

11226
1

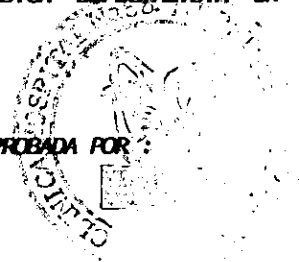


LA TESIS TITULADA : PATRONES DE LACTANCIA MATERNA E INFECCIONES

PRESENTADA POR : LA DRA. MARIA ESTELA ACOSTA ROMERO

EN CUMPLIMIENTO A LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MEDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

FUE APROBADA POR :



DR. ARMANDO ROJAS GUZMAN

Jefe de EDUCACION E INVESTIGACION MEDICAS

DR. VICTOR MANUEL ESCOBEDO SOSA

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZADO EN MEDICINA FAMILIAR

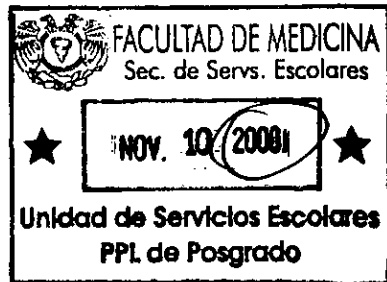
DRA. MARIA ESTELA PALAPA ACOSTA

MEDICO NO FAMILIAR - PEDIATRA

ASESOR DE TESIS



285894





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

RESUMEN	2
INTRODUCCION	15
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	10
CUADROS Y GRAFICAS	13
DISCUSION DE LOS RESULTADOS	19
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFIA	23
ANEXO	26

R E S U M E N

OBJETIVOS: Identificar el grado de asociación entre los patrones de lactancia y la frecuencia de los cuadros infecciosos en los niños.

Estimar el riesgo para las enfermedades infecciosas en los diferentes patrones de lactancia.

DISEÑO : Prospectivo, Comparativo, Logitudinal, Observacional.

MARCO DE REFERENCIA : Recien nacidos de término, eutróficos, atendidos por parto eutócico en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 68 del I.M.S.S. de la Delegación Estado de México.

PACIENTES : Muestra no probabilística, del tipo muestreo internacional, constituido por 100 recién nacidos de término, eutróficos, obtenidos por parto eutócico, sin malformaciones congénitas, derechohabientes, cuyas madres tenían el antecedente de haber sido informadas en la etapa prenatal y perinatal inmediata, sobre las ventajas de la práctica de la lactancia materna exclusiva y que aceptaron ser incluidas en el grupo de investigación.

INTERVENCIONES : En cada uno de los casos incluidos Previa autorización, se efectuó el llenado de la encuesta no validada "Patrones de lactancia e infecciones", en el área de toco-quirúrgica, se obtuvieron los datos de identificación del binomio madre - hijo antes de ser egresados, posteriormente se efectuó seguimiento durante cuatro meses a intervalos mensuales, en la consulta externa de

pediatría médica, en cada una de las consultas se actualizó la encuesta, en relación al tipo de lactancia, en los casos de abandono de la materna exclusiva, se identificó : la razón principal que motivo el abandono, el tipo de líquidos y/o el tipo de fórmula que substituyo a la leche materna. Mensualmente se registraron, las modificaciones - en el peso y la talla, asimismo se registro el número de cuadros infecciosos presentes en cada uno de los subgrupos de lactancia.

MEDICIONES Y RESULTADOS : De las 100 madres que inicialmente aceptaron la lactancia materna exclusiva (LME), - al primer mes 27 dejaron de practicarla, a expensas principalmente de la práctica de la lactancia artificial (LA). Del segundo al cuarto mes, continuó el abandono paulatino de LME, pero a expensas de la práctica de lactancia materna parcial - (LMF), resultando de finalmente que 52% practicaban LMP, la LME y LA 22% respectivamente y 4% lactancia materna casi exclusiva (LMCE). En 55% de los casos el abandono de la LME se asocio a familiares que desalientan su práctica. En la LMCE - en el 53% de los casos se ministro Matricaria, -- Chamamilla. (Manzanilla).

En LMP y LA en el primer mes predomina la leche - modificada en proteínas pero en el segundo al --- cuarto mes fué leche entera. Los incrementos de peso, fueron más marcados en LMP en el primer mes, en el segundo en LMCE en los meses primero, segun do y cuarto, en el tercero se presento en LMP.

