental transfer and neonatal elimination of bupivacaine following epidural analgesia for elective cesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand* 1976;20:141.
 25. Pérez-Gil-Romo SE, Rueda Arrónis F, Díez-Urdanivia-Coria S. Lactancia y cuidado de los hijos: Estudio de casos en dos zonas rurales de México. *Salud Publica Mex* 1993;35:692-699.
 26. Losch M, Dungey CI, Russell D, Dusdieker LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 1995;126:507-14.
 27. Wiles L. The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1984;13:253-257.

-
28. Nanavati RN, Mondkar JA, Fernandez AR, Raghavan KR. Lactation management clinic-positive reinforcement to hospital breastfeeding practices. *Indian Pediatr* 1994;31:1385-89.
 29. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2:319-322.
 30. Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe P. Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. *J. of Pediat.* 1991;118:659-666.
 31. López-Alarcón M, Villalpando S, Fajardo A. Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *J Nutr* 1997;127:436-443.
 32. Burkhalter BR, Marin PS. A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *Int J Gynecol Obstet* 1991;34:353-9.
 33. A warm chain for breastfeeding [Editorial]. *Lancet* 1994;344:1239-41.