La tasa de Incidencia de infecciones fué mayor - en las lactancias diferentes a la materna exclusi

va al igual que el riesgo relativo para las mismas principalmente en los tres primeros meses de seguimiento.

Las diferencias de los cuadros infecciosos entre el grupo de LME y el de los otros tipos de lactancia obtuvieron P 0.05.

CONCLUSIONES : El patrón de lactancia tiene relación con la frecuencia de infecciones en el niño. El riesgo relativo de infecciones en lactancia diferentes a la materna exclusiva es mayor (2.3 a 4.5).

PALABRAS CLAVES : Lactancia Materna, Infecciones.

I N T R O D U C C I O N

Durante los últimos veinte años, el tema de la lactancia al pecho materno ha sido discutido de manera más emocional que científica. diferentes estudios han demostrado que tanto el calostro como la leche madura son un recurso alimentario de valor insustituible tanto para los recién nacidos de término como de pretérmino, ya que además de su contenido con funciones nutricionales, posee factores solubles y celulares que intervienen como mecanismos de protección específicos, activos/pasivos, contra numerosas infecciones bacterianas, virales y parasitarias (1,2,3,4,5,6.).

Los trabajos de Ogra, Wyatt, Pittard, Michael y Palmer establecen con precisión la presencia de inmunoglobulinas de predominio IgAs, el aspecto de actividad antimicrobiana, así como la presencia de células con predominio de macrófagos y las diferencias entre calostro y leche madura. La lista de factores solubles identificados incluye ; inmunoglobulinas; sistema de complemento; lactoferrina; lactoperoxidasa; lisosomas; factores quimiotácticos y de resistencia bacteriana y viral; interferón y sustancias inmunosupresoras de células "T" (1,7).

Sin embargo, la demostración del efecto protector contra un microorganismo patógeno en particular en la especie humana, no ha sido fácil de probar, debido principalmente a la multiplicidad de factores y variables involucrados. Existiendo hasta el momento escasos trabajos al respecto, siendo clásico el de Glass en 1983, realizando con efecto protector de la leche humana contra el *Vibrio cholerae* y más recientemente los de varios autores en la relativa a *Escherichia Coli* y la inhibición de los factores de colonización C F A I, C F A I I y P C F - 8775, así como otros similares (1,7).

Ruiz - Palacios en su investigación de diarrea en lactantes - por Campylobacter, encontró que la IgA tiene un efecto antagonista al ácido extractable de glicina contra antígenos de Campylobacter.

El efecto portector de la alimentación al seno materno, para otras enfermedades ha sido comprobado mediante estudios re---trospectivos y porspectivos, estableciendo que los factores - ambientales disminuyen su potencialidad de factores de riesgo cuando la lactancia materna se práctica en forma exclusiva -- por un periodo mayor a cuatro meses después del nacimiento del niño, siendo esro más evidente para las ototos (8,9,10,11,12, 13).

La bondad de la lactancia se manifiesta de manera objetiva en el desarrollo corporal del niño; al menos hasta el cuarto mes de vida, los infantes alimentados exclusivamente con el seño materno tienen un crecimiento más armónico y un menor índice de cuadros infecciosos (6,14,15,16).

En 1988 en un estudio realizado acerca de los patrones de lacuntancia en América se observó que en México; la duración de la lactancia natural era de 8.2 meses en el medio urbano, de ---14.4 en el rural, correspondiendole solo el 35% a la lactan--cia exclusiva, siendo practicada hasta los 2 meses en el 77% (17).

Se ha determinado como lactancia casi exclusiva; a la alimen--tación al pecho principalmente pero con pequeñas cantidades - de otros líquidos y lactancia parcial; la combinación de lac--tancia materna con otros alimentos líquidos y sólidos (7).

El efecto protector de la leche materna contra las enfermeda--des infecciosas en los primeros meses de vida del niño alimenu

tado en forma exclusiva con esta, ha sido demostrado claramente en multiples investigaciones, en la mayoria de los casos - en forma comparativa con lactancia artificial; más son embargo, no es común encontrar referencia de la afectación de dicho efecto en otro tipo de lactancias maternas lactancia casi exclusiva, lactancia parcial (17).

Por tanto resultaría trascendental para la promoción de la -- lactancia materna exclusiva, el identificar la movilidad de - las enfermedades infecciosas en la totalidad de categorías de la lactancia materna así como en la lactancia artificial.

MATERIAL Y METODOS

Del 15 de febrero al 15 de marzo de 1997, se seleccionaron -- 100 recién nacidos de término, eutróficos, obtenidos por parto eutócico en el área de toco-quirúrgica del Hospital General de Zona No. 68, sin malformaciones congénitas, cuyas madres tuvieron los antecedentes de ; ser derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 68 (UMF No. 68); haber sido -- informados en la etapa prenatal y perinatal inmediata sobre -- las ventajas de la práctica de la lactancia materna exclusiva a libre demanda. Independientemente del patrón de lactancia a poner en práctica a su egreso de la Unidad.

Previa explicación de los objetivos de la investigación a la madre del recién nacido y aceptación de su inclusión, en cada uno de los casos, antes del egreso del área de toco-quirúrgica, se inició el llenado de la encuesta no validada "Patrones de lactancia e Infecciones" (Anexo 1) en su apartado 1, obteniéndose

además del nombre de la madre, la fecha de nacimiento, el peso, la talla, Apgar y Silverman del recién nacido, así como el número de consultorio y turno en el que se les otorgara la -- atención médica en la UMF No. 68. Después de esto, se les -- otorgó fecha para la consulta de seguimiento en el área de -- consulta externa de pediatría médica. El seguimiento se efectuó por un período de cuatro meses a intervalos mensuales y el mismo día en el que acudían a consulta de control de niño sano con el médico familiar y/o la enfermera materno-infantil de la UMF No. 68.

En cada una de las consultas de seguimiento, se realizó la encuesta en sus apartados II y III identificando el tipo de lactancia que se practicó en el transcurso del mes correspondiente al de la consulta, en los casos de abandono de la lactan--

cia materno exclusiva, se interrogó sobre los motivos que determinaron el abandono; en lactancia casi exclusiva se identificó el tipo de líquidos otorgados al paciente y la frecuencia de las tomas y si se uso biberón o no, en lactancia parcial se identificó el tipo de fórmula láctea, si difisión así como la frecuencia de las tomas y uso de biberón.

Tanto en los aliemntados al seno materno como en los alimentos a biberón, se detectaron y corrigieron los errores en la técnica alimentaria correspondiente.

Después de los anterior se interrogó lo relativo a la presentación de cuadros infecciosos (urinariosm respiratorios, gastrointestinales y óticos) em el transcurso del mes, anotandose en la encuesta en caso de ser positivo, al igual que el peso y la talla correspondiente al mes de seguimiento.

El antecedente de infecciones se sotejo con la información -- contenida en el expediente clínico del menor ubicado en la -- UMF No. 68.

Terminado el período de seguimiento de la totalidad de los pacientes, se realizó tratamiento estadístico descriptivo: aritmético, tubular y gráfico, se calculó el riesgo correspondiente.

Así como la siguiente estadística de las diferencias de los - cuadros infecciosos en la lactancia materna exclusiva y en -- los otros tipos de lactancia, mediante prueba para hipotesis de tipo no paramétrico ji cuadrada para cuadros de 2X2.

R E S U L T A D O S

Inicialmente el tótal de las madres refirieron antes de ser egresadas del servicio de toco-quirúrgica, que precticarían lactancia materna exclusiva (LME), más sin embargo, en la consulta de seguimiento del primer mes, 27 ya habían abandonado su práctica, de éstas: 20 refirieron estar precticando lactancia artificial (LA), 5 optaron por lactancia materna parcial (LMP) y 2 por lactancia materna casi exclusiva (LMCE). En el segundo mes se presentaron 28 casos de abandono de (LME) además 3 madres que en el primer mes habian practicado (LA) cambiaron a (LMP). En el tercer mes 17 casos de LME, optaron por practicar LMP y 6 del subgrupo de LMCE, 5 cambiaron a la LA y uno a LMP. En el último mes de seguimiento se presentaron 6 casos de abandono de LME, cambiaron a LMP, y 3 del subgrupo de LMCE cambiaron al de LMP (Cuadro y gráfica No. 1).

Los factores que se asociaron al abandono de la práctica de la LME fueron cuatro, siendo en el 55.1% de los casos el de familiares que desalientan su práctica (madre y suegra), seguido en orden decreciente por : trabajo fuera del hogar, "el bebe no se llena" y producción insuficiente o falta total de leche. (Cuadro No. 2).

En el 100% de los casos de abandono de LME, se empleó biberón. Los líquidos ministrados en el subgrupo de LMCE fueron : decocción de Matricaria Chamamilla.(manzanilla) en 53.9%, "thé de anis" 23.1%, decocción de Mentha Piperita L (hiervabuena), 15.4% y en 3.8% respectivamente agua de arroz y agua con azúcar. En la LMP y LA en el primer mes el 60% proporciono leche modificada en proteínas y en 40% leche entera, a partir del segundo mes y hasta el cuarto, en 2 casos se empleó fórmula no láctea (soya) y en el resto de los casos leche entera, en la totalidad de los casos identificado gran variación en el número de tomas, no fué factible efectuar la tipificación

LMCE y LME (cuadros nos. 4,5,6).al igual que en el primer las diferencias existentes entre el numero de cuadros infecciosos en LME (3) y el de los otros tipos de lactancia (11) no fue estadisticamente significativo (p mayor de 0.10), y el RR para los otros tipos de lactancia fué de 3.0 para los procesos infecciosas.

En el tercer mes hubo catorce cuadros infecciosos de LMP se obtuvo la mayor frecuencia absoluta en los mismos, corespondiendoles una tasa de incidencia de 16.3, superada por su corespondiente en el subgrupo LP (Cuadros 4,5,6). los dos cuadros infecciosos que se presentaron en los 28 lactantes del subgrupo de LME, contra los 12 cuadros infecciosos de los 72 lactantes de las otras lactancias, obtuvo una p mayor de .90, y el RR para las otras lactancias disminuyo a 2.3. En el ultimo mes de seguimiento se refirieron 5 cuadros infecciosos, 2 IRA en el subgrupo de LMP y 3 GEPI, de los cuales 2 se refirieron en el subgrupo de LA y una en el de LMP --- (Cuadros 4,5,6).

de la LMP.

La media aritmética del peso inicial fué de 3,517 g (D.E. --- 425) y para la talla fué de 49.7 (D.E 2). En el primer mes de seguimiento, las diferencias de las medias aritméticas del peso con las iniciales, en los subgrupos de LME y LMCE fueron negativas, identificandose la mayor ganancia de peso en LMP; en los casos de la talla, el incremento fue mayor en ---- LMCE y en LME. En el segundo mes el mayor incremento de peso se detectó en LME (775 g) y en LA (693 g), en tanto que el de talla lo fupe en LMCE (4.4 cm). En el tercer mes en el subgrupo de LMCE hubo un incremento de 778 g y en el de LMP de - 763 g. y la talla en LMP hubo una diferencia de 3.8 cm contra la meda del mes anterior en el LME fué de 3.7 cm. En el último mes de seguimiento el mayor incremento de pesos y talla se presento en LMCE (Cuadro No. 3).

En lo referente a la presentación de procesos infecciosos, en el primer mes de seguimiento en LME se presentaron tres casos de infección respiratoria alta (IRA), al igual que en LA; la gastroenteritis probablemente infecciosa (GEPI) se refirió, - un caso en LMCE y en LA, en el subgrupo de LMP no se presentó ningún tipo de proceso (Cuadros 4,5). De acuerdo al número de lactantes en cada subgrupo, la mayor incidencia de infecciones se registro en LMCE, seguido de AL y LME (Cuadro No 6). Los 3 cuadros infecciosos de LME y los 5 registrados en los --- otros tipos de lactacia; obtuvieron una p mayor de 0.05 para el riesgo relativo (RR) para los otros tipos de lactacia fué de 4.5

En el segundo mes se registraron 14 cuadros infecciosos (10 IRA y 46 EPI) siendo el subgrupo de LMP en el que se presento la mayor frecuencia de cuadros infesosos (4 IRA y 26 EPI), ob teniendo por lo tanto la mayor tasa de incidencia para los -- mismos, seguido en orden decreciente por los subgrupos de LA,

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE TIPOS DE LACTANCIA POR MES DE SEGUIMIENTO

TIPO DE LACTANCIA	INICIAL	MES DE SEGUIMIENTO			
		PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO
MATERNA EXCLUSIVA	100	73	45	28	22
MATERNA CASI EXCLUSIVA	—	2	13	7	4
PARCIAL	—	5	25	43	52
ARTIFICIAL	—	20	17	22	22
TOTAL	100	100	100	100	100

CUADRO No.2

PRINCIPALES FACTORES QUE MOTIVARON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
 POR MES DE SEGUIMIENTO

FACTOR	MES DE SEGUIMIENTO				TOTAL No.	TOTAL %
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO		
FAMILIAS QUE DESALIENTAN LA LACTANCIA MA- TERNA EXCLUSI- VA	17	22	4	0	43	55.1
TRABAJO FUERA DEL HOGAR	2	2	9	3	16	20.5
EL BEBE SE LLENA	3	4	4	0	11	14.1
PRODUCCION INSUFICIENTE O FALTA TOTAL	5	0	0	3	8	10.3
TOTAL	27	28	17	6	78	100

CUADRO No.3

DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS ARITMETICAS DEL INCREMENTO DEL PESO (gr) Y LA TALLA (cm)

POR MES DE SEGUIMIENTO SEGUN TIPO DE LACTANCIA

TIPO DE LACTANCIA	INICIAL		MES DE SEGUIMIENTO							
	PESO	TALLA	PRIMERO PESO	TALLA PESO	SEGUNDO PESO	TALLA PESO	TERCERO PESO	TALLA PESO	CUARTO PESO	TALLA
MATERNA EXCLUSIVA	3517,15	49.7	-37	2.75	775	3.28	566	3.69	560	3.03
MATERNA CASI EXCLUSIVA	--	-	-17	2.80	550	4.34	788	3.16	947	3.75
MATERNA PARCIAL	--	-	-575	1.90	210	3.96	763	3.81	551	3.29
ARTIFICIAL	--	-	-263	2.20	6.93	3.44	545	3.30	602	2.50

CUADRO No.4

FRECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS POR MES DE SEGUIMIENTO DE LACTANCIA

TIPO DE LACTANCIA	MES DE SEGUIMIENTO			
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO
MATERNA EXCLUSIVA	3	2	2	0
MATERNA CASI EXCLUSIVA	0	1	1	0
MATERNA PARCIAL	0	4	3	2
ARTIFICIAL	3	3	3	0
TOTAL	6	10	9	2

CUADRO No. 5

FRECUENCIA DE GASTROENTERITIS PROBABLEMENTE INFECCIOSA POR MES DE SEGUIMIENTO SEGUN TIPO DE LACTANCIA

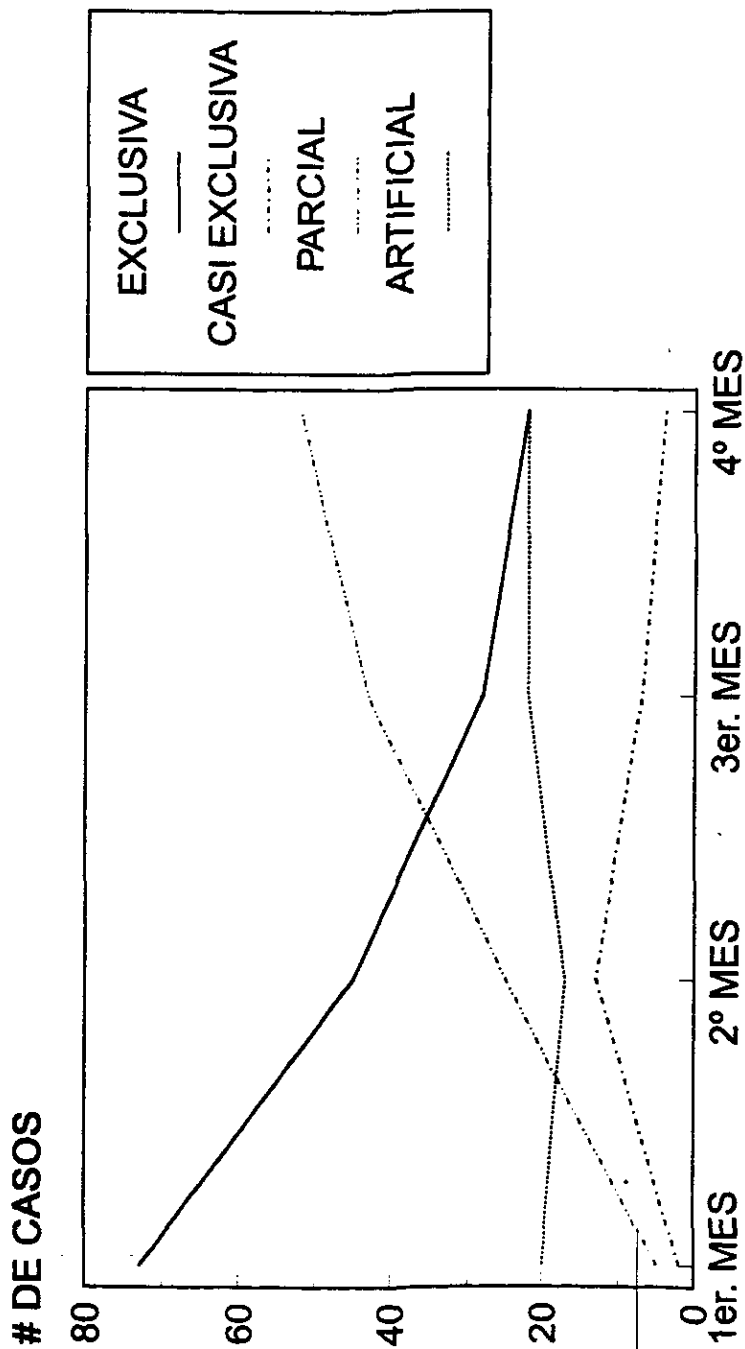
TIPO DE LACTANCIA	MES DE SEGUIMIENTO			
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO
MATERNA EXCLUSIVA	0	1	0	0
MATERNA CASI EXCLUSIVA	1	1	0	0
MATERNA PARCIAL	0	2	4	1
ARTIFICIAL	1	0	1	2
TOTAL	2	4	5	3

CUADRO No. 3

FRECUENCIA Y TASA DE INFECCIONES POR MES DE SEGUIMIENTO SEGUN TIPO DE LACTANCIA

TIPO DE LACTANCIA	MES DE SEGUIMIENTO							
	No.	PRIMERO T. I. No.	SEGUNDO T. I. No.	TERCERO T. I. No.	CUARTO T. I. No.	T. I.		
MATERNA EXCLUSIVA	3	4.1 3	6.7 2	7.1 2	0	0.0		
MATERNA CASI EXCLUSIVA	1	50.0 2	15.4 1	14.3 0	0	0.0		
MATERNA PARCIAL	0	0.0 6	24.0 7	16.3 3	3	5.8		
ARTIFICIAL	4	20.0 3	17.6 4	18.2 2	2	9.1		
TOTAL	8	8.0 14	14.0 14	14.0 14	5	5.0		

PATRÓN DE LACTANCIA EN LOS PRIMEROS CUATRO MESES



DISCURSO DE LOS RESULTADOS.

Las ventajas nutricionales e inmunológicas de la lactancia natural, forman parte de las bases sobre las que descansan los programas de su promoción gestionados por las organizaciones internacionales de la Salud en los países en vías de desarrollo. En México la lactancia materna exclusiva (LME). Como forma de alimentación infantil presenta una tendencia descendente, con marcadas tendencias regionales (17).

En el caso de presente investigación, al término del primer de seguimiento, la práctica de la LME era del 73%, proporción muy superior a la señalada en el grupo de investigación de Vandale (20) que tuvo un rango de 34 a 38% y al 27% identificado en la encuesta de Sotelo (23). La diferencia continúa incluso hasta el cuarto mes, ya que la investigada se continúa con la práctica de LME en 27%, en tanto que en la de Vandale (20) se detectó en el 2.4% y con Sotelo (23) en el 18% y según los antecedentes de la investigación de -- Jiménez (22) la práctica es del 14.2%. Aunque se confirmó -- que la práctica de la LME es descendiente en forma directamente proporcional al paso del tiempo postnatal, se puede inferir que su proporción y difusión a través de las acciones del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, vigentes en el HG7/MF N° 68, rinden el beneficio de no destetar precozmente al infante y eso se corrobora aún más, al identificar que aunque la mayor parte de los casos pasaron a practicar lactancia materna parcial (LMP) o mixta, las proporciones fueron inferiores en los tres primeros meses a los detectados por Vandale (20) y Sotelo (23) y similares para el cuarto mes en ambos casos.

La práctica de la LMP al tercer mes (43%0, resultó ser superior 27% referido en la encuesta nacional de alimentación en medio rural en 1989 (19), esta diferencia puede deberse ----

obviamente a que la población de la cual fué obtenida la muestra es del tipo suburbano, dando una proporción intermedia contra la urbana como la reporta Sotelo (23). La práctica de la Lactancia Artificial (LA), comparativamente con el estudio de Sotelo (23) fué marcadamente inferior en el primer y tercer mes de seguimiento y similar al cuarto mes, aunque con el rango de 75-84% detectado en la encuesta nacional de nutrición de 1985 (19) existe una diferencia mucho más -- marcada.

En lo relativo a la Lactancia Materna casi exclusiva, no se encontraron referencias que con intencionalidad lo hayan detectado, exclusivamente Jiménez (22) refiere el uso de "Tés" aproximadamente en un 10% de su muestra y cuya ministración no persigue fines "terapéuticos;" en el caso de la presente Investigación la proporción fue del 2-13% según el mes de seguimiento.

Aunque Jiménez (22) y Sotelo (23) refiere, que la mayoría de estudios han identificado que la insuficiencia lactea es la razón principal para descontinuar terapéuticamente la LME, en el caso del presente estudio esto no fue válido, ya que la razón principal lo constituyeron las acciones de desaliento -- de su práctica por familiares (madre y suegra) y el de la in suficiencia lactea en el último lugar.

En relación al factor de trabajo fuera del hogar como motivo de abandono de la LME, Sotelo (23) lo identificó en el 4.3% de los casos, proporción inferior al 20.5% detectado en el presunto estudio; en tanto que "el no quedaba satisfecho" él lo detectó en 68.5%, contrasta 14.1% de "el bebe se lleno" de la presente investigación.

En relación al incremento de peso en el primer mes, en el caso de la encuesta fué 1.2 a la media arimética al nacer, eso es inferior al 1.5 referido por Vandale (20), al cuarto mes se obtuvo el doble del peso del nacimiento a la media arimética grupal obtenida le corresponde el percentil 10 de las tablas porcentuales de Ramos Galvan los criterios de Gomez se detecta un deficit del 20.4% (24). Al respecto valdría la pena realizar una investigación específica para los cambios porcentuales en los diferentes tipos de patrones de lactancia ya que los datos obtenidos son muy llamativos, entre estos; que en la LME y en LMCE en el primer se obtuviera pérdida de peso al cuarto mes en el subgrupo de LMCE, se obtuviera mayor ingesto que el resto de los lacteos.

Al igual que los estudios de Jiménez (22) en el grupo de estudios predominó la presentación de infección respiratoria sobre las gastrointestinales. En relación a niños sanos en el primer mes de seguimiento, fué de 92% , proporción superior al 57.2% identificando el grupo de estudio Varidale (20) La incidencia de enfermedad diarreica en los cuatro meses de seguimiento fué de 14% inferior al 22.6% que se presento en la investigación de Vandale (20).

C O N C L U C I O N E S .

EN LA MUESTRA INVESTIGADA:

- EL PATRON DE LACTANCIA TIENE RELACION CON LA FRECUENCIA DE INFECCIONES EN EL NIÑO.
- EL REGISTRO RELATIVO DE INFECCIONES EN LACTANCIAS DIFERENTES A LA MATERNA EXCLUSIVA ES MAYOR (2.3 A 4.5).

BIBLIOGRAFIA.

1. CRAVIOTO A. Presencia de factores especificos en leche materna centra cepas de Escherichia coli causantes de diarrea en humanos. Gac. Med. Méx. 1990; 129: 35-43 .
2. RUIZ/PALACIOS G. CALVA J.J., PICKEINY L.K., LOPEZ VIDAL, WALKON P, PEZZARESSY H. et al. PROTECTION OF BREAST-PED. Infants AGAINST CAMPYLOBACTER diarrhea by antibodies in human milk. J. Pediatrecs 1990; 116: 707-13.
3. LUCAS A. COLE. T.J. Breasy milk and neenatel necretising entercrelitis. Lancet 1990; 336: 1519-23.
4. HOWIE P.W. STEWART J. Ogsten S.A., Clark A, Florey C.H. Protective effec of breast feeding against infection. B M J 1990; 300 : 11-6.
5. CONTRERAS-LEMUS J., Flores- Herta S, Cisneros-Silva I, Brozio-Vigueras H, Hernández- Gutierrez J, Fernández- Moralez J. y cols. Disminucion de la morbilidad en neonatos pre-termino alimentados con leche de su propia madre. Bol. Med. Hosp. Onfant Méx. 1992; 49:671-7.
6. PALLONI A ; Pinto G ., Lastirinus. Efectos de la lactancia natural y del espaciamiento de los embarazos sobre la mortalidad de la primera infancia en México Bol. of Saint Panam 1994; 117; 97-114.
7. RODRIGUEZ R., Schuefer LA. Nuevos conceptos de lactacia su promocion y la educación de los profecionales de la salud. Bol of Saint Panam 1991; 111 :190-7.

8. DUCAN B,E y J , Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Tavssing LM. Exclusive Breast-Feeding for at least 4 Months Protects Against otitis media. Pediatrics 1993;91:867-71.
9. KERO P. PIKKALU. Factors affecting the Occurrence of Acute otitis media during first year of life. Acta Paediatr Scand 1987;76:618-23.
10. LEVENTHAL JM, Shapiro ED, Aten BC, Berg AT, Egerter SA Does breast-feeding protect against infection in infants less than 3 months of age pediatric 1986; 78:896-903.
11. NARAYANAN I, Prakash K, Gujral VV. The value of human milk in the prevention of infection in the high-risk low birth-weight infant. J Pediatrics 1981;99:-8.
12. WEIGHT AI. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. Br. Med. J 1989; 299: 946-9.
13. CHAVARRIA JF, Salas P, Jiménez R, Mata L. infección respiratoria aguda en menores de un año en San José, Costa Rica. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1994;51:167-37.
14. BUTTE NF, Garza C. Smith E, Nichols BL. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. AM.J.Dis.Child 1984;138:309-13.
15. DUNIAN B, Schafer C, Sibley B, Fonseca Nm. Reduced Growth Velocity in exclusively breast-fed infant. Am J. Dis Child 1984;138;309-13.

16. DEWEY KG, Heinning MJ, Nommsen La, Peerson JM, Lonnerdal B. Growth of Breast Formula Fed infants fot to 18 Months: The Darling study Pediatrics 1992;89:1035-41.
17. PEREZ R. Pationes de la lactancia natural en America Latina y el Caribe. Bol of Saint Panam 1993;115;185-93.
18. LARAMC. RODRIGUEZ M, Guerrero Jf, Lactancia exclusiva al seno materno; abandono e independencia de enfermedades. Rev. Med. IMSS 1996;34:49-53.
19. TORRES P. Los sucedáneos de la leche materna en la seguridad social mexicana durante 1990. Sal Pub Méx. 1993;35;700-8
20. VANDOLE TONEY S, REYES_VAZQUEZ H, Montañó- Uscamaya A, López-Marroquin E, Vega-Castillo NE. Programa de la Lactancia Materna en el Hospital General de México: un estudio evaluativo. Sal Oub Méx. 1992; 34:25-35.
21. CALDERON AM, Bolaños-Villar A, Romásn- Pérez R. Composición de proteínas de sucedáneos de la lecha materna más utilizados y su regulacion sanitaria Sal Pub Méx. 1994;36:399-407.
22. SOTELO N, Barragan L. Patrones de lactancia y ablactación en el primer semestre de vida. Rev Méx Pediatría 1994; 61:83-7
23. JASSOL L, Muñoz O, Ramos R, Rangel L. Manual de procedimientos clinicos en pediatria. México:Francisco Mendez Cervantes, 1984:629-60.

ANEXO No. 1

PATRONES DE LACTANCIA E INFECCIONES

No. 1 IDENTIFICACION DEL BINOMIO

NOMBRE DE LA MADRE:	No. FILIACION:
NOMBRE DEL NIÑO (A):	SEXO:
FECHA DE NACIMIENTO:	No. FILIACION:
PESO AL NACER: APGAR:	FALLA AL NACER: SILVERMAN:
NUMERO DE CONSULTORIO:	TURNO:

ANEXO 2
 PADRON DE LACTANCIA

CARACTERISTICAS DE SEGUIMIENTO	MES DE SEGUIMIENTO			
	1	2	3	4
- EXCLUSIVA				
- CASI EXCLUSIVA				
- PARCIAL				
- ARTIFICIAL				

PESO				
TALLA				

NUMERO DE:

I.V.U				
I.R.A				
GEPI				
OTTIS				

ANEXO 2
 PADRON DE LACTANCIA

CARACTERISTICAS DE SEGUIMIENTO	MES DE SEGUIMIENTO			
	1	2	3	4
TIPO DE LACTANCIA				
- EXCLUSIVA				
- CASI EXCLUSIVA				
- PARCIAL				
- ARTIFICIAL				

PESO				
TALLA				

NUMERO DE:

I.V.U				
I.R.A				
CEPI				
OTITIS				

ANEXO 3 OBSERVACIONES:

MOTIVOS DE ABANDONO DE LIME					
BIBERON					
TIPO DE LECHE & DILUSION					
FRECUENCIA DE TOMAS DE LECHE					
TECNICA ALIMENTARIA B.					